



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ATENÇÃO BÁSICA

MARINA PELICOLI

PRESCRIÇÃO DE ANTIBACTERIANOS: PERFIL E ADESÃO DOS PACIENTES
VISANDO À INTERVENÇÃO NA EQUIPE DE SAÚDE

PASSO FUNDO

2019

MARINA PELICOLI

**PRESCRIÇÃO DE ANTIBACTERIANOS: PERFIL E ADESÃO DOS PACIENTES
VISANDO À INTERVENÇÃO NA EQUIPE DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, Área de Concentração: Atenção Básica da Universidade Federal da Fronteira Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Ivana Loraine Lindemann
Coorientadora: Esp. Tahía Scalco

PASSO FUNDO

2019

PELICIOLOI, MARINA

Prescrição de Antibacterianos: Perfil e adesão dos pacientes visando à intervenção na equipe de saúde/ MARINA PELICIOLOI. -- 2019. 132 f.

Orientadora: Ivana Loraine Lindemann.

Co-orientadora: Thaís Scalco.

Trabalho de conclusão da Residência Multiprofissional - Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Passo Fundo, RS, 2018.

1. Perfil da prescrição de antibacterianos. 2. Adesão ao tratamento. I. Lindemann, Ivana Loraine, orient. II. Scalco, Thaís, co-orient. III. Universidade Federal da Fronteira Sul. IV.

Fone: Elaborado pela autora Marina Pelicioli



MARINA PELICOLI

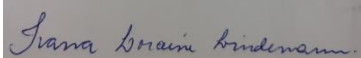
**PRESCRIÇÃO DE ANTIBACTERIANOS: PERFIL E ADESÃO DOS
PACIENTES VISANDO À INTERVENÇÃO NA EQUIPE DE SAÚDE**

Trabalho de conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e
Comunidade como requisito para obtenção do grau de especialista em Saúde da Família
e Comunidade da Universidade Federal da Fronteira Sul.

Orientadora: Prof. Dra. Ivana L. Lindemann

Este trabalho de conclusão de curso foi defendido e aprovado pela banca em:
12 DE DEZEMBRO DE 2018.

Banca examinadora:



Prof. Ivana Loraine Lindemann



Prof. Siomara Regina Hahn



Prof. Rafael Kremer

RESUMO

Este arquivo, trata-se do “Volume Final de TCR” composto de “Diagnóstico/Perfil Estratégico”, “Projeto de Pesquisa-Intervenção”, “Relato do Percurso da Intervenção”, “Artigo” e as “Considerações Finais”, elaborado pela residente nos Componentes Curriculares “Pesquisa em Saúde, Projeto de Intervenção e TCR I, II, III e IV”, sob orientação de cada docente orientador e as preceptoras como co-orientadoras, assim como dos professores desses componentes curriculares.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família, Prescrição de medicamentos, Antibacterianos, Adesão à Medicação, Tratamento farmacológico.

ABSTRACT

This file is the "Final Volume of TCR" composed of "Diagnostic", "Project of Intervention, "" Article "and the" Final Considerations ", prepared by the resident in the Curricular Components" Health Research, Intervention Project and TCR I, II, III and IV ", under guidance of each advisory teacher and the tutor as co-counselors, as well as the teachers of these curricular components.

Key words: Family Health Strategy, Prescription of medications, Antibacterials, Adhesion to Medication, Pharmacological treatment.

SUMÁRIO

1.	DIAGNÓSTICO / PERFIL ESTRATÉGICO.....	9
2.	PROJETO DE PESQUISA.....	61
3.	RELATO DO PERCURSO DA INTERVENÇÃO.....	93
4.	ARTIGO.....	104
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	120
6.	ANEXOS.....	121

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE**

Campo de Prática: ESF Santa Rita – Marau/RS

1º SEMESTRE

DIAGNÓSTICO / PERFIL ESTRATÉGICO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E
COMUNIDADE

JUCÉLIA MACHADO SOARES
MARINA PELICOLI
ROBERTA BRIZOLLA ROSA

PERFIL ESTRATÉGICO
MARAU / RS - ESF SANTA RITA

MARAU
2017.

SUMÁRIO

1 HISTÓRIA DO MUNICÍPIO	3
1.1 CRONOLOGIA E EMANCIPAÇÃO	5
2 TERRITÓRIO E POPULAÇÃO.....	5
2.1 LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA	14
2.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS.....	7
2.3 HABITAÇÃO E INFRAESTRUTURA.....	9
2.4 ASPECTOS CULTURAIS E SOCIAIS.....	11
2.5 EDUCAÇÃO	15
2.6 CONDIÇÕES DE VIDA E LONGEVIDADE.....	16
2.7 EMPREGO E RENDIMENTO	10
2.8 ECONOMIA.....	19
2.9 SAÚDE.....	21
3. GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE.....	25
3.1 ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	34
3.2 EQUIPE DE TRABALHO	35
3.3 FINANCIAMENTO E REGULAÇÃO.....	36
3.3.1 RECURSOS FEDERAIS	29
3.3.2 RECURSOS ESTADUAIS	41
3.3.3 RECURSOS MUNICIPAIS	34
3.4 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE	36
3.5 SISTEMA MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	37
4. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	38
4.1 BAIRRO SANTA RITA	40
4.1.1 HISTÓRICO.....	40
4.1.2 TERRITÓRIO E POPULAÇÃO DA ESF SANTA RITA.....	41
4.1.3 ESCOLAS	43
4.1.4 ESF SANTA RITA.....	44
4.1.5 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE	48
5. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	48
6. ATENÇÃO ESPECIALIZADA.....	49
7. SAÚDE SUPLEMENTAR	49

1 HISTÓRIA DO MUNICÍPIO

O município recebeu este nome a partir de uma trágica história, sobre um cacique bravo, de nome Marau. Conforme a história, Marau percorria as vastas selvas da Serra Geral em busca de alimento frente a um bando de índios Coroados. O perigo representado pela presença de índios na região era um empecilho à vinda de mão-de-obra europeia em imigração patrocinada pelo Império e, já bem sucedida no caso dos alemães. Nesse contexto, o extermínio do bando chefiado pelo temido cacique Marau era inevitável. Por volta de 1840, acusados de trucidar dois moradores da aldeia Passo Fundo das Missões, os índios foram perseguidos por uma escolta que atravessou o rio Capinguí e, às margens de um arroio, depois chamado de Mortandade, travaram a primeira batalha. A expedição prosseguiu em direção ao sudeste, exterminando o bando às margens de um rio maior. Esse derrame de sangue nomeou o rio de Marau e com o mesmo nome também passou a ser chamada a região adjacente, povoada por caboclos.

Marau foi, durante muito tempo, apenas território para tropeio de gado. Depois, a Coroa distribuiu sesmarias para que os tropeiros e os militares se estabelecessem em estâncias. A vinda de alguns imigrantes das mais diversas pátrias fez surgir os primeiros núcleos populacionais, um denominado de Tope e o outro, de Marau. Este recebeu as primeiras famílias de imigrantes italianos por volta de 1904 e mais tarde tornou-se a sede do 5º Distrito de Passo Fundo, criado em 1916. A vila e a zona rural desenvolveram-se com o trabalho dos colonizadores, descendentes dos imigrantes italianos oriundos das regiões do Vêneto, Lombardia e Trentino, mas foi fundamental a participação dos freis capuchinhos, assistentes espirituais dos marauenses a partir de 1934.

Até a década de 60, a agricultura de Marau manteve um caráter de subsistência, mas a criação de suínos já se transformara em atividade comercial desde a década de 20, fomentada pelo frigorífico Borella e Cia Ltda., que, através de seus produtos, tornou a vila conhecida no mercado nacional. Na década de 70, a instalação de agências bancárias, o cooperativismo agrícola e a mecanização da lavoura alteraram radicalmente o perfil da produção marauense, voltando-a maciçamente para a monocultura. Entretanto, a crise no setor, verificada na década de 80, provocou não somente um grande êxodo rural, mas uma nova mudança na atividade. Hoje, beneficiada pelo terraceamento do solo, a agricultura volta-se para a diversificação de produtos e na pecuária ganham relevo a produção de leite e a avicultura, atendendo à demanda das indústrias de alimentos instaladas em Marau e na região. Ao todo, a

agropecuária reúne mais de 1.700 estabelecimentos e ocupa o segundo lugar em valor adicionado no município.

Nas duas últimas décadas, o parque industrial de Marau ganhou um impulso extraordinário, especialmente nos setores de alimentos, couros, metal-mecânico e equipamentos para avicultura e suinocultura, onde nos setores acima se destacam as empresas: Grupo Perdigão, Fuga Couros, Metasa e GSI Group. Atualmente, Marau se destaca como Polo Industrial no cenário Estadual, Nacional e Internacional, com cerca de 200 empresas, entre elas, 12 empresas de grande porte, totalizando mais de 6.500 empregos. Os demais empregos são oferecidos por cerca de 860 estabelecimentos comerciais e mais de 1.300 estabelecimentos do setor de prestação de serviços.

O desenvolvimento econômico modificou a demografia de Marau, que tem como característica mais marcante de seu desenvolvimento, a diversidade em todas as áreas, oriunda da vocação empreendedora de seu povo. Marau preserva em seu nome o passado indígena do Brasil e a memória das batalhas humanas pela ocupação de espaços, batalhas muitas vezes cruéis e quase sempre condenadas ao esquecimento.

Fotografia 1 – Cidade de Marau



Fonte: Site da Prefeitura Municipal de Marau, 2017.

1.1 CRONOLOGIA E EMANCIPAÇÃO

- Antes de 1827: o território fazia parte da província jesuítica chamada de Missões Orientais do Uruguai, formada por índios guaranis e coroados.
- Em 1827 começa o povoamento da raça branca e nasce Passo Fundo.
- 1845: o cacique Marau, chefe de um bando de Coroados, morre em combate com os brancos às margens de um rio, que passou a ser denominado de Rio Marau, como também as imediações do rio, povoada por caboclos.
- 1857: foi criado o município de Passo Fundo.
- 1904: os descendentes dos imigrantes italianos iniciam a colonização de Marau.
- 1908: o povoado do Tope, primeiro núcleo populacional de Marau, tinha 2.500 habitantes.
- 10 de janeiro de 1916: cria-se o 5º Distrito de Passo Fundo, “importante colônia e celeiro de Passo Fundo”, com sede no Tope.
- 1918: abre-se a estrada que liga Marau a Passo Fundo, via Taquari.
- 3 de julho de 1920: o povoado de Marau é elevado à vila e passa a ser a sede do 5º Distrito. Em 1923 surge o frigorífico Borella e Cia Ltda., marco da indústria Marauense, que logo se tornaria fornecedor regional e nacional de salame, presunto, mortadela e banha.
- 1934: os freis capuchinhos assumem a assistência espiritual dos Marauenses, integram a zona urbana e rural em forte comunidade e lideram seu desenvolvimento.
- 18 de dezembro de 1954: Marau emancipa-se com 1.055 Km², desmembrados de Passo Fundo e Guaporé. Em 17 de fevereiro de 1959, com a anexação de Camargo, até então pertencente à Soledade, Marau chega à 1.192 Km².
- 28 de fevereiro de 1955: o município é instalado oficialmente e esta torna-se a data de seu aniversário.

2 TERRITÓRIO E POPULAÇÃO

O município de Marau compreende uma área física de aproximadamente 649,300 Km², correspondentes a 0,23% da área estadual e 0,008% do território nacional. A densidade demográfica em 2013 foi de 58,7 hab/km². Conforme dados atualizados do IBGE de 2016 o número estimado de habitantes é de 40.629, sendo aproximadamente 85% moradores da zona

urbana. A etnia mais prevalente é de descendentes italianos. A religião da população é predominantemente católica por volta de 33.097 pessoas, seguida da crença evangélica de 2.795 pessoas.

2.1 LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA

O município de Marau é limite Sul da Região Norte do RS, localizada no Planalto Médio, na Região da Produção. Faz limites ao Norte com Passo Fundo e Mato Castelhanos, ao Sul com Vila Maria, Camargo e Soledade, ao Leste com Gentil e Santo Antônio do Palma, a Oeste com Nicolau Vergueiro, a Noroeste com Ernestina e a Sudoeste com Ibirapuitã.

Distâncias da Cidade de Marau: 269 km de Porto Alegre, 190 km de Caxias do Sul e 31 km de Passo Fundo.

Fotografia 2 – Localização e limites geográficos de Marau.



Fonte: Site da Câmara Municipal de Vereadores de Marau.

- Altitude média do Município: 650 m acima do nível do mar;
- Pontos mais elevados: Tope e São Pedro do Jacuí;
- Clima: Temperado – temperatura média: 18° C;
- Relevo: Território ondulado por coxilhas, com aclives e penhascos em margens de rios;
- Estrutura geológica: arenito basáltico;

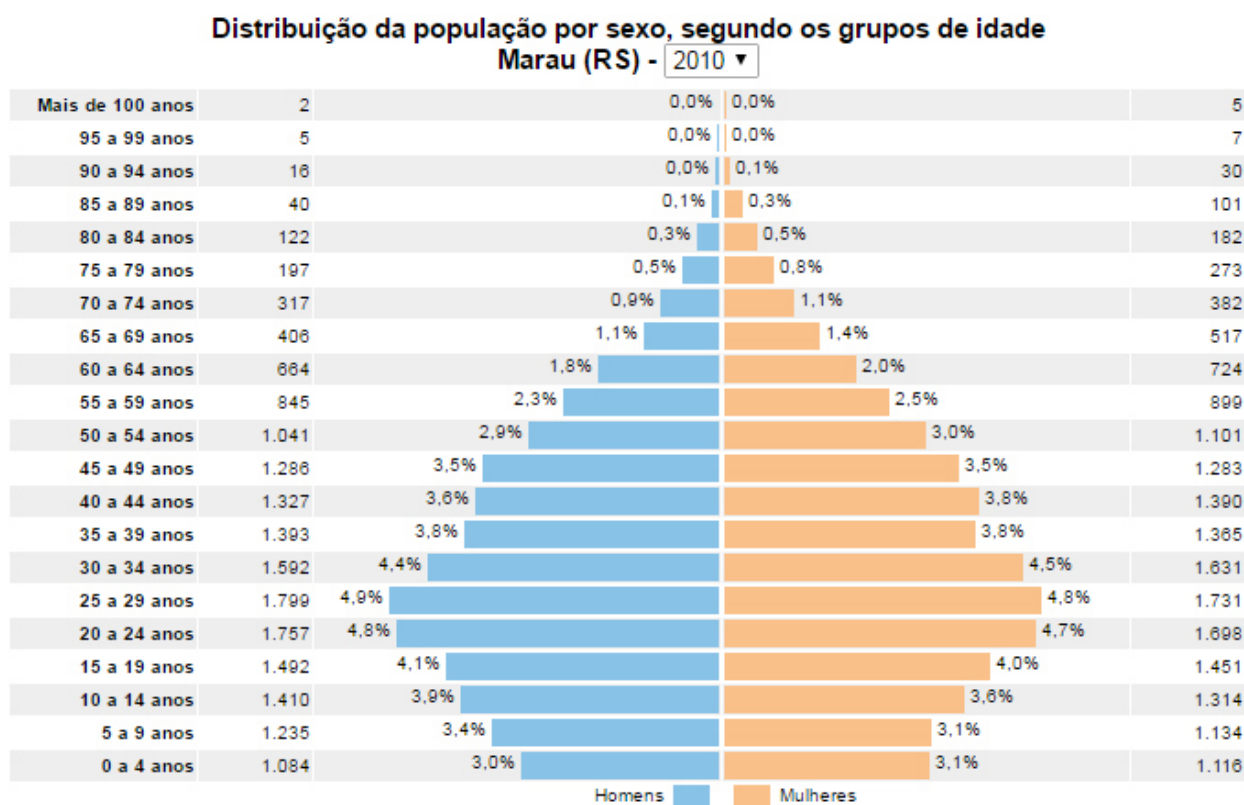
- Solo mais frequente: lato solo roxo.

2.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Marau tem baixa razão entre os sexos, a população é homogênea nas faixas etárias em relação ao sexo. Percebe-se uma distribuição de habitantes entre as faixas etárias com prevalência nas faixas de idade economicamente ativas.

Conforme pesquisas que analisam dados populacionais, isso é um reflexo da redução dos índices de natalidade e mortalidade, somados ao aumento da expectativa de vida.

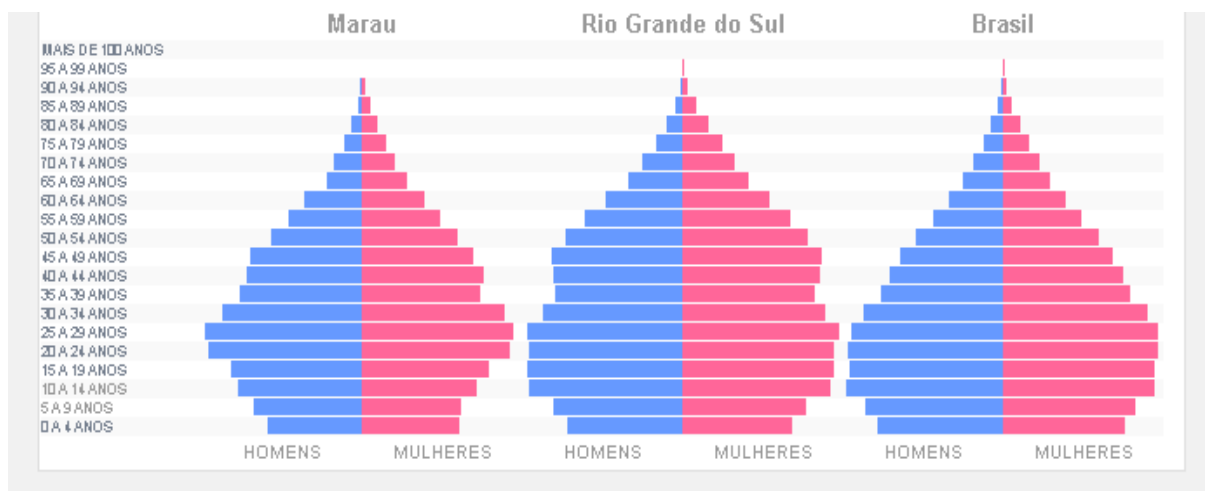
Gráfico 1 – Distribuição da população de Marau



Fonte: IBGE: Censo Demográfico 2010.

Contudo, a base maior que o ápice ainda aponta para o crescimento populacional, semelhantes a dados do Rio Grande do Sul e Brasil como comparados no gráfico abaixo.

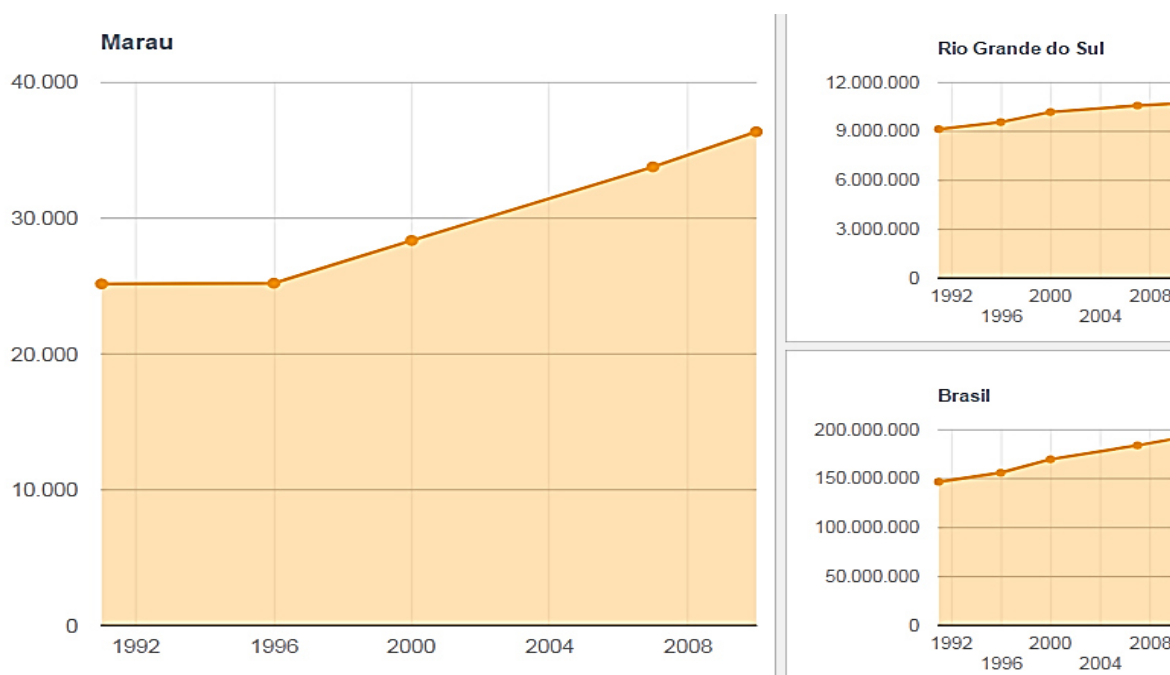
Gráfico 2 – Pirâmides etárias



Fonte: IBGE: Censo Demográfico 2010.

Segundo dados do IBGE de 2010, percebe-se que está ocorrendo um ritmo acentuado de crescimento populacional de Marau comparado a dados gerais do Rio Grande do Sul e Brasil.

Gráfico 3 – Evolução populacional



Fonte: IBGE: Censo Demográfico 1991, Contagem Populacional 1996, Censo Demográfico 2000, Contagem Populacional 2007 e Censo Demográfico 2010.

2.3 HABITAÇÃO E INFRAESTRUTURA

Levando em consideração o rápido crescimento do município de Marau, os indicadores de habitação e infraestrutura demonstram o grau de ajuste das famílias e do planejamento urbano as mudanças econômicas e demográficas. Sobretudo, percebe-se um aumento relativamente proporcional de número de habitantes e número de domicílio. Observa-se também que a maioria da população reside na área urbana.

Atualmente encontram-se poucos dados, com relação ao número de habitantes por domicílio. Não existem também dados no que tange à especulação imobiliária no município, no entanto, não há relatos de ocupações de terras para moradia em Marau, embora se compreenda que existam desigualdades econômicas e sociais no município, como em todo o país. Os que encontramos para descrever neste estudo foram dados de 2010, que seguem.

Tabela 1 – População por domicílio

Relação de população por domicílio	
Domicílios Particulares Permanentes	13.347
População Residente	36.364
População Homens	18.030
População Mulheres	18.334
Razão de Dependência Jovens	27.5%
Razão de Dependência Idosos	9.8%
Média de moradores por Domicílios	3
Proporção de domicílios ocupados	91.4%
Proporção de domicílios não ocupados	8.6%

Fonte: IBGE: Censo Demográfico 2010.

Quando se reconhece o território de Marau, nas periferias, há moradias aparentemente precárias, próximas de rios, em encostas de morros, e eventualmente no próprio território da Santa Rita. Interroga-se da possibilidade de haver pouca mobilização social entre essas pessoas, o que por consequência, gera essas invisibilidades para o restante da sociedade.

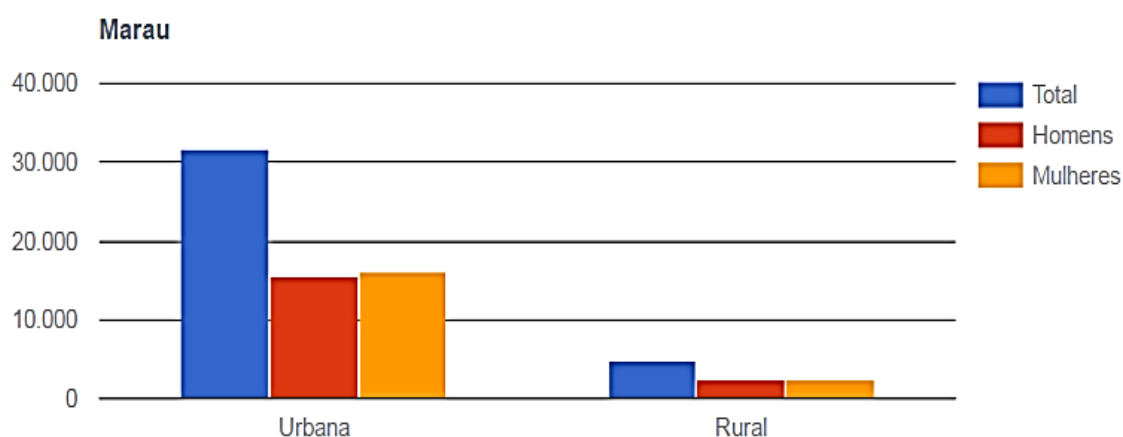
No território da ESF Santa Rita, estima-se uma proporção entre habitações próprias e alugadas, sendo que a maioria é casa. Percebe-se que os alugueis em geral se mantêm direto

com os proprietários dos imóveis, residindo na maioria, em mais de uma pessoa por imóvel. Acredita-se que essa diferenciação, quando equiparada aos dados do país, se dá em virtude do município de Marau ser localizado no interior do estado, ser sede de um polo industrial e agrícola intenso, e pela proximidade com cidades maiores, como Passo Fundo.

É expressivo também êxodo rural no município, quando observasse que a maioria da população reside em área urbana. Sabe-se que é um conjunto de fatores que incentivam isso, destacando na realidade do território, a existência de grandes indústrias, oferta de empregos e melhor remuneração, acesso à bens, serviços, infraestrutura, como educação, saúde, lazer, e outros. Conforme o Plano Nacional de Habitação de 2008, Marau foi classificado como centro urbano em espaço rural próspero.

O gráfico abaixo apresenta uma equivalência na população entre homens e mulheres, outro reflexo dos dados nacionais, que referem haver mais mulheres na população brasileira do que homens. Conforme IBGE (2013) há no Brasil 103,5 milhões de mulheres, o equivalente a 51,4% da população. Rondônia, Roraima, Amazonas e Pará são os únicos estados que têm mais homens que mulheres.

Gráfico 4 – População residente, por situação do domicílio e sexo - 2010



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

MANEJO DO LIXO

A coleta do lixo no município de Marau é feito através de uma empresa terceirizada, o manejo, coleta e destinação final dos resíduos sólidos estão sob responsabilidade da mesma, que mantém contrato com a Prefeitura Municipal.

ABASTECIMENTO DE ÁGUA

O abastecimento de água no município de Marau em sua maioria é oferecido através da Companhia Rio-grandense de Saneamento (CORSAN), que coleta água do Manancial: Sanga/Arroio Marau, e realiza o tratamento na Estação de Tratamento de Água (ETA, Marau). Dados coletados do SIAB, 2013 referem que 57,6 domicílios brasileiros possuem rede abastecimento de água, já Marau se destaca com um e percentual de 75,75%.

MANEJO DE ESGOTO SANITÁRIO

Sabe-se que a população de Marau possui rede de esgoto porém, uma minoria das famílias destinam a maioria dos dejetos em fossa, e uma pequena parcela ainda a céu aberto.

Como pode se observar o município ainda tem muito que avançar neste processo.

2.4 ASPECTOS CULTURAIS E SOCIAIS

- **Festival Nacional do Salame**

Com o objetivo de resgatar e manter vivos os aspectos culturais herdados dos imigrantes italianos que colonizaram a região há mais de 100 anos, Marau agregou um novo grande evento a seu calendário festivo. Surgiu, então, em 2010, o Festival Nacional do Salame. Não à toa, hoje, Marau é conhecida como capital Nacional do Salame. O salame ajuda a contar a história de Marau. Uma tradição que virou marca. A produção de carne suína no município, em especial do salame, revelou-se como uma das principais fontes de renda familiar nos anos 20. Foi neste contexto que cresceu a cidade, sob forte influência da industrialização, iniciada com a instalação do Frigorífico Borella, mais tarde, nos anos 80, adquirida pela Perdigão, hoje BRF Brasil Foods. Por estas razões, o salame e o desenvolvimento da cidade são diretamente proporcionais. Da herança deixada pelos antepassados aos marauenses surgiu a Rota da Salamarias, que inspirou a organização do Festival. Desde 2010, quando aconteceu a primeira edição do evento, o Salão Paroquial e seu entorno, se transformam, durante três dias do ano, em uma arena de boa comida, boa bebida e diversão.

Fotografia 3 – Festival Nacional do Salame



Fonte: Site do Festival Nacional do Salame 2016.

- **Expomarau**

A primeira edição da feira que mostra as potencialidades de Marau aconteceu em 1981, durante o mandato de José João Santin, tendo como Presidente da Câmara de Vereadores Luiz Brocco. Em 1981, os 27.416 habitantes de Marau viram surgir a ideia da primeira Expomarau durante o IV Encontro de Suinocultores. O que era para ser uma exposição de animais, passou a agregar indústria, comércio e artesanato.

Fotografia 4 - Expomarau



Fonte: Site Expomarau 2015.

- **Rota das Salamarias**

*Salamaria é o local onde se faz o salame. O salame tem seu nome derivado do latim **salumen**, que significa carne salgada, e teve muita importância numa época onde se precisava armazenar a carne em temperatura ambiente. No Brasil o salame é conhecido como um embutido de carne suína moída e salgada. Na Itália, "salame" é uma designação genérica para todo tipo de embutido produzido com carne suína, abrangendo também os presuntos cozidos e defumados, copa, pancetta, mortadelas e fiambres. Na Rota das Salamarias, você pode percorrer trilhas ecológicas, saborear a cachaça produzida em alambique artesanal, apreciar as vinícolas, com degustação e varejos de produtos coloniais, ouvir o grito do quero-quero, provar o amargo do mate, tomar banho de cachoeira, tirar água de poço, andar de carretão, ver o artesanato em madeira, em palha de milho e trigo, além de saborear a culinária legada dos colonizadores desta terra.*

Fotografia 5 – Rota das Salamarias



Fonte: Site da Rota das Salamarias

- **Caminho das águas e sabores**

O Caminho das Águas e Sabores reúne gastronomia, natureza, aventura, religiosidade e lazer. Abrange as comunidades de Nossa Senhora Aparecida, Gramadinho, Cachoeirão e Santo Antônio dos Triches, além do Bairro Constante Fuga. Tradição italiana, café da roça, lindas paisagens, nascentes, cachoeiras, cachaças, vinhos e licores, artesanato, gastronomia colonial, espiritualidade e contos sobre a passagem dos tropeiros pela região. Trata-se de um projeto de turismo rural que nasceu da iniciativa de empreendedores que buscam diversificar as atividades e promover crescimento de forma sustentável, através da valorização das belezas naturais e dos costumes.

Fotografia 6 – Caminho das Águas e Sabores



Fonte: Página no Facebook do Caminho das Águas e Sabores.

2.5 EDUCAÇÃO

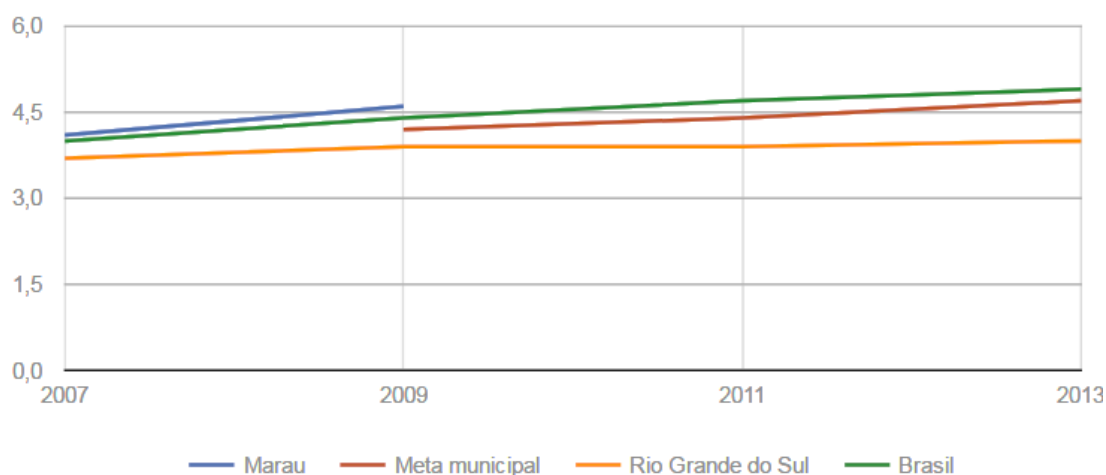
A educação no município de Marau atualmente é realizada por três fontes de ensino: municipal, estadual e particular. São diversas instituições que abrangem desde a primeira etapa da educação básica, educação infantil, educação para crianças com necessidades especiais, realizada pela APAE, e o Ensino Técnico e Superior. São 24 Escolas Municipais, 04 Escolas Estaduais, 02 Escolas Particulares, 01 Escola de EJA – Ensino Fundamental Municipal e 02 Entidades de Ensino Técnico e Superior CESURG, FABE. Para além, a Prefeitura de Marau oferta transporte coletivo diário para estudantes universitários que residem em Marau e precisam se deslocar a municípios vizinhos para estudar.

De acordo com IBGE (2010), a taxa de escolarização em Marau (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 94.5% em 2010. A nota no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) foi de 6.2 para alunos de anos iniciais, e de 4.3 para alunos dos anos finais. Na comparação com municípios do mesmo estado, a nota dos alunos dos anos iniciais colocava este município na posição 108 de 497. Considerando a nota dos alunos dos anos finais, a posição passava a 165 de 497. Isso colocou o município na posição 482 de 497 dentre os municípios do Rio Grande do Sul, e na posição 5134 de 5570 dentre os municípios do Brasil,

o que pode ser observado no gráfico abaixo. A taxa de analfabetismo de pessoas com 15 anos ou mais em 2010 era de 3,03%.

Considerando vivências atuais no território da ESF Santa Rita, e trabalhos realizados em parceria com a EMEF Afonso Volpato (localizada no território sendo a maior escola municipal de Marau, recebe mais de 500 alunos), fica evidente problemas nas relações interpessoais entre a comunidade escolar. São situações significativas de violência entre alunos, alunos-professores, professores que aparentam processos de adoecimento relacionado ao trabalho, e famílias com pouca interação entre seus membros (por condições diversas), o que também afeta o processo de alfabetização.

Gráfico 5 – Índice de Desenvolvimento da Educação Básica em Marau anos finais 2007 - 2013



Fonte: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais - INEP - Censo Educacional 2007 - 2013.

2.6 CONDIÇÕES DE VIDA E LONGEVIDADE

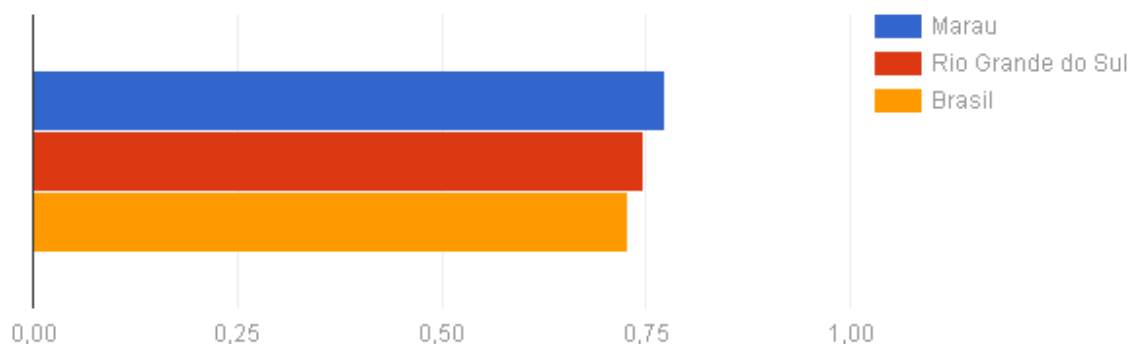
O envelhecimento humano tem motivado discussões na busca de uma melhor compreensão sobre os condicionantes desse processo, em função das alterações do panorama populacional mundial e local. O alcance da longevidade, independente da presença de doenças, se tornou mais frequente na população brasileira. Concomitante ao crescimento do número de idosos longevos percebe-se uma parcela diminuta, desses, inseridos no mundo do trabalho informal e voluntário, outros participando nos contextos religiosos e comunitários e preocupados com sua qualidade de vida (WILLIG et al, 2015).

As condições de como as pessoas chegam à longevidade, se somente estão vivendo mais, ou se estão atingindo idades mais avançadas com qualidade de vida, são indagações que

precisam ser mais bem investigadas, tanto no Brasil, quanto em Marau. As consequências da longevidade, também, são pouco esclarecedoras, os dados são escassos e há uma preocupação generalizada de que a longevidade avançada represente um problema tanto para os indivíduos como para as sociedades. Percebe-se que existem duas hipóteses, uma de que a proporção crescente de indivíduos que sobrevivem a uma idade tardia levará a um aumento das doenças e das incapacidades, e a segunda é que haverá pessoas longevas sobrevivendo a partir do adiamento de incapacidades físicas e cognitivas (CHRISTENSES, et al, 2009).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um indicador comparativo usado para segmentar os países desenvolvidos (elevado desenvolvimento humano), em desenvolvimento (desenvolvimento humano médio) e subdesenvolvidos (desenvolvimento humano baixo). O cálculo do IDH é composto a partir de dados de expectativa de vida ao nascer, educação e produto interno bruto (PIB) per capita. O relatório do IDH de 2010 mostra o Brasil na 73ª posição entre 169 países, com IDH de 0,699, situando-se entre os países de alto desenvolvimento humano (PNUD, 2012).

Gráfico 6 – IDH Município de Marau

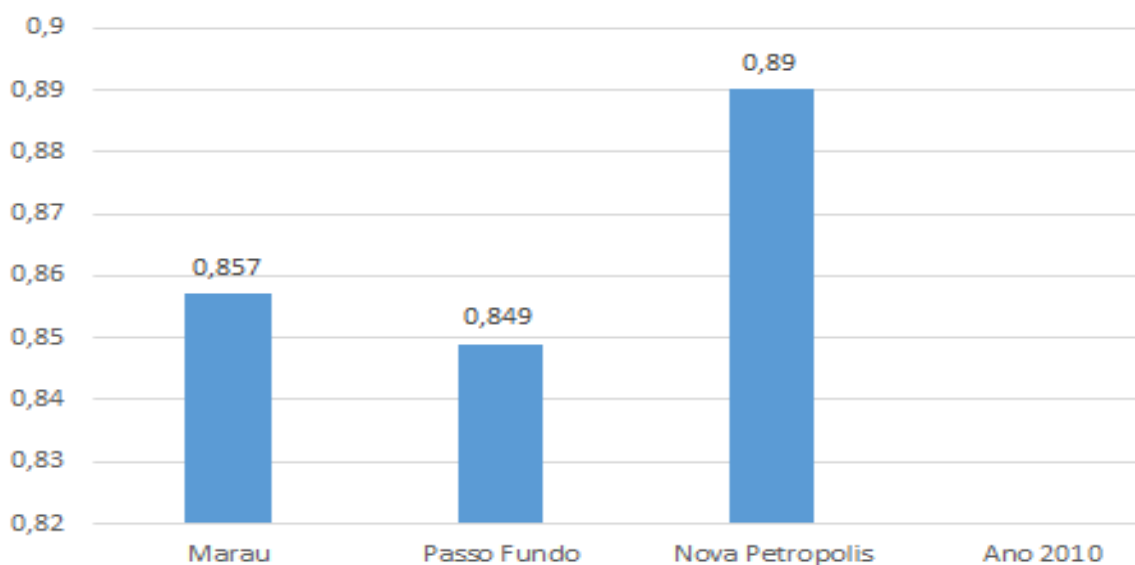


Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

Conforme o gráfico apresentado pelo IBGE sobre Marau, conclui-se que o município possui um índice de desenvolvimento humano alto: 0,774. Sendo maior que o índice de desenvolvimento humano do País, ocupando a posição 25º no estado do Rio Grande do Sul e 190º no Brasil. Ao transitar pelo centro do município, e nos bairros da cidade, chama a atenção a organização e urbanização existentes. Cidade apresenta-se limpa, organizada, arborizada, sinalizada, com uma oferta de serviços e comércio (bancos, livrarias, lotéricas, ópticas, supermercados, fruteiras, padarias, postos de combustíveis, ESF, praça principal, academias, farmácias, hospitais, escolas, etc.) que aparentam conseguir atender as necessidades da população local.

O IDH em Longevidade é calculado sobre a esperança de vida ao nascer das pessoas. Varia de 0 a 1 considerando indicadores de saúde. Quanto mais próximo de 0, pior é o desenvolvimento humano do município. Quanto mais próximo de 1, mais alto é o desenvolvimento do município. Conforme dados acima, Marau apresenta 0,857, sendo superior ao de Passo Fundo 0,849, mas, inferior à Nova Petrópolis 0,890 que ocupa o primeiro lugar do ranking do estado.

Gráfico 7 - Comparativo do IDH Longevidade, 2010.



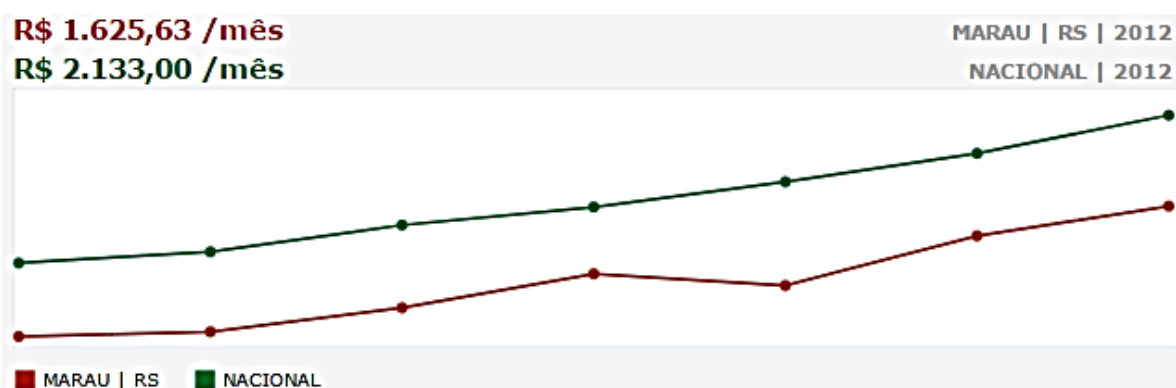
Fonte: Elaborado pelas autoras

Uma reflexão importante que esses dados oferecem, diz respeito à concentração de renda no país, que conforme classificação da ONU, o Brasil é intermediário quanto à renda per capita, mas possui o segundo maior índice de concentração de renda do mundo, sendo superado apenas por Suazilândia, na África. Outro dado alarmante é que no Brasil, 50% dos mais pobres ganham o equivalente ao que ganham 1% dos mais ricos (PINHEIRO, CARVALHO, & FREITAS, 2009; DAWALIBI ET AL, 2014).

2.7 EMPREGO E RENDIMENTO

Em 2014, o salário médio mensal era de 2.7 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total é de 43.5%. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, há 22.6% da população nessas condições, o que coloca Marau na posição 406 de 497 dentre os municípios do estado e na posição 5422 de 5570 dentre os municípios do Brasil (IBGE, 2014).

Gráfico 8 - Salário médio mensal por trabalhador



Fonte: IBGE: Censo Demográfico 2010.

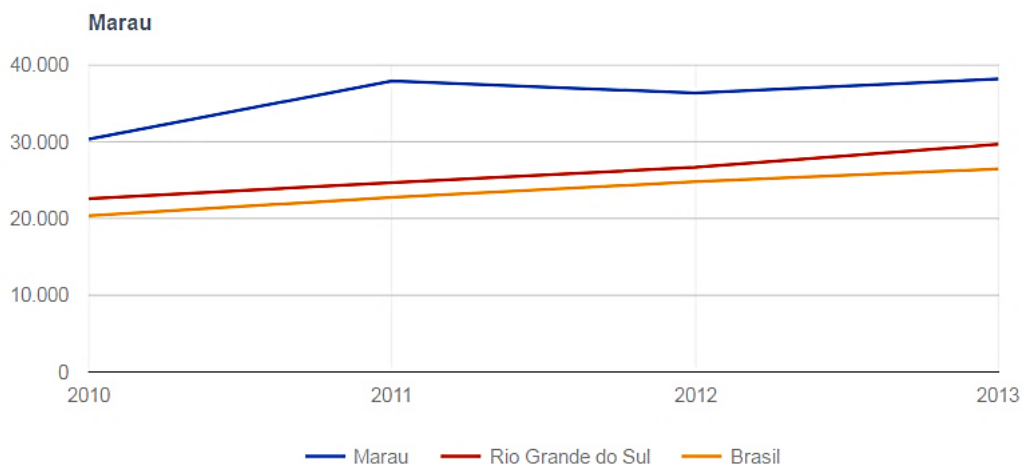
Analisando apenas esses dados, torna-se dificultoso o processo de interpretação, já que é sabido o município abrigar um significativo cenário industrial da região (principalmente frigorífica metalmeccânica e couros). No ano de 2014 eram 2.024 empresas atuantes no município, que apresentavam 17.259 postos de trabalho. Embora haja pouca informação sobre esses dados, percebe-se que as empresas instaladas no município, ocupam mão de obra diversificada entre moradores da cidade, e moradores de municípios da região.

2.8 ECONOMIA

O Produto Interno Bruto (PIB) é a soma de todos os bens e serviços que foram produzidos dentro de um país durante o período de um ano, em moeda corrente (real). O PIB pode ser calculado sob diversas óticas, considerando-se o valor adicionado por setores de atividade econômica, que deve ser igual a renda gerada, bem como pode ser obtido pelos gastos da sociedade. Atualmente no Brasil, o PIB é calculado através do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e essa mensuração anual permite às autoridades governamentais utilizarem políticas públicas com o objetivo de promover o crescimento maior dos nossos municípios e país.

Marau em 2014 apresentou um PIB per capita (que é o PIB dividido pela quantidade de habitantes) de R\$ 41.627,49. Na comparação com os demais municípios do estado, sua posição era de 64 de 497. Já na comparação com municípios do Brasil, sua colocação era de 355 de 5.570. Em 2015, tinha 79.3% do seu orçamento proveniente de fontes externas. Em comparação aos outros municípios do estado, estava na posição 267 de 497 e, quando comparado a demais municípios do Brasil, ocupava a posição 3.861 de 5.570 (IBGE, 2010).

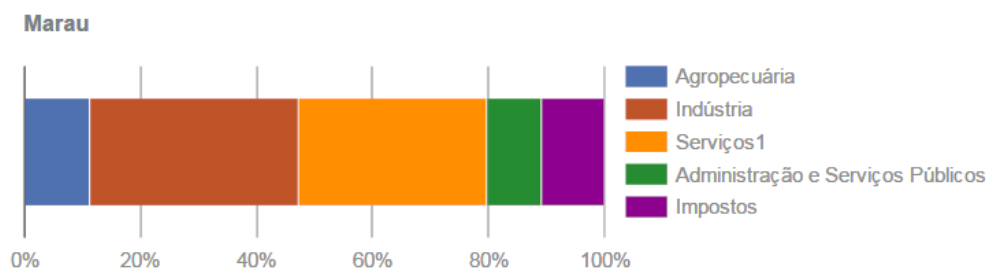
Gráfico 9 – Produto interno bruto per capita 2010 - 2013



Fonte: IBGE em parceria com os Órgãos Estaduais de Estatística, Secretarias Estaduais de Governo e Superintendência da Zona Franca de Manaus - SUFRAMA, 2013.

No município de Marau o PIB é constituído em sua maior parte pela Indústria seguido dos demais seguimentos como de serviços e agropecuária, demonstrado no gráfico abaixo.

Gráfico 10 – Produto interno bruto por municípios - 2013



IBGE em parceria com os Órgãos Estaduais de Estatística, Secretarias Estaduais de Governo e Superintendência da Zona Franca de Manaus - SUFRAMA, 2013.

No que tange ao programa Federal Bolsa Família, dentre os municípios da região noroeste do estado do RS, conforme dados do site do Bolsa Família, Marau fica atrás apenas de Passo Fundo com o incentivo mensal no valor de R\$100.084,00.

2.9 SAÚDE

Atualmente o Secretário Municipal de Saúde Marau é Douglas Kurtz (Gestão 2017-2020). Marau tem 100% de cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF), tendo portanto 12 ESFs distribuídas na cidade para atender a população, que são:

- ESF Central 1
- ESF Central 2
- ESF Central 3
- ESF Centro Social Urbano
- ESF Fuga/Santa Helena
- ESF Jardim do Sol
- ESF Planalto
- ESF Progresso
- ESF Rural
- ESF Santa Lúcia
- ESF Santa Rita
- ESF São José Operário

Marau possui prontuário eletrônico em todas as unidades de saúde com acesso a internet; 75% dos profissionais são concursados e os demais contratados por Processo Seletivo Simplificado. Dos médicos que constituem a equipe, 4 possuem título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade. Além dos atendimentos nas ESFs durante o dia (07:30h às 11:30h e a tarde 13h às 17h), é oferecido a população um serviço de apoio para consulta médica à demanda excedente e um horário alternativo de atendimento médico e de enfermagem das 18h às 22h.

Nas ESFs são realizados as seguintes atividades: Consultas médicas; Consultas odontológicas; Consultas psicológicas; Consultas de enfermagem; Atendimento ambulatorial; Visitas domiciliares multiprofissionais; Atividades coletivas (grupos de gestantes, idosos, saúde bucal, hipertensos e diabéticos, ente outros); Imunizações; Vigilância Epidemiológica; Limpeza, desinfecção e esterilização de instrumental; Planejamento familiar; Pré-natal e puericultura; Notificações; Cadastramento de Hipertensos e Diabéticos; Coleta citopatológica; Administração de medicamentos (via IM, EV, Oral e Ocular); Teste de glicemia capilar; Monitoramento de pressão arterial; Saúde bucal curativa e preventiva; Medidas

antropométricas; Retirada de pontos; Curativos de pequeno e médio porte; Lavagem otológica; Procedimentos médicos de pequeno porte, bem como Testes Rápidos de HIV, Sífilis e Hepatite B e C; Atendimentos Psicológicos, Atendimentos Farmacêuticos incluindo programa Remédio em Casa entre outros.

A Assistência Farmacêutica de Marau disponibiliza de 215 medicamentos da lista básica na farmácia municipal. São quatro farmacêuticos, quatro atendentes e dois auxiliar administrativo para atender aproximadamente 350 usuários/dia. Além da farmácia central, tem-se 5 polos de farmácia com dispensação de medicamentos que são nas ESFs Centro Social Urbano, Santa Rita, São José Operário, Progresso e Planalto.

Quanto a taxa de mortalidade infantil média no município de Marau, dados evidenciam 11,39 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0.1 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 174 de 497 e 395 de 497, respectivamente. Quando comparado a municípios do Brasil todo, essas posições são de 2924 de 5570 e 4734 de 5570, respectivamente.

Tabela 2 – Indicadores de Saúde

Indicadores de Vigilância de Programas Prioritários (número de casos)					
Indicador	Marau	Região de Saúde	Rio Grande do Sul	Sul	Brasil
Todas as causas (Mortalidade Infantil e Fetal)	2	50	1.422	3.861	35.619
Reduzível por adequada atenção à mulher na gestação (Mortalidade Infantil e Fetal)	0	12	409	1.193	9.410
Reduzível por adequada atenção à mulher no parto (Mortalidade Infantil e Fetal)	0	4	124	334	3.442
Reduzível por adequada atenção ao feto e recém nascido (Mortalidade Infantil e Fetal)	0	5	236	595	6.789
Reduzível por ações de diagnóstico e tratamento adequadas (Mortalidade Infantil e Fetal)	0	2	92	203	2.341
Reduzível por ações de promoção à saúde vinculadas à ações de atenção (Mortalidade Infantil e Fetal)	0	3	75	206	1.883
Causas de morte mal definidas (Mortalidade Infantil e Fetal)	1	2	58	119	1.347
MIF totais (Mortalidade Materna)	6	136	3.451	8.895	64.265
MIF com causa presumível (Mortalidade Materna)	1	14	567	1.424	13.307
Maternos declarados totais (Mortalidade Materna)	0	1	45	133	1.484

Fonte: Site da Secretaria de Vigilância Sanitária, Governo Federal, 2017 (adaptado pelas autoras).

Tabela 3 – Indicadores de Mortalidade

Indicadores de mortalidade no município de Marau (número de casos)				
Indicador	Marau	Região de Saúde	Rio Grande do Sul	Brasil
Doenças do aparelho circulatório (I00-I99) (Mortalidade CID-10)	55	761	23.109	348.199
Neoplasias (C0048) (Mortalidade CID-10)	41	602	17.979	208.811
Doenças do aparelho respiratório (J00- J99) (Mortalidade CID-10)	35	476	11.439	155.467
Causas externas de morbidade e de mortalidade (V, W, X, Y) (Mortalidade CID- 10)	19	337	7.946	147.928
Doenças do aparelho digestivo (K00- K93) (Mortalidade CID-10)	12	149	3.713	64.106
Doenças do aparelho geniturinário (N00- N99) (Mortalidade CID-10)	11	74	2.081	38.903
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00-E90) (Mortalidade CID-10)	10	164	4.593	73.953
Doenças do sistema nervoso (G00- G99) (Mortalidade CID-10)	8	143	3.310	35.122
Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99) (Mortalidade CID-10)	7	101	3.551	56.325
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (R00- R99) (Mortalidade CID-10)	2	92	4.795	85.516

Fonte: Site da Secretaria de Vigilância Sanitária, Governo Federal, 2017 (adaptado pelas autoras).

3. GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE

O município conta com um Plano Municipal de Saúde estabelecido em 2014 com vigência até 2017.

As receitas municipais aplicadas à saúde giram em torno de 21% (19,86% em 2012; 21,03% em 2013 e 20,44% em 2014; 25% em 2017).

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) em Marau está regulamentado pela lei municipal nº 1577 de Julho de 1991, a qual cria o Conselho e o Fundo Municipal de Saúde (FMS), está orientado pela Lei Orgânica Municipal, a qual trata em seu capítulo V, dos Conselhos Municipais. O FMS está vinculado diretamente ao gestor local.

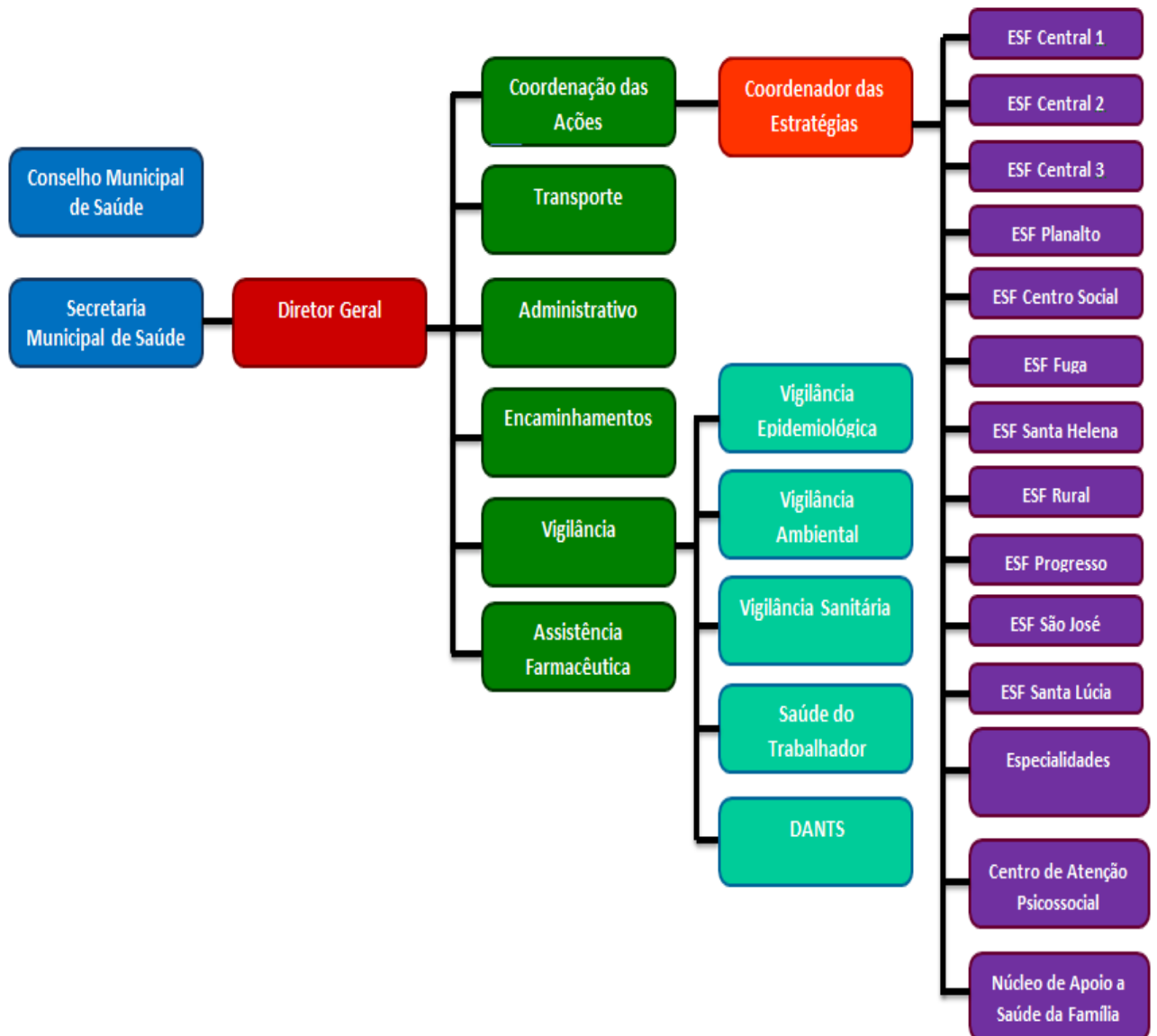
A Lei Municipal nº 2255 de Março de 1995 altera o artigo 3º da lei 1577 de 1991, em que este trata da composição do CMS, o qual terá a seguinte composição: governo municipal; prestadores de serviço público e privado; profissionais de saúde; usuários. O CMS é composto por 19 membros: 6 representantes do governo, 1 prestador de serviços públicos e privados, 2 profissionais da saúde e 10 representantes de usuários. Percebe-se pouca participação dos conselheiros nas reuniões, bem como da comunidade em geral, visto ser um espaço democrático que favorece a participação do cidadão na construção de políticas públicas. Verifica-se também a necessidade de educação permanente que proporcione aos conselheiros o entendimento de suas atribuições na tomada de decisões e fiscalização dos serviços de saúde. Atualmente o CMS é presidido pela representante dos usuários Alessandra Gomes e as reuniões acontecem nas segundas terças-feiras de cada mês no auditório da Secretaria Municipal de Saúde às 17h.

No município de Marau, há dois Conselhos Locais, da ESF Santa Rita e São José Operário, os quais proporcionam, de maneira descentralizada, o controle social e o engajamento da população na discussão de estratégias de melhoria do sistema municipal de saúde.

Referente a Conferência Municipal de Saúde que é realizada a cada quatro anos, neste ano de 2017 não estava previsto, porém, foi realizada a XI Conferência Municipal de Saúde e I Conferência Municipal da Mulher, que ocorreu na Casa da Cultura, no dia 12/05/2017 pelo turno da manhã com a presença da gestão e a maior representação de trabalhadores do serviço, nesta ocasião ocorrem discussões para o planejamento das ações em saúde para os próximos anos.

3.1 ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

A estrutura da Secretaria de Saúde de Marau está organizada da seguinte forma, não estando vinculada diretamente com outras Secretarias Municipais como demonstrado a seguir.



3.2 EQUIPE DE TRABALHO

A equipe de saúde é formada por:

- 11 Médicos concursados;
- 06 Médicos do Programa Mais Médicos;
- 05 Médicos Contratados 40h;
- 05 Médicos Contratados 20h;
- 18 Enfermeiras;
- 23 Técnicos de enfermagem;
- 20 Agentes de combate endemias;
- 02 Assistentes sociais;
- 08 Odontólogos;
- 06 Auxiliares de Saúde Bucal;
- 08 Psicólogas;
- 63 Agentes comunitários de saúde;
- 04 Farmacêuticos;

A Secretaria Municipal de Saúde presta atendimento à população em 12 Unidades de Saúde da Família, um Posto Central e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) cadastrados junto ao CNES (Cadastro Nacional Estabelecimentos). A estrutura das Unidades de Saúde da Família compreendem: consultório médico, odontológico, psicológico, enfermagem, sala de vacinas e procedimentos, sala de esterilização, lavanderia, cozinha, banheiros, recepção e sala de reuniões. Algumas unidades contam com espaço para farmácia.

Todas as Unidades de Saúde funcionam diariamente de segunda à sexta-feira das 07h30min às 11h30min e das 13h às 17h.

O Posto de Saúde Central localizado junto a Secretaria Municipal de Saúde (foto na página seguinte) funciona nos mesmos horários das Estratégias de Saúde da Família e compreende os seguintes atendimentos: consultas pediátricas; consultas ginecológicas e obstétricas; consultas com especialista em saúde mental; limpeza, desinfecção e esterilização de instrumental; coleta citopatológica, biópsia, colposcopia, colocação de DIU; administração de medicamentos (via IM, EV, Oral e Ocular); teste de glicemia capilar; monitoração de pressão arterial; medidas antropométricas.

Fotografia 7 – Secretaria Municipal de Saúde



Fonte: Site da Prefeitura Municipal de Marau, 2017.

3.3 FINANCIAMENTO E REGULAÇÃO

A gestão financeira do Fundo Municipal de Saúde é orientada pela lei municipal nº 1577/91 e lei nº 8.142/90 e decretos posteriores, sendo essas legislações que norteiam a execução financeira e orçamentária das atividades do fundo municipal de saúde. O município de Marau aplicou em 2014 20,38% da arrecadação líquida de impostos arrecadados em serviços e ações de saúde pública. Esse percentual é superior ao mínimo preconizado pela Lei Complementar 141/2012, e visa cumprir as ações planejadas e pactuadas através do Plano Plurianual, Lei das Diretrizes Orçamentárias, a Lei Orçamentária Anual e Plano Municipal de Saúde.

3.3.1 RECURSOS FEDERAIS

A organização e recebimento dos recursos financeiros repassados pelo nível federal ocorrem por meio de blocos de financiamento (BRASIL, 2007), sendo eles:

- 1- Atenção Básica;
- 2- Atenção de Média e Alta Complexidade, Ambulatorial e hospitalar;
- 3- Vigilância em Saúde;
- 4- Gestão do SUS;
- 5- Assistência Farmacêutica;
- 6- Investimentos na rede de serviços de saúde.

Os blocos de financiamento são constituídos por componentes que possuem as ações e os serviços de saúde pactuados. Os recursos federais são repassados fundo a fundo em conta única e específica para cada bloco de financiamento.

1) Bloco da Atenção Básica: Esse bloco é constituído por dois componentes:

PAB (Piso da Atenção Básica) – Fixo: são recursos transferidos mensalmente de forma regular e automática. O cálculo para recebimento do valor baseia-se em indicadores selecionados conforme critérios do Departamento de Atenção Básica (DAB): PIB Per Capita (Produto Interno Bruto), percentual da população com plano de saúde, percentual da população com bolsa família, percentual da população e extrema pobreza e densidade demográfica (BRASIL, 2013). A partir de instrumento que avalia estes critérios, recebe-se uma pontuação de 0 a 10, que é uma nota ao percentual de pessoas que estão nestas condições. A partir da pontuação final, o município é enquadrado dentro de um grupo. Os grupos são classificados conforme pontuação e número de habitantes:

- Grupo I – municípios com pontuação menor que 5,3 e população de até 50 mil habitantes;
- Grupo II – municípios com pontuação entre 5,3 e 5,8 e com até 100 mil habitantes e/ou municípios com pontuação menor que 5,3 e população entre 50 e 100 mil habitantes;
- Grupo III – municípios com pontuação entre 5,8 e 6,1 e população de até 500 mil habitantes e/ou municípios com pontuação menor que 5,8 e população entre 100 e 500 mil habitantes;
- Grupo IV – os municípios não contemplados nos itens anteriores. Esse instrumento classifica os municípios a partir de critérios de vulnerabilidade, tentando, dessa forma, repassar os recursos conforme as necessidades e realidades dos municípios. O recurso federal transferido para Marau em 2014 foi de R\$ 869.472,08. 30

PAB (Piso da Atenção Básica) - Variável: é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias específicas realizadas no âmbito da atenção básica. Essas estratégias devem ser aderidas e implementadas, além de constar no Plano Municipal de Saúde. Fazem parte do PAB Variável:

1- Saúde da Família: Em 2014 o repasse foi de R\$ 801.700,00.

2- Saúde Bucal: recebeu-se em 2014, R\$ 163.100,00 da União.

3- Programa Agentes Comunitários de Saúde: R\$ 673.832,00.

4- Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ): sete equipes Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família modalidade 01 (NASF) aderiram ao programa. Possuem avaliações entre “mediana e abaixo da média” e “acima da média”. Em 2014 o repasse da União em relação ao PMAQ foi de R\$ 338.341,07, no entanto, pela planilha detalhada disponível no sítio eletrônico do Fundo Nacional de Saúde - <http://www.fns.saude.gov.br> – observa-se que os recursos não são repassados no mesmo valor todo o mês. Verifica-se que em 2014 estavam sendo recebidos alguns valores do ano de 2013 e os de 2014, e que as parcelas mensais de 2014 variaram de R\$ 4.443,30 a R\$ 34.000,00.

5- Inclui-se ainda NASF que no município de Marau se classifica como NASF modalidade 1. O recurso recebido mensalmente está no valor de R\$20.000,00 , sendo que atualmente há apenas 1 profissional nutricionista contratado neste programa.

2) Bloco da Vigilância em Saúde: Os recursos que compõem o bloco financeiro da saúde representam o agrupamento das ações de vigilância, promoção, prevenção, controle de doenças e vigilância sanitária. Este bloco é constituído por dois componentes conforme a Portaria nº 1378/2013: Componente da Vigilância em Saúde: refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância; prevenção e controle de doenças e agravos e dos seus fatores de risco e promoção. No ano de 2014 foi repassado para a Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde o valor de R\$ 208.238,64. Este componente é constituído por:

a) Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS): o valor é ajustado anualmente com base na população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O valor é calculado “per capita” e com base na estratificação das unidades federadas em função da situação epidemiológica e do grau de dificuldade operacional para a execução das ações de vigilância em saúde.

b) Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS): constitui-se por:

1) Incentivo para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde; 2) Incentivo às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/AIDS e hepatites virais; 3) Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde.

- *Componente da Vigilância Sanitária*: o repasse financeiro para esse componente ocorre mensalmente, no ano de 2014 somou-se R\$ 14.974,27. O mesmo é constituído por dois tipos de recursos:

a) *Piso Fixo de Vigilância Sanitária - PFVisa*: visando o fortalecimento do processo de descentralização, execução das ações de vigilância sanitária e na qualificação das análises laboratoriais de interesse para a vigilância sanitária.

b) *Piso Variável de Vigilância Sanitária - PVVisa*: incentivos específicos para implementação de estratégias voltadas à Vigilância Sanitária. O repasse dos recursos financeiros para esse bloco fica atrelado à alimentação dos sistemas de informação. Ou seja, se constatados dois meses consecutivos sem preenchimento de um dos sistemas de informações, não haverá transferência do recurso para esse bloco.

3) Bloco da Assistência Farmacêutica: O bloco da assistência farmacêutica constitui-se de três componentes:

1) **Componente Básico da Assistência Farmacêutica**: o financiamento deste componente é de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Dessa forma, cada um repassa um valor por habitante/ano para financiar a compra de medicamentos e insumo: - União: R\$ 5,10 por habitante/ano. - Estados: R\$ 2,36 por habitante/ano. - Municípios: R\$ 2,36 por habitante/ano. O município de Marau recebeu em 2014 da União R\$188.597,20, do Estado R\$00,00 e utilizou recurso próprio o valor de R\$1.519.775,43. Totalizando R\$1.708.372,63 neste componente.

2) **Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica**: destina-se ao financiamento de ações farmacêuticas nas seguintes condições: controle de endemias, tais como a tuberculose, a hanseníase, a malária, a leishmaniose, a doença de chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; antirretrovirais do programa DST/Aids; sangue e hemoderivados; e imunobiológicos.

3) **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica**: esse componente é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicadas pelo Ministério da Saúde. A execução desse componente da assistência farmacêutica envolve as etapas de solicitação, avaliação, autorização, dispensação e renovação da continuidade do tratamento.

4) Bloco da Gestão do SUS: Esse bloco tem a finalidade de apoiar a implementação de ações e serviços que contribuem para a organização e eficiência do sistema. É constituído por dois componentes:

1) Componente para qualificação da gestão do SUS: A transferência dos recursos no âmbito deste Componente ocorrerá mediante adesão ao Pacto pela Saúde, por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão e respeitados os critérios estabelecidos em ato normativo específico. Esse componente apoia: Regulação, Controle, Avaliação, Auditoria e Monitoramento; Planejamento e Orçamento; Programação; Regionalização; Gestão do Trabalho; Educação em Saúde; Incentivo à Participação e Controle Social; Informação e Informática em Saúde; Estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica; e outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

2) Componente para implantação de ações e serviços de saúde: inclui incentivos que poderão ser investidos nos seguintes itens: implantação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); qualificação de Centros de Atenção Psicossocial; implantação de Residências Terapêuticas em Saúde Mental; fomento para ações de redução de danos em CAPS AD; inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas; implantação de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO; implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU; reestruturação dos Hospitais Colônias de Hanseníase; implantação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador; adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino; e outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo para fins de implantação de políticas específicas. A transferência dos recursos do Componente de Implantação de Ações e Serviços de Saúde será efetivada em parcela única. Nesse bloco foram recebidos – em 2014 o valor de R\$ 391.141.07.

5) Bloco de Investimento na Rede de Serviços de Saúde: Esse bloco é composto por recursos financeiros que são transferidos através de repasse regular e automático do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, exclusivamente para a realização de despesas de capital, mediante apresentação do projeto, encaminhado pelo ente federativo interessado, ao Ministério da Saúde. As propostas de projeto feitas pelos entes federados deverão ser apresentadas por meio do Sistema de Proposta de Projetos, disponível no sítio eletrônico do Fundo Nacional de Saúde, cabendo ao Ministério da Saúde, emitir posicionamento quanto à aprovação da proposta. Os projetos encaminhados ao Ministério da Saúde deverão ser submetidos à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), a fim de que seja avaliada a conformidade desses projetos com os seguintes instrumentos de planejamento: Plano Estadual de Saúde (PES); Plano Diretor de Regionalização (PDR); e Plano Diretor de Investimento (PDI). Valor recebido pela União em 2014 foi de R\$ 48.000,00.

6) Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar: Esse bloco é constituído por dois componentes conforme Portaria nº 204 (BRASIL, 2007):

1) Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC: Centro de Especialidades Odontológicas; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino, dos Hospitais de Pequeno Porte e dos Hospitais Filantrópicos; Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde; Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena; Incentivo de Integração do SUS e 35 outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo. O repasse para este componente em 2014 foi de R\$513.646,67.

2) Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC: procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade; transplantes e procedimentos vinculados; ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário; e novos procedimentos, não relacionados aos constantes da tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento, por um período de seis meses, com vistas a permitir a formação de série histórica necessária à sua agregação ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. Marau conta com dois polos de academias de saúde. Conforme a Portaria nº 2.684/2013 (BRASIL, 2013) existe três modalidades de academia de saúde, e cada uma contará com um valor de repasse: Modalidade Básica: R\$80.000,00; Modalidade Intermediária: R\$100.000,00 e Modalidade Ampliada: R\$180.000,00. Com a conclusão da obra, o ente federativo fica responsável pela manutenção por pelo menos cinco anos, após este período pode receber eventuais novos recursos financeiros.

3.3.2 RECURSOS ESTADUAIS

Conforme o demonstrativo do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, os repasses financeiros fundo a fundo pelo Estado para o município de Marau em 2014 foram: - Para o bloco da Atenção Básica: R\$ 1.257.861,27. - Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável): R\$ 1.257.861,27. - Saúde da Família: R\$ 1.257.861,27. - Convênio: R\$ 18.750,00.

3.3.3 RECURSOS MUNICIPAIS

A descentralização político-administrativa da saúde é fundamental para que os municípios possam gerir os recursos financeiros conforme as características populacionais e a realidade de saúde de seus territórios. O processo de municipalização reconhece o município

como principal responsável pela saúde da sua população. Isso também significa, direta e indiretamente, arcar com a maior parte das despesas em saúde. Como mencionado anteriormente, Marau aplica cerca de 25% da sua receita na área da saúde (dados repassados na Conferência Municipal de Saúde de 2017). Isso pode ser representado numericamente, conforme a tabela a seguir, extraída de dados fornecidos pelo SIOPS no ano de 2014:

Tabela 4 - Demonstrativo de recursos destinados a Saúde

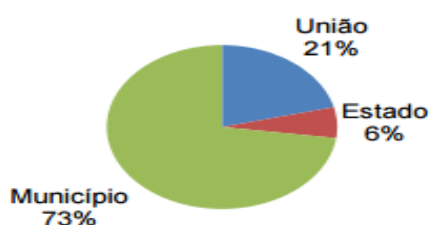
Demonstrativo da Utilização de Recursos	Recursos Próprios
Bloco Vigilância em Saúde	R\$ 241.305,00
Bloco Atenção Básica	R\$ 7.364.798,61
Bloco da MAC Ambulatorial e Hospitalar	R\$ 582.953,27
Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde	R\$ 373.976,28
Bloco da Assistência Farmacêutica	R\$ 1.519.775,43
Bloco Gestão do SUS	R\$ 27.372,59
Convênios	R\$ 164.147,21
Prestação de Serviços de Saúde	R\$ 4.744.663,37
Teto Financeiro	R\$ 316.573,58
Total de receita municipal para a saúde em 2014	R\$ 15.335.565,34

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde 2014.

Em comparação com os recursos repassados pelas três esferas de governo, a esfera municipal financia a maior parte do sistema público de saúde. Em Marau essa proporção é representada pelo gráfico a seguir:

Gráfico 11 - Representação do financiamento municipal, estadual e união.

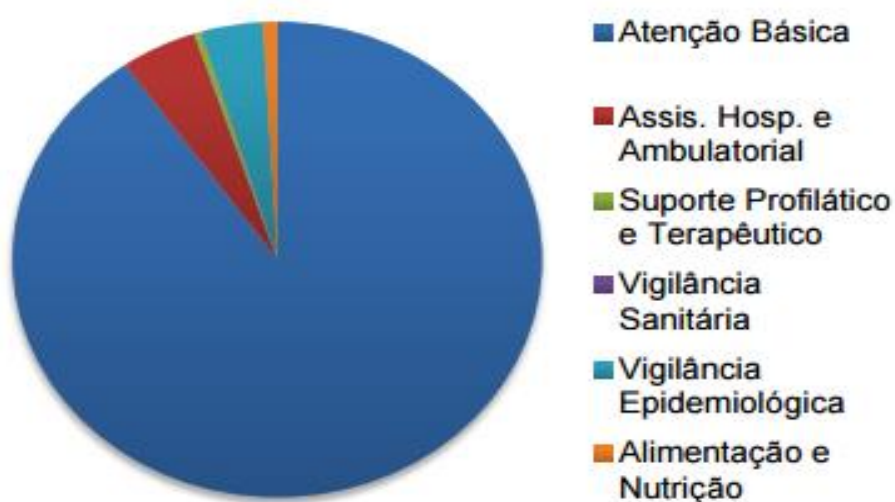
Financiamento da Saúde - Marau/2014



Fonte: Dados SIOPS, 2015

Dados do ano de 2016, quanto à despesa total de saúde, Marau gasta em média R\$ 635,39 por habitante/ano. Os indicadores financeiros relativos à participação nas despesas aponta que a maior despesa está relacionada com pessoal (42,88%), seguidos pela despesa com serviços de terceiros (32,08%), despesa com medicamentos (10,48%) e investimentos na saúde (4,78%). Além disso, as despesas dividem-se em subfunções administrativas e vinculadas. Em proporção, as despesas vinculadas com a saúde pública podem ser representadas da seguinte forma:

Gráfico 12 - Proporção de despesas vinculadas com saúde pública



Fonte: SIOPS , 2016.

3.4 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Historicamente, as informações sobre saúde no Brasil são fragmentadas, resultado da implementação de vários sistemas de informação, voltados para diferentes dimensões: Epidemiológica, Demográfica, Produção de serviços entre outras. A partir do mês de junho de 2017, foi instalado um novo sistema de prontuário eletrônico (G-MUS) vinculado ao E-Sus em Marau, que possibilitará a obtenção de dados referentes à situação de saúde da população. Diversos sistemas são utilizados, abaixo estão listados alguns dos quais são de responsabilidade da Vigilância Epidemiológica, porém existem outros que não tivemos acesso que estão sob responsabilidade da Coordenação de Ações em Saúde:

- SIPNI – Sistema de Informação Nacional de Vacinação;
- SINAN- Sistema de Informação de Agravos e Notificação;
- SIVEP DDA- Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica/ Doenças Diarreicas Agudas;
- SISCEL- Sistema de Controle de Exames Laboratoriais CD4 e CV;
- SINASC- Sistema de Informação de Nascidos Vivos;
- SIMC- Sistema de Informação Mortalidade Crianças;
- SISAGUA -Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano;
- SIST- Sistema de Informação Saúde do Trabalhador;
- GAL- Sistema Gerenciador de Laboratórios;
- GUD- Gerenciamento de Usuários com Deficiência;
- SISFAD- Sistema de Informação de Febre Amarela e Dengue;
- SISCAN- Sistema de Informação do Câncer;
- SISPRENATAL- Sistema do programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento;
- SISCOLO- Sistema de Informação do Combate ao Câncer de Colo de Útero;

3.5 SISTEMA MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Conforme informações repassadas na Conferência Municipal de Saúde, listamos abaixo algumas das ações que são de responsabilidade da Vigilância em Saúde de Marau:

- ✓ Alimentação do sistema de doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados;
- ✓ Investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos por doença específica;
- ✓ Busca ativa de casos de notificação compulsória nas unidades de saúde, hospital, laboratórios, domicílios, creches, consultórios e outros;
- ✓ Busca ativa de declarações de óbitos no cartório municipal e de nascidos vivos no Hospital Cristo Redentor, retroalimentar o SIM, SINASC;
- ✓ Monitorar as doenças diarreicas agudas;
- ✓ Notificar e investigar surtos alimentares;
- ✓ Notificar agravos relacionados ao trabalho (acidentes e doenças ocupacionais), juntamente com os demais níveis de atenção;

- ✓ Provimento da realização de exames laboratoriais voltados ao diagnóstico de doenças de notificação compulsória: O Município faz a coleta e encaminha o material ao Laboratório Central do Estado (LACEN);
- ✓ Coordenar e executar ações de vacinação tanto de rotina como as estratégias especiais de controle de doenças executando campanhas e vacinações de bloqueio;
- ✓ Notificar e investigar eventos adversos associados à vacinação;
- ✓ Monitorar através de investigação de óbitos a mortalidade infantil e materna sempre que ocorrer;
- ✓ Divulgar as informações e análises epidemiológicas e executar ações educativas de abrangência municipal;
- ✓ Tomar medidas de controle cabíveis em conjunto com a Secretaria do Estado;
- ✓ Notificação de doenças relacionadas ao Trabalho (RINA);
- ✓ Notificação de eventos adversos pós-vacinação.
- ✓ Programa de Pacientes Ostomizados
- ✓ *Vigilância Sanitária:*
 - Área de Alimentos
 - Vistorias em estabelecimentos que comercializam alimentos para renovação de alvarás;
 - Orientação para melhorias nos estabelecimentos, de acordo com a legislação vigente;
 - Notificação em estabelecimentos que não estão em dia com suas obrigações;
 - Orientações quanto à venda de produtos somente com procedência/ registro/ rotulagem de acordo com a legislação;
 - Buscas/apreensões de produtos que não estão de acordo com a legislação;
 - Notificação e atendimento de surtos alimentares;
- ✓ *Vigilância da Qualidade da água:*
 - Coleta periódica de amostra de água em fontes alternativas e rede da CORSAN, para exame bacteriológico e teor de flúor.
- ✓ *Área de Controle de Estabelecimentos de Interesse à Saúde:*
 - Vistorias em estabelecimentos para liberação de Alvará de Saúde;
 - Orientações quanto a legislação nestes estabelecimentos.
- ✓ Vigilância Ambiental;
- ✓ Programa de Controle da Dengue;
- ✓ Controle de zoonoses;

4 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Marau conta com uma rede de serviços de atenção básica e de média complexidade. Através dos sistemas de informação, existe comunicação entre serviços de atenção básica. Há dificuldade em contra-referências, na comunicação principalmente com serviços hospitalares. Quando há necessidade de atendimentos de alta complexidade, e para exames laboratoriais, de imagem e diagnóstico que não são realizados em Marau, existe a referência para outros municípios como Passo Fundo e Porto Alegre.

Tabela 5 – Saúde no Município de Marau

Saúde (2013)		
Identificação	Quantidade	Descrição
SAÚDE	01	Hospital
	5.825	Internações Hospitalares
	110	Número de Leitos

Fonte: Prefeitura Municipal de Marau, 2013.

Também conta com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), tipo 1, composto por equipe multidisciplinar composta por 01 psicóloga, 01 enfermeira, 01 auxiliar de enfermagem, 01 médico e 01 sanificadora. Atualmente o CAPS apresenta 120 usuários cadastrados, muitos dos quais frequentando o serviço semanalmente. Outras atividades realizadas são as visitas domiciliares, atendimentos em grupo de apoio semanal para dependentes químicos e grupo de apoio semanal para familiares, atendimentos individuais por médico, profissionais de enfermagem e psicólogas, além de oficinas terapêuticas.

No município também há um hospital: o Hospital Cristo Redentor (HCR), o qual possui um total de 109 leitos, 71 deles destinados ao SUS e 8 leitos psiquiátricos.

A referência para assistência hospitalar nas 03 maneiras abaixo descritas é o Hospital Cristo Redentor:

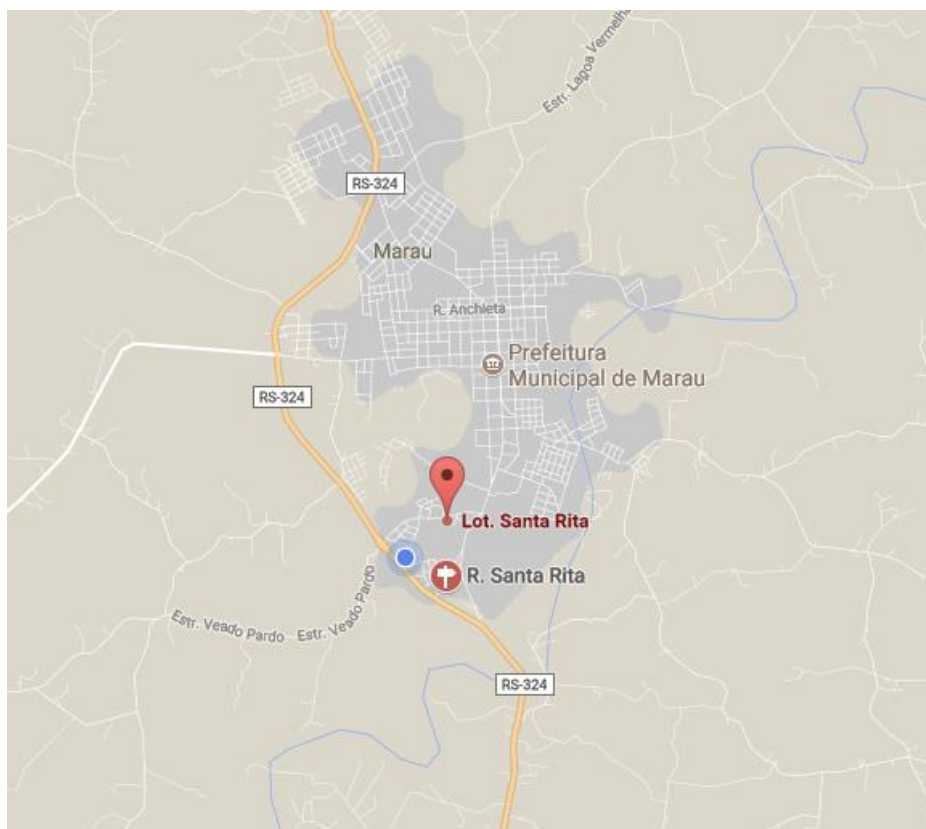
- 1- Casos de emergência, usuário dirige-se diretamente a emergência;
- 2- Por indicação dos profissionais das Unidades de ESF (referência e contra referência, especialidades, exames);
- 3- Pela necessidade de internação hospitalar e para realização de procedimentos.

O município possui convênio com os seguintes hospitais: HCR de Marau, Hospital Ortopédico de Passo Fundo (HO), IOT (Instituto de Ortopedia e Traumatologia) e Hospital da Cidade (HC).

A Secretaria também possui contratos com o HCR, HC, Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) e Centro de Diagnóstico (CD) para a realização de exames. O município conta ainda com os seguintes serviços privados vinculados ao SUS: - Laboratórios: Alpha, Biomarau, Prevenir, Decésaro, Exatus, Ticiani, Laboratório do HCR. - Serviço de Radiodiagnóstico: HC e HSVP.

4.1 BAIRRO SANTA RITA

Figura 1 - Localização Bairro Santa Rita



Fonte: Google Maps.

4.1.1 HISTÓRICO

Este local era apenas conhecido pelo nome de diversos loteamentos. A comunidade, numa primeira celebração religiosa, discutiu e escolheu a padroeira Santa Rita de Cássia, por ser uma santa milagrosa, e por não ter nenhuma comunidade com o nome desta santa. A festa é celebrada em 22 de maio. Inicialmente este local era terreno cultivado por agricultores. Devido a chegada da Perdigão, atual Brasil Foods (BRF) na região as pessoas começaram a fazer loteamentos e novos moradores foram chegando. Isso aconteceu no ano de 1975, com a chegada das famílias de Olivo e Santina Zuchi, Sergio e Geni Zuchi e Bernardo e Rosa Pastre.

4.1.2 TERRITÓRIO E POPULAÇÃO DA ESF SANTA RITA

Fotografia 8 – Território em 2015



Fonte: Capturada pelas autoras

O bairro Santa Rita foi constituído pela instalação da empresa BRF, que empregava muitos trabalhadores da região, que acabaram fixando residência no município, povoando o entorno da empresa. O território da ESF Santa Rita compreende os seguintes bairros: Parte do São Cristóvão, Santa Rita e loteamentos Colina Verde, Solutus e Colussi.

A ESF possui em sua área uma população estimada de 4.000 pessoas, distribuídas entre as diversas faixas etárias. Formada em sua maioria por funcionários da BRF, e demais pessoas que se deslocam para municípios vizinhos diariamente para trabalhar. Entre as doenças que mais prevalecem na população adstrita estão diabetes, hipertensão e transtornos mentais, doenças relacionadas ao trabalho.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) Santa Rita atende a população de cinco micro-áreas, subdivididas de acordo com as características geográficas e populacionais dessas

regiões, o que limita do território da ESF com a ESF Central 2 é um local chamado Beco Sertão, conhecido como ponto de venda de drogas.

- ✓ Micro-área 19: parte do Bairro Santa Rita e Colina Verde;
- ✓ Micro-área 21: parte do Bairro Santa Rita;
- ✓ Micro-área 22: parte do Bairro Santa Rita;
- ✓ Micro-área 41: Colina Verde, Loteamento Colussi e Solutus;
- ✓ Micro-área 47: parte do Bairro São Cristóvão e Loteamento Lurdes de Oliveira;

As atividades econômicas predominantes são: indústrias de alimentos (BRF; Mega Doces;) Metalúrgica Sofinox e equipamentos para aviários, laticínio, mini-mercados, lavagem de carros, oficinas mecânicas, casas noturnas, salão de beleza, lojas de roupas e bazar, confecções, atelier de costura, padaria, fábrica e comércio de móveis, terraplanagem, madeireiras, tornearia.

Referente ao tipo de moradia destaca-se que a maioria das casas são próprias, de alvenaria e em bom estado de conservação. Há muitas construções e os loteamentos estão em expansão. As moradias alugadas normalmente são porções ou encontram-se nos fundos dos terrenos. O abastecimento de água é feito pela CORSAN. Existe a coleta do lixo três vezes por semana e mais um dia de coleta seletiva. Há poucas lixeiras e em grande parte da área, encontra-se lixo espalhado nas ruas e nos rios, por falta de conscientização dos moradores. Em vários locais tem-se a cultura de criar animais tais como, galinha, cavalo e coelho. Também é comum encontrar animais de estimação como gatos e cachorros nas ruas.

Na maioria das casas há rede de esgoto, porém há algumas áreas com fossa séptica. A iluminação nos domicílios é fornecida pela RGE, sendo que em algumas ruas a iluminação é precária.

Existem áreas verdes e uma sanga que perpassa o território, um campo de futebol que serve de espaço para prática de atividade física, neste mesmo local é onde ocorre o Grupo de Caminhada organizado pelas ACS com a população.

As ruas do bairro estão em boas condições, exceto em algumas onde não há pavimentação. Fica evidente a falta de educação para o trânsito, pois os pedestres transitam no meio da rua. Um trecho da RS 324 passa pelo bairro, dividindo o território e oferecendo riscos a população que precisa deslocar-se de um lado para o outro, pois apresenta um tráfego intenso tanto de carros quanto de caminhões devido ao transporte para a empresa BRF.

4.1.3 ESCOLAS

Atualmente a Escola Municipal de Ensino Fundamental Afonso Volpato é a escola com maior número de alunos, totalizando 540 e 54 professores. Foi criada em 1972, iniciando seu funcionamento em 01 de março de 1973, na então zona Bernardi, distrito de Marau, num prédio de madeira de 52,90 m². O prédio atual, em alvenaria foi construído em 1984 com 162,96 m² e com uma ampliação em 1986, de 132 m² para atender a demanda de alunos. A referida escola foi construída em um terreno doado pelo senhor Afonso Volpato, homenageado hoje como patrono da escola, outra área doada pelo senhor Bernardo Antunes, homenageado hoje com o nome da rua, onde se localiza a escola e uma área adquirida pela Prefeitura Municipal, num total de 2.500 m². A primeira professora deste estabelecimento de ensino foi Maria Ana Pertile, que exercia as funções de docência, merendeira e administrativo.

Fotografia 9 – Escola Municipal Afonso Volpato



Fonte: Arquivos da ESF Santa Rita, 2016.

Devido ao grande número de pessoas que vem em busca de uma oportunidade de emprego e melhor condição de vida surgiu a necessidade de ter um lugar para deixar seus

filhos enquanto os pais trabalham, a fim de cuidá-los, educá-los deixando os pais despreocupados enquanto trabalham, com isso surge a criação da Escola Municipal de Educação Infantil Mágico de Oz.

Fotografia 10 – Escola Mágico de Oz



Fonte: Arquivos da ESF Santa Rita, 2016.

A mesma está em funcionamento neste bairro desde 25 de fevereiro de 2002. Quando a escola foi inaugurada começaram as turmas de maternal e jardim, com um total de 30 alunos, atualmente a escola contabiliza por volta de 300 alunos.

4.1.4 ESF SANTA RITA

A Sra. Marli Goetz moradora há 20 anos no Bairro Santa Rita, atuou no “Mini-posto de saúde voluntário”, onde havia um nebulizador, eram aplicadas injeções, feito curativos mais simples, distribuídas algumas pomadas e repassadas orientações sobre saúde, a SMS forneceu uma panela de pressão para esterilizar os materiais e também um aparelho para verificar pressão. Este atendimento aconteceu na sua casa durante 3 anos, e após teve continuidade na casa de Mariluce Minosso. Dona Marli conta que para realizar este trabalho

recebeu treinamento sobre técnicas de enfermagem. Relata que há 18 anos algumas senhoras realizaram um treinamento sobre como preparar xaropes, pomadas caseiras e chás em geral. Participaram deste curso Mariluce Minosso e Serli Wilhem. O prefeito da época era Luis Brocco, no mandato seguinte do prefeito Alci Luiz Romanini o atendimento a população passou a ser realizado no salão da comunidade com um ônibus adaptado (consultório médico e odontológico). Esse local foi reformado e atualmente é a ESF Santa Rita. Devido ao aumento da população foi implantado o PSF em março de 2003. Sendo a equipe composta inicialmente pelos seguintes profissionais: Enfermeira Lisiane Dal Agnese, médico Fabiano, técnica de enfermagem Maria Helena, dentista Eleimar Zanchetti, Auxiliar de Saúde Bucal Luciane Marchezan, Agente Comunitária de Saúde Elaine Hoppe, Carina Ramos, Janice Scandolara e sanificadora Ivone França.

Fotografia 11 – ESF Santa Rita



Fonte: Arquivo ESF Santa Rita – Maio de 2017.

Atualmente a estrutura física da Estratégia Saúde da Família (ESF) é composta por 01 consultório médico com sanitário, 01 consultório de enfermagem, 01 consultório odontológico, 01 consultório da psicologia, 01 cozinha, 02 sanitários para usuários, 01 sala de reuniões, 01 sala de recepção, 01 sala de esterilização e estocagem, 01 almoxarifado, 01 área para estocagem de material de limpeza, 01 área para abrigo de material sólido, 01 sala de utilidade, 01 área para compressor e bomba a vácuo há ainda, 01 sala de vacinas, 01 sala onde ocorre dispensação de medicamentos.

Além disso, a ESF conta com a atuação de equipe multiprofissional. A enfermeira realiza atividades referentes à atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas, consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo, solicita exames complementares e encaminha os usuários para outros serviços quando necessário. Além de realizar atividades programáticas e de atenção à demanda espontânea, planejar e avaliar ações desenvolvidas pelas ACS juntamente com a equipe, assim como realizar ações de educação permanente e educação em saúde e participa do gerenciamento dos insumos necessários. No município, o enfermeiro não prescreve medicações, entretanto sabe-se que esta é uma prática reconhecida e prevista pela legislação (mediante protocolo assistencial assegurado por lei municipal). A técnica em enfermagem realiza procedimentos, atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, ações de educação em saúde, participa do gerenciamento de insumos e também realiza ações de educação permanente e educação em saúde.

A ESF conta com duas médicas, sendo que uma destas é profissional efetiva da prefeitura (concurso público) e outra contratada através do Programa Mais Médicos. Essas profissionais atuantes na ESF Santa Rita realizam ações de atenção à saúde da população adstrita, consultas clínicas, procedimentos ambulatoriais, atividades em grupo, atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, encaminhamento de usuários a outros pontos da rede de atenção à saúde (quando necessário, mantendo o acompanhamento) indica, quando necessário, internação hospitalar ou domiciliar, realiza e participa de atividades de educação permanente e educação em saúde e participa do gerenciamento dos insumos. Ainda, a ESF conta com 100% de cobertura de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) totalizando cinco profissionais. As ACS trabalham com adstrição de famílias, cadastram os usuários de sua micro-área, orientam as famílias quanto à utilização dos serviços, realizam atividades programadas, acompanham as famílias por meio de visitas domiciliares, desenvolvem ações que integrem a equipe de saúde e a população, ações de promoção e educação em saúde, prevenção das doenças e agravos, e de vigilância à saúde e acompanhamento dos participantes do Programa Bolsa Família. Ademais, no município de Marau, as ACS realizam também na área de abrangência da ESF ações de controle a Dengue. No que tange a equipe de Saúde Bucal (SB), a ESF conta com uma cirurgiã dentista que realiza atenção em saúde bucal, procedimentos clínicos de saúde bucal, incluindo atendimentos de urgência, pequenas cirurgias ambulatoriais, realiza também atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; desenvolve ações referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe e ações de educação em saúde a equipe de SB da ESF também conta com uma técnica em saúde bucal, que realiza e coordena a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos, desenvolve atividades de saúde bucal com os demais membros da equipe, apoia as atividades

dos ACS na prevenção e promoção da saúde, participa do gerenciamento dos insumos, realiza atividades programas e de atenção à demanda espontânea e realiza o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal.

Na ESF não há serviços de radiografia odontológica, desta forma, pacientes que necessitam deste serviço são encaminhados para serviços especializados que possuem convênio com o município. A jornada de trabalho da equipe de SB é de apenas 20 horas semanais, e por isso, o trabalho de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e de diagnóstico do perfil epidemiológico para planejamento e programação em saúde bucal, previstos pela Portaria, ficam prejudicados devido a crescente demanda para atendimentos clínicos e a redução da carga horária de atuação na ESF. A ESF conta com uma psicóloga e uma farmacêutica na composição de sua equipe mínima, com carga horária de 20 horas semanais cada, o que não é previsto pela Portaria.

Ademais, a ESF conta ainda com a atuação de residentes do Programa Multiprofissional em Saúde, com ênfase em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), sendo duas enfermeiras, duas psicólogas e duas farmacêuticas. Os quais atuam numa jornada de 60 horas semanais, sendo 40 horas de atividades em campo de prática, e 20 horas em atividades teóricas previstas pela matriz curricular da residência. Estes profissionais atuam junto aos demais profissionais da equipe, de forma a complementar o processo de trabalho e movimentar transformações in loco.

A ESF também é campo de imersão dos alunos da Graduação em Medicina da UFFS. Ainda, a ESF Santa Rita conta com a atuação de um agente administrativo e uma sanificadora.

Na ESF ocorre a dispensação de medicamentos disponíveis na lista básica do município, composta por 182 medicamentos, selecionados a partir da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e em consonância com as necessidades de saúde prioritárias do município). No que se refere a insumos, esses estão de acordo com as necessidades e demandas do dia a dia, tanto para procedimentos como para demais ações.

Como estratégias de promoção de saúde, são desenvolvidos grupos abertos para participação da comunidade, tais como o Grupo HiperDia, onde participam pacientes hipertensos e diabéticos ocorrendo encontros quinzenais nas quintas-feiras de manhã, também o Grupo de Artesanato, que ocorre semanalmente nas quartas-feiras a tarde e Grupo da Caminhada que ocorre nas terças e quintas-feiras das 16h às 17h no Campo. Ademais, a equipe realiza atividades em parceria com a Escola Afonso Volpato e EMEI Mágico de Oz quando necessário para os pais, professores e alunos.

4.1.5 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Iniciou no ano de 2013, com a inserção da 1ª turma de residentes. Tem como campo de práticas a ESF Santa Rita e a ESF São José Operário, são 6 vagas reservadas para o município: 2 psicologia, 2 enfermagem, 2 farmácia. Trata-se de uma formação em serviço, com a finalidade de atuar em equipe, de forma interdisciplinar, em diferentes níveis de atenção e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). A ênfase de atuação da Residência Multiprofissional é em “Saúde da Família e Comunidade”, que visa à formação de residentes para Atenção Primária à Saúde.

5. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

No que tange a assistência hospitalar para o acesso ao serviço de urgência e emergência, o município tem como referência o Hospital Cristo Redentor (HCR), que pode ser acessado pelo próprio paciente e por indicação dos profissionais da rede de atenção à saúde do município. Além disso, o município possui convênio com os seguintes hospitais: Hospital Ortopédico de Passo Fundo (HO), IOT (Instituto de Ortopedia e Traumatologia), Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) e Hospital da Cidade (HC). Além dos convênios a SMS também possui contratos com o HCR, HC, HSVP, Centro de Diagnóstico (CD) e diversos laboratórios de análises clínicas para a realização de exames. Quanto aos casos que demandam atenção especializada de alta complexidade, os pacientes são encaminhados para grandes centros de referência do Estado conforme fluxo de atendimento estabelecido pela SMS e 6ª CRS (PLANO MUNICIPAL, 2014).

Além do HCR o município dispõe para os casos de urgência e emergência no âmbito extra-hospitalar os serviços dos Bombeiros e SAMU.

6. ATENÇÃO ESPECIALIZADA

O município oferece para a população as especialidades de Pediatria e Ginecologia, que está localizado junto a Secretaria de Saúde, o acesso a estes serviços se dá através de encaminhamentos dos profissionais das ESFs. O município oferece ainda o serviço de Atenção Psicossocial (CAPS) para as pessoas que estão com transtornos mentais. As demais demandas especializadas são reguladas pela 6ª CRS via Sisreg que é o Sistema Nacional de Regulação.

7. SAÚDE SUPLEMENTAR

Dados obtidos a partir da Associação Unisaúde indicam que ao longo do ano de 2015 foi realizado no município de Marau 5 partos normais e 61 cesáreas, o que corresponde a 92,4% da taxa de cesárea sobre o total de partos realizados no município (Agência Nacional de saúde suplementar).

Planos de saúde disponíveis: Unimed, Prontoclínica, Unisaúde, Bradesco saúde.

Tabela 6 – Saúde Suplementar

Número de estabelecimentos por tipo de convênio segundo tipo de atendimento prestado						
Dez/2009						
Serviço prestado		SUS	Particular	Plano de Saúde		
				Público	Privado	
Internação		2	2	-	-	
Ambulatorial		16	58	6	39	
Urgência		2	3	-	1	
Diagnose e terapia		5	9	-	-	
Vig. epidemiológica e sanitária		2				
Farmácia ou cooperativa		-	-	-	-	

Fonte: CNES – Situação da base de dados nacional em 2010.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Portaria nº 837, de 23 de abril de 2009.

BRASIL. Diário Oficial da União. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Lei Complementar nº141, de 13 de janeiro de 2012.

Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 1.378, de 09 de julho de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência 51 Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013.

Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing population: the challenges ahead. Lancet [Internet]. 2009 Oct [cited 2012 Aug 06];374(9696):1196-208. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2810516/pdf/nihms164804.pdf>

Dawalibi, N.W., Goulart, R.M.M., Aquino, R.C., Witter, C., Buriti, M.A., & Prearo, L.C. (2014). Índice de desenvolvimento humano e qualidade de vida de idosos frequentadores de Universidades Abertas para a Terceira Idade. *Psicologia & Sociedade*, 26(2), 496-505.

Pinheiro, J. C. V., Carvalho, R. M., & Freitas, K. S. (2009). Análise do suprimento atual e potencial de água potável para os municípios cearenses. *Sociedade & Natureza*, 21(2), 107-121.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD. (2012). Desenvolvimento Humano e IDH. Em: <<http://www.pnud.org.br/IDH/DH.aspx>>

WILLIG, Mariluci Hautsch; LENARDT, Maria Helena and CALDAS, Célia Pereira. A longevidade segundo histórias de vida de idosos longevos. *Rev. Bras. Enferm.* [online]. 2015, vol.68, n.4, pp.697-704.

Sites consultados para pesquisa:

<<http://www.portalnet.com.br/jardel/camara/institucional.php>>

<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431180&search=||info%20ricos:-informa%20es-completas>>

< <http://www.salamarias.com.br/noticias/artigos>>

<<http://www.pmmarau.com.br/marau/11/histaoria>>

<<http://cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?lang=&codmun=431180&search=rio-grande-do-sul|marau|info%20ricos:-evolu%20o-populacional-e-pir%20met%20ria>>

<<http://svs.aids.gov.br/dashboard/situacao/saude.show.mtw>>

<http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=43&VMun=431180&VComp=201705>

<http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=43&VMun=431180&VComp=201705>

<<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/rs/marau/panorama>>

<www.ans.gov.br/index.php>

<http://populacao.net.br/populacao-marau-todos-os-setores_marau_rs.html>

Acessos em junho de 2017.

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE**

Campo de Prática: ESF Santa Rita – Marau/RS

2º SEMESTRE

**PROJETO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DA
RESIDÊNCIA**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE**

MARINA PELICOLI

**PRESCRIÇÃO DE ANTIBACTERIANOS: PERFIL E ADESÃO DOS PACIENTES
VISANDO À INTERVENÇÃO NA EQUIPE DE SAÚDE**

PASSO FUNDO, RS

2017

MARINA PELICOLI

**PRESCRIÇÃO DE ANTIBACTERIANOS: PERFIL E ADESÃO DOS PACIENTES
VISANDO À INTERVENÇÃO NA EQUIPE DE SAÚDE**

Projeto de Pesquisa apresentado à Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal da Fronteira Sul, como requisito para obtenção do título de especialista.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Ivana Loraine Lindemann

Co-orientador: Farm. Thaís Scalco

PASSO FUNDO, RS

2017

RESUMO

A disseminação do uso de antibacterianos fez com que os microorganismos também desenvolvessem defesas contra esses agentes e como consequência o aparecimento de resistência, evento este que tem representado uma ameaça para a saúde pública. Diante disso, o objetivo deste trabalho é avaliar as prescrições de medicamentos antibacterianos no território de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Santa Rita em Marau-RS, campo de atuação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. Os pacientes serão incluídos a partir do rol de receitas dispensadas no período de 01 ano. Serão analisados dados referentes aos medicamentos, características dos pacientes e, em uma subamostra, a adesão ao tratamento. Os resultados do estudo serão divulgados à equipe da ESF e à gestão municipal afim de promover ações visando o uso racional de medicamentos. Este estudo está em observância às diretrizes da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos, e será iniciada somente após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família. Prescrição de medicamentos. Antibacterianos. Adesão à Medicação. Tratamento farmacológico.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 DESENVOLVIMENTO.....	7
2.1 DIAGNÓSTICO.....	7
2.1.1 Contextualização do município	7
2.1.2 Contextualização do sistema de saúde	8
2.1.3 Contextualização do engajamento público	9
2.1.4 Contextualização da estrutura da unidade	10
2.1.5 Contextualização do processo de trabalho.....	10
2.1.6 Contextualização da população.....	12
2.2 ESCOLHA E PLANEJAMENTO DA INTERVENÇÃO.....	12
2.2.1 Justificativa.....	12
2.2.2 Referencial Teórico	13
2.2.3 Objetivos.....	16
2.2.3.1 Objetivo geral	16
2.2.3.2 Objetivos específicos	16
2.2.4 Metas	16
2.2.5 Metodologia.....	17
2.2.5.1 Tipo de estudo	17
2.2.5.2 Local e período de realização	17
2.2.5.3 População e Amostragem	17
2.2.5.4 Variáveis e instrumentos de coleta de dados	18
2.2.5.5 Logística	19
2.2.5.6 Processamento, controle de qualidade e análise de dados	19
2.2.5.7 Aspectos éticos	19
2.2.6 Recursos	21
2.2.7 Cronograma	22
2.2.8 Referências	23
2.2.9 Apêndices	26

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Público de Saúde no Brasil é resultado de décadas de luta do chamado Movimento da Reforma Sanitária, sendo instituído pela Constituição Federal de 1988 e consolidado pelas Leis 8.080 e 8.142. Foi denominado Sistema Único de Saúde (SUS) e com isso evidenciou-se uma nova atenção à saúde a partir da concepção de que saúde não é apenas ausência de doença, mas parte do entendimento de qualidade de vida. A realidade mostra que mesmo com suas qualidades e fragilidades, o SUS, que tem 29 anos, é reconhecido no país, e fora dele, como uma política pública importante e com grande potencial (CARVALHO, 2013; ALMEIDA, 2013).

O SUS tem como proposta uma mudança profunda no modelo de planejar, organizar e gerir as ações e serviços de saúde. O princípio da integralidade se assenta na compreensão de que as pessoas têm o direito de serem atendidas no conjunto de suas necessidades, e que os serviços de saúde devem estar organizados de modo a oferecer todas as ações requeridas por essa atenção integral. Dessa forma, o SUS deve desenvolver ações sobre o ambiente e sobre a pessoa destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como à reabilitação (CARVALHO, 2013; ALMEIDA, 2013).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Atenção Básica ou Atenção Primária em Saúde, é parte integrante do Sistema Único de Saúde, devendo ser, portanto, a porta de entrada preferencial do SUS. A Atenção Básica é definida como um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2010; STARFIELD, 1998; TANAKA, 2011).

Essa definição estabelece sua posição estratégica no SUS, ao garantir a universalidade do acesso e a cobertura, efetivando a integralidade, e ações programáticas a demanda espontânea, articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe bem como a coordenação do cuidado na rede de serviços (BRASIL, 2010; STARFIELD, 1998; TANAKA, 2011).

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) configura-se como a principal modalidade de atuação da Atenção Básica, visando à reorganização de acordo com os preceitos do SUS, e é tida como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da área por favorecer uma

reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos, ampliando a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2011).

Cabe ressaltar que conforme a PNAB, dentre os itens necessários a ESF destaca-se que cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas atendidas pela equipe, outro item necessário que se faz interessante destacar, é que número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe, além da existência de equipe multiprofissional (BRASIL, 2011).

As Residências Multiprofissionais em Saúde e em área profissional da saúde, existentes desde 1975, tiveram sua regulamentação em 2005, com a Lei nº 11.129. Os programas de Residência são orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais, e abrangem as profissões da área da saúde, que compreendem: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. As Residências Multiprofissionais em Saúde existem por meio de uma cooperação entre os Ministérios da Saúde e da Educação concebida para favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no SUS (BRASIL, 2006).

Nesse contexto, encontram-se os Programas da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, que devem ser orientados por estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados nas Redes de Atenção à Saúde, tendo a atenção básica como espaço privilegiado. Adotam metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar, além disso, os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade podem contribuir com a revisão do modelo assistencial, na medida em que formam um novo perfil do profissional de saúde, humanizado e preparado para responder às reais necessidades de saúde dos usuários, família e comunidade (BRASIL, 2006).

Diante deste contexto, a ESF tem como principal propósito reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir um modelo tradicional, priorizando ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. Possibilita, portanto, uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções, além das práticas curativas. Vários são os elementos que afetam a prescrição e a utilização adequada dos medicamentos, bem como, a forma como estão organizadas as intervenções no processo saúde-doença (MARIN *et al.*, 2003).

Sendo assim a resistência bacteriana está ligada à utilização indiscriminada, empírica e cotidiana de antimicrobianos (ANVISA, 2006). No Brasil, a aprovação da Resolução RDC nº 44/2010, que controla a dispensação de antimicrobianos, contribui para a diminuição tanto do consumo irracional de medicamentos quanto da resistência bacteriana (BRITO *et al.*, 2012; ANVISA, 2010).

O fenômeno da resistência bacteriana é complexo e refere-se a cepas de microorganismos que são capazes de multiplicar-se em presença de concentrações de antibacterianos mais altas do que as que provêm das doses terapêuticas dadas a humanos. É um fenômeno biológico natural que acompanhou a introdução de agentes antimicrobianos na prática clínica, o seu crescimento acarreta dificuldades no manejo de infecções e contribui para o aumento dos custos do sistema de saúde, pois com a ineficácia dos antibacterianos essenciais são necessários tratamentos com novos antimicrobianos, geralmente mais caros (WANNMACHER, 2004; WHO, 2006).

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 DIAGNÓSTICO

2.1.1 Contextualização do município de Marau

O município de Marau, campo de prática da Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul, compreende uma área física de aproximadamente 649,300 km², correspondentes a 0,23% da área estadual e 0,008% do território nacional. É limite Sul da Região Norte do Rio Grande do Sul, localiza-se no Planalto Médio, na região da produção. Faz limites ao Norte com Passo Fundo e Mato Castelhano, ao Sul com Vila Maria, Camargo e Soledade, ao Leste com Gentil e Santo Antônio do Palma, a Oeste com Nicolau Vergueiro, a Noroeste com Ernestina e a Sudoeste com Ibirapuitã. A densidade demográfica de Marau em 2013 foi de 58,7 hab/km² (IBGE, 2010).

Conforme dados atualizados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2016, o número estimado de habitantes é de 40.629, sendo o êxodo rural expressivo, quando se observa que a maioria da população reside em área urbana (85%). A etnia mais prevalente é de descendentes italianos. A religião da população é predominantemente católica por volta de 33.097 pessoas, seguida da crença evangélica de 2.795 pessoas. Marau tem baixa razão entre os sexos, sendo que a população é homogênea nas faixas etárias em relação ao sexo. Percebe-se uma distribuição de habitantes entre as faixas etárias com maior prevalência na idade economicamente ativa. Sabe-se que há um conjunto de fatores que incentiva isso, destacando na realidade regional, a existência de grandes indústrias, oferta de empregos e melhor remuneração, acesso à bens e serviços, infraestrutura, como educação, saúde, lazer, entre outros (IBGE, 2010).

A coleta do lixo é feita através de uma empresa terceirizada, sendo que o manejo, a coleta e a destinação final dos resíduos sólidos estão sob responsabilidade da mesma, que mantém contrato com a Prefeitura Municipal. O abastecimento de água é fornecido majoritariamente pela Companhia Rio-grandense de Saneamento (CORSAN), que coleta água do manancial Sanga/Arroio Marau, e realiza o tratamento na Estação de Tratamento de Água.

Dados coletados do Sistema de Informação Atenção Básica (SIAB), de 2013 referem que 57,6% dos domicílios brasileiros possuem rede abastecimento de água. Já Marau se destaca com um percentual de 75,8%. No que se refere a serviços de esgoto, a maior parte dos domicílios conta com fossa séptica (SIAB, 2013).

Quanto à educação, a taxa de escolarização em pessoas de 6 a 14 anos, foi de 94,5% e o analfabetismo em pessoas com 15 anos ou mais era de 3,0% em 2010 - últimos dados publicados (IBGE, 2010).

2.1.2 Contextualização do sistema de saúde de Marau

O município possui 12 ESF's para atender toda a população: ESF Central 1, ESF Central 2, ESF Central 3, ESF Centro Social Urbano, ESF Fuga/Santa Helena, ESF Jardim do Sol, ESF Planalto, ESF Progresso, ESF Rural, ESF Santa Lúcia, ESF Santa Rita e ESF São José Operário, o que compreende 100% de cobertura. Além disso, Marau dispõe de um Posto Central e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), (MARAU, 2013, p. 124).

Conforme dados apresentados pela gestão municipal na Conferência Municipal de Saúde, todas as Unidades de Saúde funcionam diariamente, de segunda à sexta-feira das 07h30min às 11h30min e das 13h às 17h e possuem prontuário eletrônico e acesso à internet. Além dos atendimentos nas ESF's durante o dia, a partir do ano de 2017 começou a ser

oferecido à população um serviço de apoio para consulta médica à demanda excedente e um horário alternativo de atendimento médico e de enfermagem das 18h às 22h, no Posto Central¹.

No geral, a estrutura das Unidades de Saúde da Família compreende: consultório médico, odontológico, psicológico e de enfermagem, sala de vacinas e procedimentos, sala de esterilização, lavanderia, cozinha, sanitários, recepção e sala de reuniões. A equipe de saúde municipal é formada por: 11 Médicos concursados; 06 Médicos do Programa Mais Médicos; 05 Médicos Contratados 40h; 05 Médicos Contratados 20h; 18 Enfermeiras; 23 Técnicos de enfermagem; 20 Agentes de combate endemias; 02 Assistentes sociais; 08 Odontólogos; 06 Auxiliares de Saúde Bucal; 08 Psicólogas; 63 Agentes comunitários de saúde e 05 Farmacêuticos. A Assistência Farmacêutica de Marau disponibiliza 215 medicamentos da lista básica na farmácia municipal. São cinco farmacêuticos, quatro atendentes e dois auxiliares administrativos para atender aproximadamente 350 usuários/dia na Farmácia Central. Além da Farmácia Central, cinco ESF's contam com os denominados pólos de farmácia (ESF Santa Rita, ESF São José Operário, ESF Progresso, ESF Planalto e ESF Centro Social Urbano)¹.

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) está regulamentado pela lei municipal nº 1577/1991, a qual cria o Conselho e o Fundo Municipal de Saúde (FMS) e está orientado pela Lei Orgânica Municipal, a qual trata em seu capítulo V, dos Conselhos Municipais. Nas reuniões do CMS percebe-se pouca participação dos conselheiros, bem como da comunidade em geral, embora seja um espaço democrático para a construção de políticas públicas (MARAU, 1991).

Estão constituídos ainda dois Conselhos Locais de Saúde (CLS), nas ESF Santa Rita e São José Operário, campos de atuação da Residência Multiprofissional em Saúde, os quais proporcionam, de maneira descentralizada, o controle social e o engajamento da população na discussão de estratégias de melhoria do sistema municipal de saúde¹.

No município também há o Hospital Cristo Redentor, o qual possui um total de 109 leitos, 71 deles destinados ao SUS e 8 leitos psiquiátricos. Convém ressaltar a dificuldade de contra referência com o Hospital, poiso prontuário eletrônico éinterligado e disponível para a atenção básica do município².

2.1.3 Contextualização do engajamento público da Unidade de Saúde

¹ Informações apresentadas pela Gestão na Conferência Municipal de Saúde, realizada em 12 de maio de 2017.

² Informações verbais obtidas em conversa com a Equipe de Saúde da ESF Santa Rita em junho de 2017.

A ESF Santa Rita é uma das duas unidades do município com Conselho Local de Saúde, cujas reuniões ocorrem mensalmente na primeira terça-feira de cada mês às 17:30h na unidade de saúde, com participação incipiente da população. No dia 26 de setembro de 2017, foi realizado um evento denominado “Bate Papo com a Comunidade” com convite estendido a toda a população do território da ESF, sendo que houve uma boa participação da comunidade e presença dos gestores locais. Neste dia foram escolhidos representantes da comunidade que se comprometeriam a participar mensalmente das reuniões do Conselho Local de Saúde, trazendo as demandas da população².

2.1.4 Contextualização da estrutura da Unidade de Saúde

Atualmente a estrutura física da ESF é composta por 01 consultório médico com sanitário, 01 consultório de enfermagem, 01 consultório odontológico, 01 consultório da psicologia, 01 cozinha, 02 sanitários para usuários, 01 sala de reuniões, 01 sala de recepção, 01 sala de esterilização e estocagem, 01 almoxarifado, 01 área para estocagem de material de limpeza, 01 área para abrigo de material sólido, 01 sala de utilidade, 01 área para compressor e bomba a vácuo e, há ainda, 01 sala de vacinas e 01 sala onde ocorre dispensação de medicamentos².

A equipe multiprofissional da ESF é composta por profissionais que trabalham em regime de 40h semanais: 02 médicas, 01 enfermeira, 01 técnica de enfermagem, 01 agente administrativo, 05 agentes comunitários de saúde, 01 sanificadora e, por profissionais que trabalham no regime de 20h semanais: 01 psicóloga, 01 farmacêutica, 01 dentista e 01 auxiliar de saúde bucal. Ademais, a ESF conta ainda com a atuação de residentes do Programa Multiprofissional em Saúde, com ênfase em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal da Fronteira Sul, sendo 02 enfermeiras, 02 psicólogas e 02 farmacêuticas, os quais atuam numa jornada de 60h semanais, sendo 40h de atividades em campo de prática, e 20h em atividades teóricas previstas pela matriz curricular da Residência. Estes profissionais atuam junto aos demais da equipe, de forma a complementar o processo de trabalho e movimentar transformações *in loco*².

2.1.5 Contextualização do processo de trabalho na Unidade de Saúde

O horário de funcionamento da ESF Santa Rita é de 40h semanais, das 07:30h às 11:30h e na parte da tarde das 13h às 17h. Diariamente estão disponíveis na parte da manhã 24

fichas para consulta médica, 12 para cada uma das médicas, distribuídas conforme ordem de chegada. As demandas excedentes tanto na parte da manhã quanto da tarde são atendidas pela equipe, através de duplas de acolhimento conforme escala de trabalho do dia. Pela parte da tarde, o atendimento médico ocorre por meio de agendamentos para grupos prioritários - idosos, hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças menores de 02 anos, consultas de saúde mental e pacientes portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana(HIV)-, o agendamento é feito pessoalmente na unidade com o agente administrativo, na recepção².

Além disso, são realizadas: consultas odontológicas, psicológicas e de enfermagem; atendimento ambulatorial; visitas domiciliares multiprofissionais; imunizações; vigilância epidemiológica; limpeza, desinfecção e esterilização instrumental; planejamento familiar; pré-natal e puericultura; notificações; cadastramento de hipertensos e diabéticos; coleta citopatológica; administração de medicamentos; teste de glicemia capilar; monitoramento de pressão arterial; saúde bucal curativa e preventiva; medidas antropométricas; retirada de pontos; curativos de pequeno e médio porte; lavagem otológica; procedimentos médicos de pequeno porte, bem como testes Rápidos de HIV, sífilis e hepatite B e C e; Atendimentos Farmacêuticos, incluindo o programa Remédio em Casa entre outras atividades².

É feita ainda dispensação de medicamentos disponíveis na lista básica do município, composta por 215 medicamentos, selecionados a partir da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais e em consonância com as necessidades de saúde do município. O pólo de Farmácia fica disponível para dispensação e para atendimento farmacêutico todos os dias, exceto terça-feira à tarde e quinta-feira pela manhã, quando as profissionais estão envolvidas em outras atividades^{1,2}.

Como estratégias de promoção de saúde, são desenvolvidos grupos abertos para participação da comunidade:

- Pacientes hipertensos e diabéticos - HiperDia, com encontros quinzenais nas quintas-feiras pela manhã;
- Artesanato, que se reúne semanalmente nas quartas-feiras à tarde;
- Caminhada, que ocorre nas terças e quintas-feiras, das 16h às 17h no Campo da Comunidade;
- Meditação, nas segundas e quintas-feiras às 15h.

Além dos grupos, quinzenalmente, às sextas-feiras de manhã, ocorre atendimento com aplicação de Auriculoterapia; quando necessário a equipe realiza atividades em parceria com a Escola Municipal de Ensino Fundamental Afonso Volpato e com a Escola Municipal de Ensino Infantil Mágico de Oz envolvendo pais, professores e alunos e; ao longo do ano são oferecidos Curso de Gestantes e Grupo de Tabagismo².

Todas as sextas-feiras, das 13h às 15h, é realizada reunião de equipe para discutir casos e organizar os processos de trabalho. Quando há realização de atividades, projetos ou eventos define-se um grupo condutor, o qual fica responsável por reunir-se e planejar as ações a serem desenvolvidas, o que é viabilizado pela disponibilidade dos profissionais da Residência Multiprofissional. A ESF também é campo de Imersão/Vivência dos alunos da Graduação em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, que realizam ações e atendimentos².

2.1.6 Contextualização da população da Unidade de Saúde

O local era conhecido apenas pelo nome de diversos loteamentos, sendo a padroeira Santa Rita de Cássia escolhida como denominação pela comunidade, em uma das primeiras celebrações religiosas. Inicialmente o terreno era cultivado por agricultores. Devido à instalação da empresa Perdigão, atual Brasil Foods (BRF), o espaço foi loteado e novos moradores foram chegando. Isso aconteceu no ano de 1975, com as famílias de Olivo e Santina Zuchi, Sergio e Geni Zuchi e Bernardo e Rosa Pastre. Atualmente o território da ESF Santa Rita compreende os seguintes bairros: Parte do bairro São Cristóvão, Santa Rita e loteamentos Colina Verde, Solutus e Colussi².

A área da ESF compreende uma população estimada de 4.000 pessoas, de diferentes idades, formada em sua maioria por funcionários da BRF. Entre as doenças que mais prevalecem na população adstrita estão diabetes, hipertensão, transtornos mentais e doenças relacionadas ao trabalho. As atividades econômicas predominantes são: indústrias de alimentos (BRF; Mega Doces;) Metalúrgica Sofinox e equipamentos para aviários, laticínio, mini-mercados, lavagem de carros, oficinas mecânicas, casas noturnas, salão de beleza, lojas de roupas e bazar, confecções, atelier de costura, padaria, fábrica e comércio de móveis, terraplanagem, madeiras, tornearia. Existem áreas verdes e uma sanga que perpassa o território, além de um campo de futebol que serve de espaço para prática de atividade física. Um trecho da RS 324 passa pelo bairro, dividindo o território e oferecendo riscos à população que precisa deslocar-se de um lado para o outro².

2.2.1 Justificativa

Considerando a realidade da ESF Santa Rita, seu território e população atendida, percebe-se a grande demanda diária na dispensação de antimicrobianos. Sabendo-se que a resistência aos antibióticos é uma realidade preocupante e que na ESF não se têm registro de dados referentes à utilização dos mesmos, o trabalho se torna pertinente à medida que poderá

subsidiar a realização de ações, baseadas na realidade local, que racionalizem o uso destes medicamentos tanto em nível local quanto municipal.

2.2.2 Referencial Teórico

Desde que a Penicilina foi descoberta, muitos antimicrobianos foram desenvolvidos pela indústria farmacêutica em todo o mundo. No decorrer da história até os dias atuais, muitos avanços e pesquisas puderam promover a solução de muitas doenças infecciosas antes incuráveis (CAPA, 2009; BITTENCOURT, 2014).

Os medicamentos denominados antimicrobianos ou antibacterianos têm como objetivo a eliminação de bactérias que infectam os seres vivos causando doenças. Podem ser bactericidas, que matam os microrganismos ou, bacteriostáticos, que impedem seu crescimento. A disseminação do uso de antibióticos fez com que as bactérias também desenvolvessem defesas relativas aos agentes antibacterianos, com o consequente aparecimento de resistência (GOLL E FARIA, 2014; WANNMACHER, 2004).

A resistência a diversos antibióticos impõe sérias limitações às opções para o tratamento de infecções bacterianas, representando uma ameaça para a saúde pública. Trata-se de um fenômeno biológico e natural, que se tornou efetivamente evidente após a introdução da terapia antimicrobiana na década de 1940 (CAPA, 2009; BRAOIOS *et al.*, 2013).

Segundo Wannmacher (2004), o uso abusivo de antimicrobianos tem sido o grande responsável pela emergência de bactérias resistentes, ou seja, as taxas de resistência estão diretamente relacionadas às características de consumo de antimicrobianos. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) revelam que 50% das prescrições de antibióticos são inapropriadas sendo que uso inadequado causa um grande impacto na população, podendo haver um aumento no número de internações e ineficiência de antibióticos existentes (WHO, 2006).

De acordo com a definição do uso racional de medicamentos proposta pela Política Nacional de Medicamentos, os requisitos para a sua promoção são muito complexos e envolvem uma série de variáveis. Para que sejam cumpridos, devem contar com a participação de diversos atores sociais, dentre eles, legisladores, formuladores de políticas públicas, indústria, comércio, governo bem como pacientes e profissionais de saúde (BRASIL, 2001).

O uso irracional de medicamentos não é exclusividade do Brasil, ocorrendo em vários países, conforme dados da OMS (1999; 2002):

- 50 a 70% das consultas médicas geram prescrição medicamentosa;

- 50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou usados inadequadamente;
- 50% dos consumidores compram medicamentos para um dia de tratamento;
- Cresce constantemente a resistência da maioria dos micro-organismos causadores de enfermidades infecciosas prevalentes;
- 53% de todas as prescrições de antibióticos nos Estados Unidos são feitas para crianças de 0 a 4 anos;
- 75% das prescrições com antibióticos são errôneas;
- 2/3 dos antibióticos são usados sem prescrição médica em muitos países;
- Os hospitais gastam de 15 a 20% de seus orçamentos para lidar com as complicações causadas pelo mau uso de medicamentos.

Berquó *et al.* (2004) mostram em seu estudo com a população urbana de São Paulo (SP), que o uso de antibióticos é influenciado por vários fatores dentre eles: as expectativas dos próprios pacientes quando procuram atendimento; o imaginário popular de que a aquisição de medicamentos é o meio mais eficaz para ter saúde; a indústria farmacêutica, que possui estratégias eficazes de persuasão junto à população e aos médicos; a automedicação, estimulada pela facilidade de aquisição, embora, os medicamentos antimicrobianos exijam, obrigatoriamente, prescrição médica.

Estudo realizado por Nicolini *et al.* (2008) em farmácia pública de São Paulo (SP), que avaliou os fatores relacionados à prescrição médica de antibióticos, aponta a presença de reações adversas, outro grave problema de saúde pública. Os autores evidenciaram ainda que a maioria das pessoas que utiliza medicamentos antimicrobianos, é do sexo feminino e tem idade abaixo de 18 anos e, que cerca de um terço dos pacientes que não compreendem suficientemente o tratamento, têm idade superior a 50 anos.

Em relação à sazonalidade, Berquó *et al.* (2004) mostraram que no mês de abril havia evidências de maior prescrição de antimicrobianos e apontaram as infecções do trato respiratório como a principal indicação de uso (40%), dados estes que corroboram o estudo de Abrantes *et al.* (2008) que encontraram 43%.

De acordo com Loyola Filho *et al.* (2002), a prática de compartilhar medicamentos com outros membros da família, com outros moradores do domicílio, ou com vizinhos e de utilizar sobras de medicamentos guardados em casa, sejam estes prescritos ou não, são condutas comuns em um grande número de indivíduos.

Del Fiol *et al.* (2010) revelaram que muitos profissionais de saúde, ainda não se deram conta do grande problema que é para a saúde pública, o mau uso de antimicrobianos e a resistência bacteriana. Para isso, fica evidente a necessidade de melhores critérios na prescrição, dispensação e uso destes medicamentos. Informações sobre índices de resistência,

seu impacto social e econômico precisam atingir prescritores, dispensadores e a população em geral para que todos se tornem cúmplices no combate à resistência bacteriana.

No contexto do uso de antimicrobianos é importante ainda, salientar a questão da adesão ao tratamento prescrito. A adesão farmacológica pode ser definida como representação do quanto do comportamento do paciente coincide com a prescrição médica. É um aspecto complexo e primordial para o alcance dos resultados clínicos desejados, pois, pacientes não-aderentes podem apresentar complicações ou agravamentos das enfermidades pelas falhas no uso de medicamentos, ocasionando muitas vezes hospitalizações e procedimentos onerosos ao sistema de saúde (CUNHA E GANDINI, 2009; DIMATTEO, 2004; MILSTEIN-MOSCATI, PERSANO E CASTRO, 2000; OBRELI-NETO *et al.*, 2011).

Uma forma de avaliar o nível de adesão ao tratamento medicamentoso é o Teste Morisky-Green, construído em 1986 e composto de quatro perguntas respondidas com “sim” ou “não”: 1- Alguma vez você esqueceu-se de tomar o remédio? 2- Às vezes você não é cuidadoso tomando o medicamento? 3- Quando você se sente melhor, às vezes para de tomar o remédio? 4- Às vezes, se você se sente pior quando toma seus remédios, você para de tomá-los?. Serve para identificar atitudes e comportamentos frente à tomada de medicamentos, mostrando-se útil para a identificação de pacientes aderentes ou não ao tratamento. De acordo com o protocolo do Teste Morisky-Green, é considerado aderente ao tratamento o paciente que obtém pontuação máxima de quatro pontos e não aderente o que obtém três pontos ou menos (MORISKY, GREEN E LEVINE, 1986).

Em pesquisa realizada em Jataí (GO), um número considerável dos entrevistados (25%) relatou desconhecer as consequências do uso de antimicrobianos sem prescrição médica. Constatou-se ainda que 4,6% dos entrevistados que não finalizaram o tratamento, relataram como motivo a melhora dos sintomas e outros (2,3%) abandonaram o tratamento em virtude dos efeitos colaterais (BRAOIOS *et al.*, 2013).

Durante a Conferência Europeia sobre Uso de Antimicrobianos, em 2001, discutiu-se que o problema da resistência microbiana não será contornado pelo contínuo desenvolvimento de novos fármacos, mas pela urgente redução imediata do uso desnecessário e inapropriado dos antimicrobianos (WANNMACHER, 2004).

Diante do exposto, fica evidente o papel do profissional da saúde que trabalha na assistência, no sentido de garantir a adequada prescrição de antimicrobianos. Além disso, a educação e a conscientização da população são fundamentais para evitar o consumo exagerado de medicamentos, sendo que entidades governamentais e mídia constituem peça chave nesse processo educacional (BRASIL, 2012).

2.2.3 Objetivos

2.2.3.1 Objetivo geral

Avaliar a prescrição de medicamentos antibacterianos na Estratégia de Saúde da Família e verificar a adesão ao tratamento farmacológico.

2.2.3.2 Objetivos específicos

- ✓ Determinar a prevalência da prescrição de medicamentos antibacterianos sem receituários dispensados pela farmácia da ESF.
- ✓ Verificar, segundo idade e gênero, os grupos de pacientes para os quais a prescrição de medicamentos antibacterianos é mais frequente na ESF.
- ✓ Descrever quais medicamentos antibacterianos foram prescritos, dose, posologia, quantidade, data da prescrição e prescritor.
- ✓ Verificar a adesão ao tratamento com medicamentos antibacterianos.
- ✓ Divulgar informações à população adstrita sobre o risco da não adesão ao tratamento prescrito.
- ✓ Apresentar os resultados para a equipe da ESF e para a gestão municipal de saúde e divulgá-los em meio científico.

2.2.4 Metas

- ✓ Determinar a prevalência de prescrição de medicamentos antibacterianos em 100% dos receituários dispensados na farmácia da ESF Santa Rita no período de 01 ano.
- ✓ Verificar idade e gênero de 100% dos pacientes que retiraram medicamentos antibacterianos no período de 01 ano na ESF.
- ✓ Verificar em 100% dos receituários dispensados ao longo de 01 ano na farmácia da ESF, quais são os medicamentos antibacterianos mais frequentemente prescritos, suas doses e posologias.
- ✓ Avaliar a adesão ao tratamento com medicamento antibacteriano em uma amostra de pacientes cujos receituários foram dispensados na farmácia da ESF no período de 01 ano.
- ✓ Em 12 meses sensibilizar 100% da equipe, comunidade, bem como a gestão municipal, quanto à prescrição de medicamentos antibacterianos na ESF.

2.2.5 Metodologias

2.2.5.1 Tipos de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, do tipo transversal, descritivo e analítico.

2.2.5.2 Local e período de realização

O estudo será realizado na ESF Santa Rita em Marau, Rio Grande do Sul, no período de 2 de janeiro a 31 de dezembro de 2018.

2.2.5.3 População e Amostragem

A população do estudo será composta pelas famílias adstritas à ESF Santa Rita. A amostra, do tipo não-probabilística, de conveniência, será identificada a partir dos receituários dispensados na farmácia da ESF de 02 de janeiro a 30 de dezembro de 2017.

Os critérios de inclusão são: pacientes de ambos os sexos e de qualquer idade que retiraram medicamentos antimicrobianos na farmácia da ESF Santa Rita nos doze meses de interesse. Já os critérios de exclusão são: pacientes que retiraram medicamentos antimicrobianos na farmácia, mas não residem no território da ESF.

Espera-se que sejam incluídos aproximadamente 300 pacientes na amostra. Destes será selecionada uma subamostra, do tipo não-probabilística, de conveniência, para avaliação da adesão ao tratamento com o medicamento antimicrobiano prescrito. Para esta subamostra os critérios de inclusão são: ambos os sexos, idade igual ou superior a 18 anos, que retiraram medicamentos antimicrobianos nos meses de novembro e dezembro de 2017 (meses mais recentes, para minimizar viés de memória). Serão excluídos pacientes que por alguma razão encontrem-se impossibilitados de responder ao questionário.

2.2.5.4 Variáveis e instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados, realizada pela pesquisadora responsável e compreende diferentes etapas:

A. Selecionar os receituários referentes ao período de interesse e, a partir do nome, verificar no prontuário eletrônico, o endereço do paciente, observando o pertencimento ou não ao território adstrito da ESF, compondo assim, a amostra do estudo.

B. Daqueles pertencentes ao território, consultar no prontuário, dados referentes à idade e ao gênero.

C. Dos receituários de pacientes incluídos no estudo, coletar dados referentes a data da prescrição, medicamento prescrito, concentração, posologia, dias de tratamento quantidade de medicamentos e prescritor.

Os dados coletados serão transcritos em um formulário específico (Apêndice 1), para posterior digitação em banco de dados e análise estatística, sendo que o nome dos pacientes será codificado numericamente para garantir o sigilo dos dados de identificação.

Considerando-se a obtenção de dados descrita nas etapas A, B e C, com coleta em receituários e em prontuários e, que tais pacientes não mantêm uma frequência regular de atendimentos na ESF, o que faz com que o consentimento tivesse que ser obtido em visita domiciliar, o que é logisticamente bastante complicado, solicita-se a dispensa do TCLE (Apêndice 2).

D. O questionário contendo o Teste de Morisky-Green para identificar atitudes e comportamentos frente à tomada de medicamentos, bem como algumas questões relacionadas (Apêndice 3), será aplicado pela pesquisadora responsável em visita domiciliar aos pacientes selecionados para compor a subamostra, com acompanhamento da agente comunitária de saúde. A coleta de dados somente será realizada após concordância mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 4).

A devolutiva dos dados obtidos aos participantes será mediante apresentação no Conselho Local de Saúde onde todos serão convidados a participar.

2.2.5.5 Logística

- ✓ Solicitação da carta de ciência e concordância da gestão municipal de saúde frente à pesquisa a ser realizada.
- ✓ Submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) /UFFS.
- ✓ Após apreciação do CEP/UFFS, se dará a coleta dos dados em prontuários e receituários arquivados.
- ✓ Dupla digitação dos dados.
- ✓ Visitas domiciliares aos pacientes da subamostra.
- ✓ Análise estatística dos dados.

- ✓ Intervenção por meio da apresentação dos dados evidenciados na pesquisa em reunião de equipe.
- ✓ Devolutiva dos dados obtidos na pesquisa à gestão municipal e aos participantes.

2.2.5.6 Processamento, controle de qualidade e análise de dados

Será realizada dupla digitação em banco de dados a ser criado para este fim, visando identificar erros e inconsistências e, após a limpeza, o banco final será exportado para programa estatístico. A análise estatística consistirá de: a) verificação da frequência absoluta e relativa da prescrição de medicamentos antimicrobianos; b) estratificação quanto à idade e gênero dos pacientes com a referida prescrição; c) verificação da frequência absoluta e relativa de adesão à referida prescrição, bem como dos fatores associados. Em todas as análises estatísticas será considerado nível de significância de 95%.

2.2.5.7 Aspectos éticos

Este estudo está em observância à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, para pesquisa envolvendo seres humanos, e atenderá aos seguintes aspectos éticos:

a) *Ciência e concordância da instituição envolvida*: este projeto de pesquisa será submetido à apreciação da Gestão Municipal de Marau, RS, através da Secretaria de Saúde.

b) *Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS)*: a pesquisa somente será realizada mediante apreciação e aprovação do CEP/UFFS.

c) *Dos participantes*: 1) Amostra composta de pacientes que utilizaram antimicrobianos no período de 02 de janeiro a 30 de dezembro de 2017, dos quais serão coletados dados das prescrições (identificação, data, medicamento, concentração, posologia, duração do tratamento, quantidade de medicamentos e prescritor) e prontuário (endereço, idade e gênero); 2) Subamostra, composta de pacientes que receberão visitas domiciliares para aplicação do Teste de Morisky-Green e algumas questões relacionadas.

d) *Sigilo e anonimato*: os participantes terão assegurados sigilo e anonimato, sendo que a publicação dos resultados se dará de forma coletiva, sem identificação dos mesmos.

e) *Propriedade intelectual dos dados e divulgação dos resultados*: o termo de ciência e concordância da gestão municipal resguardará aos autores do projeto, a propriedade intelectual dos dados e a divulgação pública dos resultados.

f) *Benefícios*: 1) Os pacientes da amostra terão como benefício, na perspectiva da gestão do cuidado, a realização de ações de conscientização dos profissionais de saúde quanto à prescrição adequada, promovendo o uso racional de medicamentos; 2) Para a subamostra serão entregues folhetos com orientações do uso correto de medicamentos.

g) *Desconforto ou riscos esperados*: 1) Para os pacientes da amostra existe o risco mínimo de identificação. Visando minimizar este risco, os nomes serão substituídos por números na ficha de transcrição de dados. Caso o risco venha a se concretizar, o estudo será interrompido. 2) Para a subamostra existe o risco de desconforto emocional ou constrangimento durante a aplicação do teste. Com o objetivo de minimizar este risco, será reforçado junto ao participante que a pesquisa não é obrigatória e que ele poderá desistir de participar a qualquer momento. A pesquisadora buscará ainda, aplicar o teste de forma reservada, visando garantir a privacidade ao participante. Caso o risco se concretize, a pesquisadora responsável estará à disposição para uma escuta qualificada, buscando avaliar o desconforto ou constrangimento, e caso seja necessário, haverá o encaminhamento para profissional da psicologia da ESF.

h) *Respeito aos valores dos participantes*: no decorrer do desenvolvimento do estudo serão respeitados os valores culturais, sociais, religiosos e éticos, e assegurado o sigilo.

i) *Garantia de respostas e acesso aos dados da pesquisa*: os participantes da subamostra terão assegurado o direito ao acesso aos seus dados da pesquisa a qualquer momento durante ou após a realização do estudo.

j) *Utilização dos dados*: será garantido aos participantes que os dados do estudo a ser desenvolvido serão utilizados unicamente conforme previsto neste projeto de pesquisa.

2.2.6 Recursos

Material de Consumo	Quantidade	Preço unitário (R\$)	Total (R\$)
1. Cartucho de tinta preta para impressora a laser	01	200,00	200,00
2. Pasta simples, com elástico	04	1,50	6,00
3. Caneta esferográfica azul	04	2,00	8,00
4. Lápis	01	1,50	1,50
5. Borracha	01	0,50	0,50
6. Apontador	01	1,50	1,50
7. Cadernos simples, 200 folhas	01	8,00	12,00
VALOR TOTAL			R\$ 229,50

Os recursos serão custeados pela equipe de pesquisa.

2.2.7 Cronograma

ATIVIDADES	2018			
	JAN- FEV- MAR	ABR- MAI- JUN	JUL- AGO- SET	OUT- NOV- DEZ
Período de realização janeiro a dezembro de 2018				
Revisão da literatura científica sobre o tema da pesquisa.	X	X	X	X
Coleta de dados (condicionada à aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFFS).	X			
Digitação, sistematização e análise dos dados.	X	X		
Visitas domiciliares da subamostra. Elaboração da discussão dos resultados.		X	X	
Elaboração do artigo.		X	X	
Apresentação dos resultados da pesquisa para a equipe de saúde, através de um seminário de campo.				X
Apresentação e divulgação dos resultados obtidos à gestão municipal e aos participantes.				X

2.2.8 Referências

ABRANTES, P. M. *et al.* A qualidade de prescrição de antimicrobianos em ambulatórios públicos da secretaria municipal de saúde de Belo Horizonte, MG. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, 711-720, 2008.

ALMEIDA, N. D. A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde – SUS. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 5, n. 1, jan./jun, p. 01-09, 2013.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Novas regras para antibióticos entram em vigor. Imprensa / ANVISA, 2010. Disponível em: . Acessado em: out. 2017.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Pediatria: prevenção e controle de infecção hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, ANVISA, 116 p., 2006.

BERQUÓ, L. S. *et al.* Utilização de antimicrobianos em uma população urbana. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 38, n. 2, abr. 2004.

BITTERN COURT, C. C. **O uso de antimicrobianos: uma proposta de intervenção para a ESF**. Belo Horizonte. 33p. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2014.

BRAOIOS, A. *et al.* Uso de antimicrobianos pela população da cidade de Jataí. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 3055-3060, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde), 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Uso racional de medicamentos: temas selecionados**. Brasília: Ministério da Saúde, 156 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de medicamentos 2001**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/>>. Acesso em 15 de junho de 2017.

BRITO M. A., CORDEIRO B. C. Necessidade de novos antibióticos. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 4, Ago. 2012.

CAPA, N. Alexander Fleming e a descoberta da penicilina. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**. Rio de Janeiro, v. 45, n. 5, p. capa, out. 2009.

- CARVALHO, G. Saúde Pública no Brasil. Estudos Avançados. São Paulo, v.27 n. 78, 2013.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução 466/2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude/resolucoes/Resolucao_CNS_196.1996> Acesso em 10 de outubro de 2017.
- CUNHA, M. F. GANDINI R. C. Adesão e Não-Adesão ao Tratamento Farmacológico para Depressão. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, v. 25 n. 3, p. 409-418, jul-set 2009.
- DEL FIO, F. S.*et al.* Perfil de prescrições e uso de antibióticos em infecções comunitárias. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**.Uberaba, v. 43, n. 1, jan/fev2010.
- DIMATTEO, M. R. Evidence-basedstrategiestofosteradherenceand improve patientoutcomes. **JAAPA**. EUA, v. 17, p. 18–21, 2004.
- FILHO, LOYOLA, A. I.*et al.* Prevalência e fatores associados à automedicação: resultado do projeto Bambuí. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 36, n. 1, p. 55-62, fev 2002.
- GOLL, AS; FARIA, MGI. Resistência bacteriana como consequência do uso inadequado de antibióticos. **BrazilianJournalofSurgeryandClinicalResearch**.Paraná, v.5, n.1, p. 69-72, Fev 2014.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2011). **Dados do censo de 2010**. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 09 de junho de 2017.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU, RS. Lei nº 1577, de 08 de julho de 1991. Cria o Conselho Municipal de Saúde - CMS, o Fundo Municipal de Saúde e dá outras providências.Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br>>Acesso em 02 de outubro de 2017.
- MARAU. Plano municipal de gestão integrada de resíduos sólidos. Relatório técnico final, julho de 2013. Disponível em: <http://www.pmmarau.com.br/images/downloads/plano_residuos_solidos/plano_residuos_solidos.pdf> Acesso em 05 de outubro de 2017.
- Marin N, Luiza VL, Osório-de-Castro CGS, Machado-dos-Santos S. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde; 2003.
- MILSTEIN-MOSCATI, I. PERSANO, S. CASTRO, L. L. C. Aspectos metodológicos e comportamentais da adesão à terapêutica. **Fundamentos de farmacoepidemiologia** São Paulo, p.170-180, 2000.
- MORISKY, D. E. GREEN, L. W. LEVINE, D. M. Concurrentandpredictiveof a selfreportedmeasureofmedicationadherence.**MedCare**, v. 24, p. 67-74, 1986.

NICOLINI P. *et al.* Fatores relacionados à prescrição médica de antibióticos em farmácia pública da região oeste da cidade de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva, São Paulo**, v.13, p. 689-696, 2008.

OBRELI-NETO PR. **Intervenções farmacêuticas para promoção do uso racional de medicamentos em doenças crônicas não-transmissíveis na atenção primária à saúde.** 2011. Maringá. 44 f. Dissertação (Mestrado), Universidade Estadual de Maringá. Maringá.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Uso racional de los medicamentos: progresos realizados en la aplicación de la estrategia farmacéutica de la OMS**, Informe de la Secretaria, 118ª reunión del consejo ejecutivo. Ginebra: OMS; 2006. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB118/B118_6-sp.pdf> Acesso em 12/10/2017.

STARFIELD, B. **Primary care: balancing health needs, services, and technology.** Oxford: Oxford University Press, 1998.

TANAKA, O. Y. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. **Saúde Sociedade.** São Paulo, v.20, n.4, p.927-934, 2011.

WANNMACHER L. Uso indiscriminado de antibióticos e resistência microbiana: uma guerra perdida? **Uso Racional de Medicamentos: Temaselecionados.** Brasília, v.1, n. 4, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global partnerships for health. **WHO drug information.** The World Health Report, v. 13, p. 191-200, 1999. Disponível em: <http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_ch7.pdf?ua=1> Acesso em 29 de setembro de 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy for containment of antimicrobial resistance.** 2001. Disponível em: <http://www.who.int/emc/amr.html> Acesso em 18 de outubro de 2017.



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

SOLICITAÇÃO DE DISPENSA

Projeto de pesquisa: “**PRESCRIÇÃO DE ANTIBACTERIANOS: PERFIL E ADESAO DOS PACIENTES VISANDO À INTERVENÇÃO NA EQUIPE DE SAÚDE**”.

Esta pesquisa será desenvolvida por Marina Pelicioli, Farmacêutica Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Passo Fundo, sob orientação da Professora Dra. Ivana Loraine Lindemann.

O objetivo central do estudo é descrever a prescrição de medicamentos antimicrobianos na Estratégia de Saúde da Família Santa Rita, no município de Marau – RS. Considerando a realidade da ESF Santa Rita, seu território e população atendida, percebe-se a grande demanda diária na dispensação de antimicrobianos. Sabendo-se que a resistência aos antibióticos é uma realidade preocupante e que na ESF não se têm registro de dados referentes à utilização dos mesmos, o trabalho se torna pertinente à medida que poderá subsidiar a realização de ações, baseadas na realidade local, que racionalizem o uso destes medicamentos tanto em nível local quanto municipal.

Cabe ressaltar que este estudo está em observância à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, para pesquisa envolvendo seres humanos, e atenderá aos aspectos éticos, sendo iniciado após apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFES.

A população do estudo será composta pela população adstrita à ESF Santa Rita. A amostra, do tipo não-probabilística, de conveniência, será identificada a partir dos receituários dispensados na farmácia da ESF de 02 de janeiro a 30 de dezembro de 2017.

Os critérios de inclusão são: pacientes de ambos os sexos e de qualquer idade que retiraram medicamentos antimicrobianos na farmácia da ESF Santa Rita nos doze meses de

interesse. Já os critérios de exclusão são: pacientes que retiraram medicamentos antimicrobianos na farmácia, mas não residem no território da ESF.

O instrumento de coleta será um formulário de transcrição de dados. As informações dos pacientes (endereço, idade, gênero, data da prescrição, medicamento prescrito, concentração, posologia, duração do tratamento, outros medicamentos e prescritor) serão codificadas numericamente sem expor o nome dos indivíduos. Todos os dados serão arquivados sob responsabilidade dos pesquisadores. Os pacientes da amostra terão como benefício, na perspectiva da gestão do cuidado, a realização de ações de conscientização dos profissionais de saúde quanto à prescrição adequada, promovendo o uso racional de medicamentos. Existe o risco mínimo de identificação. Visando minimizar este risco, os nomes serão substituídos por números na ficha de transcrição de dados. Caso o risco venha a se concretizar, o estudo será interrompido.

Será garantido aos participantes que os dados do estudo a ser desenvolvido serão utilizados unicamente conforme previsto na pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou publicações científicas manterão sigilo dos dados pessoais.

Devido à importância da pesquisa e com base na Resolução CNS Nº 466 de 2012 - IV.8, solicito a dispensa da obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelas justificativas a seguir:

- 1) Por tratar-se de uma pesquisa com coleta de dados em prontuários e em receituários arquivados;
- 2) Pela inviabilidade de localização de todos os pacientes, os quais não mantêm uma frequência regular de atendimento na ESF, tendo em vista tratar-se da análise de prescrições dispensadas em 12 meses.

**Marina Pelicoli - Farmacêutica Residente
Pesquisadora Responsável**

Marau, 07 de novembro de 2017.

Apêndice 3 – Teste de Morisky-Green

Código paciente: _____

Data da prescrição: ___/___/___

Medicamento Prescrito: _____

Prescritor: _____

Pontuação: _____

1	Alguma vez você esqueceu-se de tomar o remédio _____?	SIM	NÃO
2	Às vezes você não foi cuidadoso tomando o remédio _____?	SIM	NÃO
3	Quando você se sentiu melhor, você parou de tomar o remédio _____?	SIM	NÃO
4	Se você se sente pior quando toma o remédio _____, você para de tomá-lo (os)?	SIM	NÃO

Outras questões:

a) Você é: () Casado () Solteiro

b) Você pratica atividade física regular? () SIM () NÃO

c) Você é fumante? () SIM () NÃO

Caso sim, a quanto tempo? _____

d) Você apresenta algum problema de saúde? () SIM () NÃO

Caso sim, quais? _____

e) Você utiliza medicamentos contínuos? () SIM () NÃO

Caso sim, quais? _____

f) Qual a sua escolaridade? _____

g) Você trabalha? () SIM () NÃO

Caso sim, qual a sua jornada semanal de trabalho? _____

h) Alguém te ajuda a tomar os medicamentos? () SIM () NÃO

Caso sim, quem? _____

Observações:

Apêndice 4 -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Código do respondente: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa sobre “PRESCRIÇÃO DE ANTIBACTERIANOS: PERFIL E ADESÃO DOS PACIENTES VISANDO À INTERVENÇÃO NA EQUIPE DE SAÚDE” de responsabilidade da pesquisadora Marina Pelicioli, sob orientação da Prof. Ivana Loraine Lindemann da Universidade Federal da Fronteira Sul e da Farmacêutica Thaís Scalco da ESF Santa Rita. O objetivo é buscar informações sobre o uso antibióticos no território de abrangência da Estratégia de Saúde da Família Santa Rita em Marau – RS, bem como a adesão ao tratamento.

A sua participação no estudo consiste em responder um questionário com perguntas referentes à prescrição de antibióticos que você recebeu em atendimento na ESF Santa Rita entre novembro e dezembro de 2017. Não há despesas relacionadas à pesquisa e você não receberá pagamento pela sua participação.

Os riscos desta pesquisa são mínimos para sua saúde e requer apenas sua disponibilidade de tempo para responder o questionário, caso ocorra um desconforto emocional ou constrangimento durante a aplicação do teste, você poderá desistir de participar e a pesquisadora responsável estará à disposição para uma escuta qualificada, buscando avaliar o desconforto ou constrangimento, e caso seja necessário, haverá o encaminhamento para profissional da psicologia da ESF. Como benefício, a sua participação proporcionará a realização de ações de conscientização dos profissionais de saúde quanto à prescrição adequada, promovendo o uso racional de medicamentos, além do recebimento de um folheto com orientações do uso correto de medicamentos.

Sua participação nessa pesquisa não é obrigatória e você pode desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento. Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar seus atendimentos na unidade de saúde. As informações relacionadas à sua identificação serão totalmente preservadas e nenhum dado que possa identificá-lo será divulgado. Após a realização da pesquisa, os dados obtidos serão apresentados no Conselho Local de Saúde e você está convidado a participar.

Caso concorde em participar, uma via deste termo ficará em seu poder e a outra será entregue ao pesquisador. Desde já agradecemos sua participação!

Marau, ____ de _____, 2018.

Marina Pelicioli - Pesquisadora Responsável

Contato profissional com a pesquisadora responsável: (54) 3342 8531

Tel: 54 991613313

E-mail: m.pelicioli@gmail.com

Endereço para correspondência: Universidade Federal da Fronteira Sul/UFFS, Rodovia RS 153, 484 - Km 03, Seminário Nossa Senhora Aparecida, Jardim América, CEP 99034-600 – Passo Fundo – Rio Grande do Sul – Brasil).

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS - Tel e Fax (054) 49-2049-3745. E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br.

Endereço para correspondência: Universidade Federal da Fronteira Sul/UFFS - Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS, Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul, CEP 89815-899 Chapecó - Santa Catarina – Brasil).

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome completo do (a) participante: _____

Assinatura: _____

Marau, ____ de _____ de 2018.

Assinatura do Entrevistador

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE**

Campo de Prática: ESF Santa Rita – Marau/RS

3º SEMESTRE

RELATO DO PERCURSO DA INTERVENÇÃO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE**

MARINA PELICOLI

RELATO DO PERCURSO DA INTERVENÇÃO

**PASSO FUNDO, RS
2018**

RELATO DO PERCURSO DA INTERVENÇÃO

Trata-se de um relato do percurso da intervenção do Trabalho de Conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, realizado pela Farmacêutica Residente Marina Pelicioli, intitulado: PRESCRIÇÃO DE ANTIBACTERIANOS: PERFIL E ADESÃO DOS PACIENTES VISANDO À INTERVENÇÃO NA EQUIPE DE SAÚDE, sob orientação da Professora Doutora Ivana L. Lindemann. Abaixo segue a descrição das atividades realizadas, optei por pontuar em itens pois, é uma forma que eu gosto de escrever, demonstra um pouco de como costumo organizar minhas atividades. Ao final faço alguns apontamentos referentes a realização do Trabalho de Conclusão da Residência que julgo serem pertinentes e possivelmente avaliados.

Submeti ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul em novembro de 2017, sendo realizados dois apontamentos:

1) Incluir a colaboradora Thaís Scalco na Plataforma Brasil;

2) Incluir na Plataforma Brasil o Termo de Compromisso para uso de dados em arquivo;

As alterações foram realizadas e submetidas no site da Plataforma Brasil. No site da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), não tem um modelo de Termo de Compromisso para Uso de Dados em Arquivo, por isso pesquisei na internet um, adaptei e inclui (Apêndice 1). Com isso, o projeto de pesquisa foi aprovado no final de dezembro de 2017;

A apresentação para banca de qualificação ocorreu no dia 05/12/2017, tendo como integrantes os professores José Afonso Corrêa, Rafael Kraemer e Ivana L. Lindemann – minha orientadora;

Em dezembro após aprovação do CEP/UFFS e apreciação da banca de qualificação levei para casa a caixa contendo todas as prescrições retidas na farmácia da ESF Santa Rita a qual realizo a Residência, prescrições estas que foram dispensadas no ano de 2017 (janeiro a dezembro), as quais contabilizaram um total de 1.909 prescrições;

Como as receitas são arquivadas por mês, observei mês a mês e separei as que continham antibacterianos;

Após separação, tendo um montante de 702 prescrições de antibacterianos, fui observando no prontuário paciente a paciente, verificando o pertencimento ou não ao

território, pois o objetivo da pesquisa é avaliar as prescrições de antibacterianos dos pacientes moradores do território da ESF Santa Rita;

- Após esta análise, obtive um total de 635 prescrições de antibacterianos;
- Houveram 67 prescrições que não fizeram parte da pesquisa, pelos motivos seguintes: não morar no território, não conseguir localizar cadastro do paciente no prontuário, prescrição ilegível ou apenas com o primeiro nome. Concluí em dezembro a análise das prescrições de janeiro a novembro de 2017 e em janeiro concluí a análise das receitas do mês de dezembro de 2017;
- Sendo assim, em janeiro fiz análise dos 635 receituários, um a um que continham antibacterianos e que foram dispensados na Farmácia da ESF Santa Rita no ano de 2017, preenchendo duas planilhas (Ver apêndice 2 e 3);
- Esta parte foi feita manualmente. Imprimi as planilhas e conforme observava na prescrição fui preenchendo. Foram 30 páginas no total;
- Após esta análise, no final de janeiro fiz em 10 dias a digitação dos dados das planilhas manuais no programa Epidata conforme banco de dados que foi criado com a minha orientadora;
- Concluí a digitação e como estávamos trabalhando em turno único (06:30h às 12:30h) consegui adiantar boa parte da organização das atividades e digitação na parte da tarde;
- A metodologia proposta no projeto de pesquisa demandou dupla digitação, eu estava bastante cansada, pois, digitar todos os dados foi cansativo, então, a minha orientadora Ivana conseguiu um estudante da graduação em Medicina, Guilherme Assoni que se dispôs a fazer a segunda digitação. Enviei pra ele as tabelas pela minha preceptora Thaís, pois, ele estava em férias em Serafina Corrêa, cidade de ambos. Então, em uma semana ele digitou e me enviou;
- Tendo as duas digitações, nas minhas férias em fevereiro fui até a UFFS, encontrar com a minha orientadora Ivana, pois estávamos organizando alguns resumos para apresentar no Congresso Internacional de Estudos do Envelhecimento Humano e aproveitamos a minha prima Vanessa Pelicioli que é estudante de Medicina que estava junto, para fazermos a consistência dos dados das duas digitações. Ocorreram aproximadamente 200 inconsistências comparando as digitações dos dados, minha orientadora Ivana ficou corrigindo a digitação que eu fiz, a Vanessa ficou corrigindo a digitação feita pelo Guilherme e eu fiquei observando na tabela manual qual a resposta correta. Cabe relatar, que grande parte dos erros estavam na minha digitação e considero que o fato de ter digitado durante o trabalho entre um atendimento e outro interferiu neste processo. Após isso, zeramos as inconsistências obtendo

um banco de dados final, que foi importado para o programa PSPP onde serão feitas as análises;

□ No retorno das férias, final de fevereiro, iniciei as visitas domiciliares para aplicação do questionário sobre adesão ao tratamento. Optei por iniciar o quanto antes pelo fato dos pacientes não lembrarem do uso dos medicamentos. Organizei os pacientes das prescrições do mês de dezembro (mês de interesse, por ser o último do ano) por rua, conversei com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e combinamos as datas possíveis para realização das visitas. Fiz estas visitas nos meses de março e abril, sendo que do total de 62 pacientes que retiraram antibacterianos no mês de dezembro, sete deles não residiam mais no local. Restaram 55 pacientes, destes apliquei o questionário em 40 e os demais 15 não consegui encontrar em casa após duas tentativas;

□ Imprimi a lista destes pacientes e deixei para o Vilmar, o recepcionista da ESF Santa Rita, pois ele conhece a maioria dos pacientes e caso algum deles viesse até a ESF ele poderia me avisar para aplicar o questionário ali mesmo, dos quarenta (40) pacientes, seis (06) consegui fazer desta forma e trinta e quatro (34) através de visita domiciliar;

□ Nas visitas, além de aplicar o questionário, **proveitei para intervir**, questionando local de armazenamento dos medicamentos e orientando quanto ao descarte correto bem como o cumprimento da prescrição médica. Em algumas visitas os pacientes me entregaram medicamentos vencidos para descarte. Outros, que não aderiram corretamente ao tratamento me devolveram o frasco de antibiótico que sobrou. Além disso, observei com ACS a necessidade de organização dos medicamentos por meio de caixinhas para alguns pacientes o qual demandou de outras visitas e orientações;

□ Após isso, combinei encontro presencial com a minha orientadora, na segunda-feira (07/05/2018) antes da aula, para vermos os questionários e analisarmos os dados no programa PSPP, contudo não conseguimos nos encontrar;

□ Reagendamos e ainda assim não conseguimos nos encontrar. Como teria no sábado dia 19/05/2018 o curso de pesquisa quantitativa com a mesma, combinamos orientação após o término do curso;

□ Organizamos e criamos o banco de dados no programa Epidata para digitação dos questionários;

□ Na segunda-feira dia 28/05/2018 no turno da noite em casa, data reservada para realização do TCR, fiz a digitação dos dados dos questionários das visitas domiciliares. Como não consegui outra pessoa para digitar, fiz 3 digitações para minimizar possíveis erros e verifiquei a consistência dos dados no programa Epidata; Tendo o banco de dados final enviei por e-

mail para a minha orientadora solicitando que ela importasse ao PSPP, pois não consegui fazer no meu computador. Como de costume, na manhã seguinte ela já me retornou e orientou que eu faça a parte das correções das casas decimais e colocação dos códigos.

□ Tive alguns atrapalhos com o questionário validado que não fechava o somatório da pontuação, pois havia errado na colocação dos números, me confundi algumas vezes e precisei redigitar as entrevistas das visitas domiciliares. Fiz a digitação três vezes, pois como era eu mesma que digitaria, procurei minimizar os possíveis erros.

□ Com isso realizamos encontro presencial no dia 25/06/2018 na UFFS para orientação e organização final do banco de dados.

□ Em julho, após toda esta parte, iniciei as análises estatísticas no PSPP. Realizar as análises é muito gratificante, pois você pode observar a concretização do seu trabalho. Na graduação fiz uma pesquisa quantitativa relativamente semelhante, porém não fiz a parte de organização do banco de dados e análises estatística, foi me dado pronto, por isso, achei crucial eu ter acompanhado todo o processo.

□ Fiz a análise das frequências e fui repassando para um arquivo no word, após término me dei conta que havia transcrito apenas a frequência absoluta, então na semana seguinte refiz as análises observando a frequência relativa e anotando. Fiz toda a parte descritiva dos dados em forma de texto. Posteriormente a isto, comecei a construção do volume final do trabalho, momento em que estou agora, lendo artigos para discussão dos resultados.

Considerações referentes a realização do Trabalho de Conclusão da Residência:

Referente à construção até o momento posso dizer que estou extremamente feliz em ter conseguido cumprir as atividades que planejei antes do tempo. Vários fatores contribuíram para isso, a disponibilidade e o comprometimento da minha orientadora Ivana é o principal, pois quando surge alguma dúvida, no mesmo dia conseguia contato com ela para resolver e seguir, sou extremamente grata e realizada em ter feito a melhor escolha para orientação. Outro fator que contribui é o núcleo o qual pertencço, da Farmácia, pois dentro do cronograma das minhas atividades semanais consigo ter um turno (segunda de manhã) disponível para realização do TCR, diferente dos demais núcleos.

Ainda, acredito que a realização do TCR possa ser repensado neste sentido, do turno destinado durante o serviço para realização, para ser igual entre os núcleos pois é injusto como ocorre. Diante, da exigência que existe nele não vejo outra forma. Penso ainda, que

poderia ser realizado somente no segundo ano da Residência, repensado de uma outra forma, mais compacta e objetiva sem necessidade de ocupar os 4 semestres da Residência com ele. Afinal, o foco da Residência é a Atenção Básica em Saúde e o foco da Atenção Básica em Saúde são as ações de promoção e prevenção, que diante de atividades como essas, é o que menos conseguimos fazer. Ressalto que no meu caso, a realização do diagnóstico não serviu como fator para a escolha do tema de pesquisa.

Por fim, cabe agradecer a dedicação da Professora Jeanice na condução deste componente curricular, bem como, a disponibilidade da Professora Helena em contribuir na construção do relato.

APÊNDICE 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E
COMUNIDADE

TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO

Título da Pesquisa: PRESCRIÇÃO DE ANTIMICROBIANOS: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA EQUIPE DE SAÚDE

Pesquisadoras: Marina Pelicoli, Ivana Loraine Lindemann e Thaís Scalco.

As pesquisadoras do projeto “PRESCRIÇÃO DE ANTIMICROBIANOS: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA EQUIPE DE SAÚDE”, assumem o compromisso de:

- I. Preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados;
- II. Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- III. Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

MARINA PELICOLI
Farmacêutica
GRF 17349

Marina Pelicoli

Assinatura da pesquisadora responsável

Marina Pelicoli

Passo Fundo, 24 de novembro de 2017.

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE**

Campo de Prática: ESF Santa Rita – Marau/RS

4º SEMESTRE

ARTIGO

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DA
RESIDÊNCIA**

Submetido à Revista Brasileira de Farmácia

1 **Prescrição de antibacterianos: perfil e adesão dos pacientes visando à**
2 **intervenção na equipe de saúde**

3

4 Marina Pelicioli^{1*}, Guilherme Assoni Gomes¹, Vanessa Pelicioli¹, Thaís Scalco² & Ivana
5 Loraine Lindemann¹.

6

7 ¹Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo, RS

8 ²Prefeitura Municipal de Marau, RS

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25 **Autor correspondente:**m.pelicioli@gmail.com- Rua João Lângaro nº 183, bairro Planaltina,

26 CEP 99062060, Passo Fundo, RS. Tel.: (54) 99161 3313.

27 **Resumo**

28

29 O uso irracional de antibacterianos fez com que os micro-organismos desenvolvessem
30 defesas, e como consequência, surgiu a resistência. O objetivo deste trabalho foi avaliar as
31 prescrições de medicamentos antibacterianos no território de abrangência de uma Estratégia
32 de Saúde da Família (ESF). Os pacientes foram incluídos a partir do rol de receitas
33 dispensadas no período de 01 ano. Foram analisados dados referentes aos medicamentos,
34 características dos pacientes e, em uma subamostra, a adesão ao tratamento. Do total de 1.909
35 prescrições retidas na farmácia da ESF, 635 foram destinadas ao uso de antibacteriano.
36 Verificou-se a prevalência de 15% de uso de antibacterianos. As prescrições foram destinadas
37 a 476 pacientes, com predomínio do sexo feminino (70,6%). Referente à faixa etária dos
38 pacientes observou-se a seguinte distribuição: 21,9% entre 0-12 anos, 5,8% de 13 a 17, 58%
39 entre 18-59 e 14,3% com 60 anos ou mais. No total, foram prescritos 22 tipos de
40 antibacterianos. A não-adesão ao tratamento foi observada em 61% dos pacientes da
41 subamostra. Os resultados do estudo foram divulgados à equipe da ESF, ao Conselho Local
42 de Saúde e à gestão municipal, a fim de promover ações visando ao uso racional de
43 medicamentos bem como, ao uso correto e à adesão ao tratamento.

44

45 **Palavras-chave:** Estratégia de Saúde da Família, Prescrição de medicamentos,
46 Antibacterianos, Adesão à Medicação, Tratamento farmacológico.

47

48 **Abstract**

49

50 The irrational use of antibacterials caused microorganisms to develop defenses, and as a
51 consequence, resistance arose. The objective of this study was to evaluate the prescriptions of
52 antibacterial drugs in the scope territory of a Family Health Strategy (ESF). The patients were
53 included from the list of recipients dispensed in the period of 01 year. Data regarding the
54 drugs, characteristics of the patients and, in a subsample, the adherence to the treatment were
55 analyzed. Of the total of 1,909 prescriptions retained in the ESF pharmacy, 635 were destined
56 to the use of antibacterial. The prevalence of 15% of antibacterial use was verified. The
57 prescriptions were assigned to 476 patients, with a predominance of females (70.6%),
58 referring to the age group, the following distribution was observed: 21.9% between 0-12
59 years, 5.8% between 13 and 17 , 58% between 18-59 and 14.3% with 60 years or more. In
60 total, 22 types of antibacterials were prescribed. Non-adherence to treatment was observed in
61 61% of patients in the sub-sample. Thus, the results of the study were disclosed to the ESF
62 team, the Local Health Council and municipal management, in order to promote actions
63 aimed at the rational use of medicines as well as the correct use and adherence to treatment.

64

65 **Keywords:** Family Health Strategy, Drug Prescriptions, Anti-Bacterial Agents, Medication
66 Adherence, Drug Therapy.

67

68 **Introdução**

69 Vários são os elementos que afetam a prescrição e a utilização dos medicamentos, bem
70 como, a forma como estão organizadas as intervenções no processo saúde-doença (Marin *et*
71 *al.*, 2003). No decorrer da história, resultados de pesquisas promoveram a solução de doenças
72 infecciosas antes incuráveis, pois desde que a penicilina foi descoberta, muitos
73 antimicrobianos foram desenvolvidos pela indústria farmacêutica (Capa, 2009; Bittencourt,
74 2014). Os antimicrobianos ou antibacterianos, têm como objetivo a eliminação de bactérias
75 que infectam os seres vivos causando doenças. Podem ser bactericidas, que matam os micro-
76 organismos ou, bacteriostáticos, que impedem seu crescimento (Gol & Faria, 2014;
77 Wannmacher, 2004).

78 Entretanto, a disseminação do uso deste tipo de medicamento fez com que as bactérias
79 desenvolvessem defesas, com o conseqüente aparecimento de resistência. Evidências
80 demonstram que a resistência está ligada à utilização indiscriminada, empírica e cotidiana de
81 antibacterianos (Gol & Faria, 2014; Brasil, 2006; Wannmacher, 2004).

82 Esse fenômeno da resistência é complexo e refere-se a cepas de micro-organismos que
83 são capazes de multiplicar-se em presença de concentrações mais altas de antibacterianos do
84 que as doses terapêuticas dadas a humanos. O seu crescimento acarreta dificuldades no
85 manejo de infecções e contribui para o aumento dos custos do sistema de saúde, pois com a
86 ineficácia dos antibacterianos essenciais, são necessários tratamentos com novos tipos,
87 geralmente mais onerosos (Cutler *et al.*, 2018; Wannmacher, 2004; OMS, 2006). A
88 resistência a diversos antibióticos impõe sérias limitações às opções para o tratamento de
89 infecções bacterianas, representando uma ameaça para a saúde pública (Braios *et al.*, 2013;
90 Capa, 2009).

91 No Brasil, a aprovação da Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 20/2011, que
92 controla a dispensação de antimicrobianos, contribuiu para a diminuição tanto do consumo

93 irracional de medicamentos, quanto da resistência bacteriana (Brito & Cordeiro 2012; Brasil,
94 2011).

95 De acordo com a definição do uso racional de medicamentos, proposta pela Política
96 Nacional de Medicamentos, os requisitos para a sua promoção são muito complexos e
97 envolvem uma série de variáveis. Para que sejam cumpridos, devem contar com a
98 participação de diversos atores sociais, dentre eles, legisladores, formuladores de políticas
99 públicas, indústria, comércio, e governo, bem como, pacientes e profissionais de saúde
100 (Brasil, 2001).

101 Durante várias décadas, a resistência microbiana tem sido uma ameaça crescente para
102 o tratamento eficaz de uma gama cada vez maior de infecções causadas por bactérias,
103 parasitas, vírus e fungos. Como implicações da resistência, pode ocorrer a redução da eficácia
104 de antibacterianos, antiparasitários, medicamentos antivirais e antifúngicos, fazendo com que
105 os tratamentos sejam mais difíceis, caros ou mesmo impossíveis. O impacto em pacientes
106 particularmente vulneráveis é mais óbvio, resultando em doença prolongada e aumento da
107 mortalidade. A magnitude mundial do problema, o impacto da resistência bacteriana sobre a
108 saúde humana e sobre os custos no cuidado em saúde, bem como, o impacto social mais
109 vasto, ainda são em grande parte desconhecidos (OMS, 2014).

110 No contexto do uso de antibacterianos é importante ainda, salientar a questão da
111 adesão ao tratamento, que representa o quanto do comportamento do paciente coincide com a
112 prescrição. É um aspecto complexo e primordial para o alcance dos resultados clínicos
113 desejados, pois, pacientes não-aderentes podem apresentar complicações ou agravamentos das
114 enfermidades pelas falhas no uso de medicamentos, ocasionando muitas vezes hospitalizações
115 e procedimentos onerosos ao sistema de saúde além do favorecimento da resistência
116 microbiana (Obreli-Neto *et al.*, 2011; Cunha & Gandini, 2009; Dimatteo, 2004; Milstein-
117 Moscati, Persano & Castro, 2000).

118 A questão da não-adesão ao tratamento medicamentoso tem sido importante nas
119 últimas décadas e está sendo incluída na lista de preocupações dos profissionais da saúde,
120 assim como, outros fatores que influenciam o uso racional de recursos terapêuticos. A falta de
121 adesão dá lugar a importantes consequências clínicas e sociais, e a mais direta é o insucesso
122 terapêutico, podendo traduzir-se em agravamento da doença, atraso da cura e surgimento de
123 resistências bacterianas (Muccillo-Baisch *et al.*, 2009; Leite & Vasconcelos, 2003).

124 É evidente o importante papel do profissional de saúde que trabalha na assistência no
125 sentido de garantir a adequada prescrição de antimicrobianos e assegurar orientações quanto
126 ao uso e ainda, se possível, avaliar a adesão do paciente.

127 Diante do exposto, o objetivo do presente trabalho foi avaliar a prescrição de
128 medicamentos antibacterianos em uma ESF, verificar a adesão dos pacientes ao tratamento e
129 realizar uma intervenção na equipe de saúde a partir dos dados obtidos.

130

131 **Percurso Metodológico**

132 Trata-se de um estudo transversal, realizado com as prescrições de antibacterianos à
133 pacientes adstritos a uma ESF de um município da região norte do Rio Grande do Sul. A
134 amostra, do tipo não-probabilística, foi selecionada por conveniência, incluindo receituários
135 dispensados na farmácia da ESF de 02 de janeiro a 30 de dezembro de 2017. Foram incluídos
136 aqueles destinados a pacientes de ambos os sexos e de qualquer idade, residentes no território.

137 Destes, de forma intencional foi selecionada uma subamostra de pacientes que
138 retiraram medicamentos antibacterianos no mês de dezembro de 2017, para avaliação da
139 adesão ao tratamento, sendo incluídos indivíduos de ambos os sexos. Para as prescrições
140 destinadas a menores de 18 anos, a entrevista foi realizada com o familiar que administrou o
141 medicamento. Dados referentes à adesão ao tratamento prescrito por meio do Teste de
142 Morisky-Green, foram coletadas através de visita domiciliar, com a presença do agente
143 comunitário de saúde da microárea correspondente, no mês de março de 2018.

144 O Teste Morisky-Green é composto de quatro perguntas respondidas com “sim” ou
145 “não”, (1- Alguma vez você esqueceu-se de tomar o remédio? 2- Às vezes você não é
146 cuidadoso tomando o medicamento? 3- Quando você se sente melhor, às vezes para de tomar
147 o remédio? 4- Às vezes, se você se sente pior quando toma seus remédios, você para de tomá-
148 los?). De acordo com o protocolo do teste, é considerado aderente, o paciente que obtém a
149 pontuação máxima de quatro pontos (Morisky-Green & Levine, 1986).

150 Foi realizada dupla digitação e validação dos dados visando identificar erros e
151 inconsistências e, após a limpeza, o banco foi exportado para programa estatístico. A análise
152 consistiu de: a) cálculo de prevalência da prescrição de medicamentos antibacterianos, usando
153 como numerador o quantitativo de pacientes que utilizaram este tipo de medicamento e como
154 denominador a população adstrita à ESF; b) verificação da distribuição de frequências da
155 prescrição, tipo, posologia, sazonalidade e frequência; c) estratificação quanto à idade e
156 gênero dos pacientes; d) verificação da frequência de adesão à referida prescrição.

157 Em um momento de educação permanente da equipe de saúde, os resultados foram
158 expostos possibilitando reflexões referentes à prática diária e alternativas de melhor manejo
159 de antibacterianos. Além disso, foram divulgados ao Conselho Local de Saúde, bem como,
160 para a gestão municipal.

161 Este estudo atendeu às diretrizes da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de
162 Saúde, do Ministério da Saúde, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da
163 instituição proponente, sob parecer CAAE 79749417.8.0000.5564.

164

165 **Resultados e Discussão**

166 Durante o período estudado foram realizados aproximadamente 3.038 atendimentos na
167 farmácia da ESF. Assim, atendendo à legislação, foram retidas 1.909 prescrições, das quais
168 702 foram de antibacterianos (36,8%). Destas, 67 (9,5%) foram excluídas sendo analisadas
169 635 prescrições destinadas a 476 pacientes. Considerando dados atualizados em maio de

170 2018, indicando um total de 3.145 pessoas adstritas à ESF, verificou-se prevalência de 15%
171 de uso de antibacterianos. A elevada proporção de prescrições de antibacterianos no período
172 avaliado está em consonância com a literatura. Berquó *et al.* (2004), mostraram em estudo
173 com a população urbana de São Paulo, que o uso de antibióticos é influenciado por vários
174 fatores dentre eles: as expectativas dos próprios pacientes quando procuram atendimento; o
175 imaginário popular de que a aquisição de medicamentos é o meio mais eficaz para ter saúde; a
176 indústria farmacêutica, que possui estratégias eficazes de persuasão junto à população e aos
177 médicos; a automedicação, estimulada pela facilidade de aquisição, embora, os medicamentos
178 antimicrobianos exijam, obrigatoriamente, prescrição médica.

179 A amostra de pacientes caracterizou-se como predominantemente do sexo feminino
180 (70,6%). Referente à idade dos pacientes observou-se o seguinte panorama: 21,9% entre 0-12
181 anos, 5,8% de 13 a 17, 58% entre 18-59 e 14,3% com 60 anos ou mais. Em estudo realizado
182 em farmácias públicas de Goiânia e de São Paulo, foram avaliados fatores relacionados à
183 prescrição médica e os autores evidenciaram que a maioria das pessoas que utiliza
184 medicamentos antimicrobianos, é do sexo feminino e tem idade abaixo de 18 anos, dados que
185 divergem em partes dos achados deste estudo (Paula, 2014; Nicolini *et al.*, 2008).

186 Evidências científicas demonstram que as crianças utilizam duas vezes mais
187 antibacterianos que os adultos, sendo relevante a quantidade de prescrição desse tipo de
188 medicamento para a faixa etária inferior a cinco anos de idade. Conforme dados encontrados
189 neste estudo, a maior concentração de prescrições por idade se deu na faixa etária de 01 ano
190 (n=33; 5,2%). Convém ressaltar que para pacientes pediátricos é imprescindível o
191 conhecimento sobre os fatores que podem atuar na resposta aos medicamentos, como a
192 toxicidade dos fármacos, a idade do paciente, a dose correta, a presença de disfunções e
193 possíveis interações medicamentosas (Emyinaru *et al.*, 2018; Al-Metwali & Mulla, 2017;
194 Del Fiol *et al.*, 2010).

195 Outro fator importante é a orientação no momento da dispensação do medicamento,
196 pois, muitas vezes os antibacterianos são apresentados na forma de preparações
197 extemporâneas e exigem cuidado e atenção na hora do preparo, da administração e da
198 conservação.

199 A distribuição das prescrições ao longo do ano se deu da seguinte forma: no mês de
200 janeiro 37 (5,8%), fevereiro 10 (1,6%), março 36 (5,7%), abril 50 (7,9%), maio 58 (9,1%),
201 junho 67 (10,5%), julho 55 (8,7%), agosto 69 (10,9%), setembro 61 (9,6%), outubro 62
202 (9,7%), novembro 69 (10,9%) e dezembro 61 (9,6%). Observa-se que os quatro meses iniciais
203 do ano tiveram menor número de prescrições e nos demais meses do ano mantiveram-se
204 semelhantes, dados que divergem da literatura já existente, porém, são poucos os estudos
205 realizados analisando os 12 meses do ano.

206 Berquó *et al.*, (2004) mostraram que no mês de abril havia evidências de maior
207 número de prescrições de antimicrobianos e apontaram as infecções do trato respiratório
208 como a principal indicação de uso(40%), dados estes que corroboram com o estudo de
209 Abrantes *et al.*, (2008) que encontraram 43% no mesmo período. Em estudo realizado no
210 município de Ijuí/RS foi observado que no mês de agosto ocorreu maior número de
211 dispensações, seguido pelos meses de julho, junho, março, fevereiro e janeiro (Weber *et al.*,
212 2010), o que levam a possíveis reflexões (será que no período de férias as pessoas realmente
213 ficam menos doentes?) e análises por parte da equipe de saúde, a fim de avaliar as possíveis
214 causas e assim intervir na situação de saúde/hábitos de vida visando minimizar o
215 desenvolvimento de doenças e possível necessidade de tratamento farmacológico, em especial
216 uso de antibacterianos.

217 No total, foram prescritos 22 tipos de antibacterianos, sendo que 34 prescrições
218 apresentavam dois e, duas, apresentavam três antibacterianos na mesma receita e para o
219 mesmo paciente. A amoxicilina 500mg foi o medicamento mais indicado (17,6%), seguido de
220 ciprofloxacino 500mg (17,2%), cefalexina 500mg (8,4%), amoxicilina suspensão (8,2%) e

221 amoxicilina+clavulanato de potássio (8,0%), dados que corroboram com outros estudos
222 realizados em várias regiões do país (Costa, 2016; Paula, 2014; Nascimento & Magalhães,
223 2013).

224 A posologia mais frequente foi de 08 em 08 horas (26,8%), seguida de 12 em 12 horas
225 (21,7%) e de 06 em 06 horas (13,4%). Quanto à duração de tratamento foi indicado o uso por
226 07 dias em 57,3% das prescrições, 10 dias em 20,5% e 05 dias em 9,9%. Além disso, foi
227 prescrito concomitante ao antibacteriano mais um medicamento em 23,9% das prescrições e
228 dois ou mais em 20%, sendo a mais frequente, a classe de anti-inflamatórios. Referente ao
229 número de retiradas ao longo do ano, dos 476 pacientes, 367 o fizeram uma vez (77,1%), 79,
230 duas vezes (16,6%), 17, três vezes (3,6%), 07, quatro vezes (1,5%), 05, cinco vezes (1,1%) e
231 01, seis vezes (0,21%).

232 No que tange ao número de tomadas de antibacteriano no período de um ano, não há
233 um número considerado recomendado, pois o desenvolvimento de uma doença infecciosa é
234 algo indesejado. Considerando que a maior parte da amostra utilizou o medicamento apenas
235 uma vez no ano, os resultados podem ser entendidos como favoráveis. Porém convém
236 ressaltar que 79 pessoas utilizaram duas vezes no período de um ano, dado que pode ser
237 explorado pela equipe de saúde, a fim de levantar hipóteses e discussões em relação às
238 características desta população e propor ações de promoção de saúde e prevenção de doenças
239 que visem à redução da necessidade de uso. Convém ressaltar que estes dados são referentes
240 somente aos medicamentos disponíveis na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do
241 município.

242 Diante desta realidade, se faz necessário que os profissionais de saúde informem cada
243 vez mais os pacientes quanto aos fatores relacionados ao uso de medicamentos, planejem
244 intervenções educativas, sejam essas em farmácias, postos de saúde, hospitais ou clínicas, que
245 visem evitar o uso excessivo, e por vezes irracional, de medicamentos. Tal tarefa é árdua e
246 exige bastante dedicação do profissional, pois a propaganda sobre os medicamentos é ampla

247 no Brasil e influencia os hábitos de prescrição e as expectativas populares (Leite, Vieira &
248 Veber, 2008).

249 De acordo com Loyola Filho *et al.*, (2002), a prática de compartilhar medicamentos
250 com outros membros da família, com outros moradores do domicílio, ou com vizinhos e de
251 utilizar sobras de medicamentos guardados em casa, sejam estes prescritos ou não, são
252 condutas comuns em um grande número de indivíduos, outro fator a ser considerado pelos
253 profissionais de saúde. Del Fiol *et al.*, (2010) revelaram que muitos profissionais, ainda não se
254 deram conta do grande problema que é para a saúde pública, o mau uso de antimicrobianos e
255 a resistência bacteriana. Para isso, fica evidente a necessidade de melhores critérios na
256 prescrição, dispensação e uso destes medicamentos. Informações sobre índices de resistência,
257 seu impacto social e econômico precisam atingir prescritores, dispensadores e a população em
258 geral, para que todos se tornem cúmplices no combate à resistência bacteriana.

259 Em relação à avaliação da adesão ao tratamento, do total de 61 pacientes que
260 receberam prescrição no mês de dezembro, foi possível a realização de 40 entrevistas, pois
261 alguns não pertenciam ao território de abrangência da ESF, mudaram de endereço ou não
262 foram localizados para entrevista. Observou-se adesão em 39%.

263 Em pesquisa realizada em Jataí (GO), um número considerável dos entrevistados
264 (25%) relatou desconhecer as consequências do uso de antimicrobianos sem prescrição
265 médica. Constatou-se ainda que, 4,6% dos entrevistados que não finalizaram o tratamento,
266 relataram como motivo a melhora dos sintomas, e outros 2,3% abandonaram o tratamento em
267 virtude dos efeitos colaterais (Braios *et al.*, 2013). O abandono total ou parcial do tratamento
268 antes de sua finalização assim como, a realização incorreta, constituem comportamentos
269 comuns dos pacientes tratados com antibacterianos (González *et al.*, 1997).

270 É possível observar um número acentuado de pacientes que não aderiram ao
271 tratamento conforme prescrito (61%), o que propõe várias reflexões, incluindo possíveis erros

272 de comunicação e de orientação entre profissional e paciente, além do desconhecimento por
273 parte dos pacientes em relação aos riscos associados ao uso incorreto dos medicamentos.

274 Durante a Conferência Europeia sobre Uso de Antimicrobianos, em 2001, discutiu-se
275 que o problema da resistência microbiana não será contornado pelo contínuo desenvolvimento
276 de novos fármacos, mas pela urgente redução do uso desnecessário e inapropriado dos
277 antimicrobianos. No Relatório Global de Vigilância sobre Resistência Microbiana lançado
278 pela OMS em 2014, fica evidente a importância da vigilância em saúde relacionada à
279 resistência, sendo imprescindível uma maior colaboração entre redes e centros de vigilância
280 para cada vez mais compartilharem experiências formando a base da colaboração coordenada
281 e do planejamento de ações efetivas (OMS, 2014; Wannmacher, 2004).

282 Por tratar-se de um estudo transversal que previa intervenção a partir dos dados
283 obtidos, foram realizadas ações durante as visitas domiciliares por meio do diálogo e da
284 construção do conhecimento. Muitos pacientes não sabiam quais as consequências da não-
285 adesão ao tratamento, vários deles tinham dúvidas quanto ao descarte dos medicamentos, as
286 mães apresentavam dúvidas referentes à preparação do antibacteriano. Dúvidas ainda,
287 referentes à posologia, sendo que uma senhora referiu que a posologia de seis em seis horas
288 seria ruim e por isso ela tomaria de oito em oito horas mas, por mais dias. Referentes às
289 preparações extemporâneas, três mães fizeram questionamentos quanto à preparação,
290 temperatura e armazenamento do frasco. Uma delas relatou que o filho teria usado
291 amoxicilina no mês anterior para dor na garganta e ela, teria guardado na geladeira desde
292 então, para quando precisasse novamente. Diante destes relatos, procurou-se orientar, explicar
293 e minimizar todas as dúvidas, as quais, possivelmente surgiram devido ao ambiente mais
294 informal e à conversa mais prática, diferindo dos atendimentos na ESF.

295 Além das visitas domiciliares, onde foi abordada a utilização correta dos
296 medicamentos, o assunto, foi abordado no Conselho Local de Saúde, que se reúne
297 mensalmente na ESF. Durante a discussão, os participantes foram bastante ativos, trouxeram

298 experiências e elogiaram o desenvolvimento da pesquisa, com isso, a partir dos dados obtidos
299 foram gerados questionamentos quanto ao uso correto dos medicamentos e ainda, solicitado
300 que eles sejam propagadores destas informações, colaborando assim, para menores taxas de
301 resistência bacteriana.

302 Da mesma forma, ocorreu apresentação dos resultados do estudo para a gestão
303 municipal e para equipe de saúde da ESF, onde ocorreram intensas discussões acerca das
304 condutas a serem adotadas e medidas a serem tomadas a fim de garantir melhor
305 aproveitamento do tratamento, subsidiando assim ações que visem ao uso racional dos
306 medicamentos.

307 A priorização de intervenções em saúde que abordem a não adesão ao tratamento
308 farmacológico é necessária para abordar o impacto econômico que este comportamento
309 acarreta. Determinar o intervalo de custos associado à não adesão facilita a extrapolação das
310 estimativas nacionais anuais de custos, permitindo planejamento em termos de política de
311 saúde para ajudar a conscientizar a população (Cutler *et al.*, 2018).

312

313 **Conclusões**

314 Diante dos resultados encontrados, é notável a importância da realização de estudos
315 sobre a temática. Conforme dados da literatura e achados desta pesquisa, o uso de
316 antibacterianos é acentuado em todo o Brasil, e a não-adesão ao tratamento, é uma realidade.
317 Cabe ainda ressaltar o quão importante é o momento da dispensação de medicamentos, a
318 orientação de forma objetiva e clara, evitando uso de termos técnicos para que a população de
319 fato entenda a informação repassada. Além disso, ações multiprofissionais de orientação e
320 rodas de conversa surtem grandes efeitos neste sentido, além da criação e manutenção do
321 vínculo com o paciente e a relação de confiança, que são ferramentas preconizadas pelo
322 Sistema Único de Saúde e auxiliam no momento do atendimento.

323 Além disso, ações de Educação Permanente, incluindo intervenções com a equipe e
324 com a gestão municipal, proporcionam momentos de diálogo e de reflexão sobre os processos
325 de trabalho, além do conhecimento sobre a realidade local. Com isso é possível realizar o
326 planejamento de ações voltadas à educação em saúde efetivas e baseadas na demanda
327 apresentada.

328

329

330

331

332

333

334

335

336

337 Referências Bibliográficas

- 338 Abrantes PM, Magalhaes SMS, Acurcio FA, Sakurai E. A qualidade de prescrição de
339 antimicrobianos em ambulatórios públicos da secretaria municipal de saúde de Belo
340 Horizonte, MG. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 13(Suppl.): 711-720, 2008.
- 341
- 342 Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Pediatria: prevenção e
343 controle de infecção hospitalar, 2006.
- 344
- 345 Al-Metwali B & Mulla H. Dosagem personalizada de medicamentos para crianças. *J. Pharm.*
346 *Pharmacol.* 69(5): 514-524, 2017.
- 347
- 348 Berquó LS, Barros AJD, Lima RC, Bertoldi, AD. Utilização de antimicrobianos em uma
349 população urbana. *Rev. Saúde Pública*. 38(2): 239-346, 2004.
- 350
- 351 Bitterncourt C. *O uso de antimicrobianos: uma proposta de intervenção para a ESF*. 2014.
352 Belo Horizonte. 33p. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Atenção Básica
353 em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte.
- 354
- 355 Braoios A, Pereira ACS, Bizerra AA, Policarpo OF, Soares NC, Barbosa AS. Uso de
356 antimicrobianos pela população da cidade de Jataí. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 18(10): 3055-
357 3060, 2013.
- 358
- 359 Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria
360 Colegiada (RDC) nº. 20, de 5 de maio de 2011.
- 361
- 362 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção
363 Básica. Política Nacional de Medicamentos 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- 364
- 365 Brito MA & Cordeiro BC. Necessidade de novos antibióticos. *J. Bras. Patol. Med. Lab.*
366 48(4): 247-249, 2012.
- 367
- 368 Capa N. Alexander Fleming e a descoberta da penicilina. *J. Bras. Patol. Med. Lab.* 45 (5): 01,
369 2009.
- 370
- 371 Costa MM. Análise das prescrições de antimicrobianos: Farmácia pública da prefeitura de
372 Carmo do Cajuru, Minas Gerais, Brasil. *Rev. Saúde Desenvol.* 9(5): 73-84, 2016.
- 373
- 374 Cunha MF & Gandini RC. Adesão e Não-adesão ao tratamento farmacológico para depressão.
375 *Psic: Teor e Pesq.* 5(3): 409-418, 2009.
- 376
- 377 Cutler RL, Fernandez-Llimos F, Frommer M, Benrimoj C, Garcia-Cardenas V. Economic
378 impact of medication nonadherence by disease groups: a systematic review. *BMJ Open*. 8(1):
379 e016982, 2018.
- 380
- 381 Paula CGD. Análise de prescrições de medicamentos antimicrobianos dispensados em uma
382 farmácia comunitária do município de João Pessoa / PB. *Rev. Espec On-line IPOG*. 1(09): 1-
383 14, 2014.

384

385 Del Fio FS, Lopes LC, Toledo M I, Barberato-Filho S. Perfil de prescrições e uso de
386 antibióticos em infecções comunitárias. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 43(1): 68-72, 2010.

387

388 Dimatteo MR. Evidence-based strategies of oster adherence and improve patient out comes.
389 *JAAPA.* 17(1): 18–21, 2004.

390

391 Emyinumarua F, Silva AS, Sá AS, Schuelter-Trevisol F. Perfil e adequação do uso de
392 antibacterianos em crianças internadas em hospital geral no sul do Brasil. *Rev. Paul. Pediatr.*
393 37(1): 1-7, 2018.

394

395 Goll AS & Faria MGI. Resistência bacteriana como consequência do uso inadequado de
396 antibióticos. *Braz. J. Surg. Clin. Res.* 5(1): 69-72, 2014.

397

398 González NA, Orero GJ, Prieto P. Evaluación del cumplimiento terapéutico y estrategias para
399 mejorarlo. *JANO EMC.* 53(1223): 54, 1997.

400

401 Leite SN & Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a
402 discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 8(3):
403 775-782, 2003.

404

405 Leite SN, Vieira M, Veber AP. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos
406 publicados no Brasil e América Latina. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 13(Suppl.): 793-802, 2008.

407

408 Loyola Filho LAI, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Prevalência e fatores
409 associados à automedicação: resultado do projeto Bambuí. *Rev. Saúde Públ.* 36(1): 55-62,
410 2002.

411

412 Marin N, Luiza VL, Castro CGS, Machado SS. Assistência farmacêutica para gerentes
413 municipais. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da
414 Saúde, 2003.

415

416 Milstein-Moscatti I, Persano S & Castro LLC 2000. Aspectos metodológicos e
417 comportamentais da adesão à terapêutica. *In:* LLC Castro (org.). AG Editora, [s.l.], 2000. p.
418 171-179.

419

420 Morisky-Green LW & Levine DM. Concurrent and predictive of a self reported measure of
421 medication adherence. *Med Care.* 24(1): 67-74, 1986.

422

423 Muccillo-Baisch AL, Soares MCF, Lunkes R, Goulart IC, Silva, M G C. Avaliação do nível
424 de adesão ao tratamento com antimicrobianos. *Vittalle.* 21(2): 37-51, 2009.

425

426 Nascimento PS & Magalhães IRS. Análise da prescrição de antimicrobianos dispensados em
427 uma rede de drogarias da região Norte do Brasil. *Rev. Bras. Farm.* 94(3): 211 – 218, 2013.

428

429 Nicolini P, Nascimento JWJ, Greco KV, Menezes FG. Fatores relacionados à prescrição
430 médica de antibióticos em farmácia pública da região oeste da cidade de São Paulo. *Ciênc.*
431 *Saúde Coletiva.* 13(1): 689-696, 2008.

432

433 Obreli-Neto PR. Intervenções farmacêuticas para promoção do uso racional de medicamentos
434 em doenças crônicas não-transmissíveis na atenção primária à saúde. 2011. Maringá. 44 p.
435 Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde), Universidade Estadual de Maringá. Maringá.
436
437 Organização Mundial da Saúde (OMS). Antimicrobial resistance: global report on
438 surveillance. 2014. Disponível em:
439 <file:///C:/Users/user/Downloads/Antimicrobial%20WHO.pdf> Acesso em: 09 nov. 2018.
440
441 Organización Mundial de la Salud (OMS). Uso racional de los medicamentos: progresos
442 realizados em la aplicación de la estrategia farmacéutica de la OMS, Informe de la Secretaria,
443 118ª reunión del consejo ejecutivo. Ginebra, Suíça, 2006. Disponível em:
444 <http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB118/B118_6-sp.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018.
445
446 Wannmacher L. Uso indiscriminado de antibióticos e resistência microbiana: uma guerra
447 perdida? *Uso Racional de Medicamentos: Temas selecionados*. 1(4): 1-6, 2004.
448
449 Weber BR, Scherer VC, Oliveira KR, Colet CF. Análise da variação sazonal da prescrição de
450 antibióticos aos usuários de uma unidade básica de saúde do município de Ijuí/RS. *Rev. Cont.*
451 *Saúde Ijuí*. 10(1): 117-121, 2010.
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473

474 **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

475

476 Sinto-me cansada deste período intenso que foi a Residência. Porém, referente a
477 realização do trabalho de conclusão, sinto-me muito feliz, consegui realizar e organizar da
478 melhor forma possível. A intervenção com a equipe foi de extremo aprendizado profissional,
479 bem como a orientação deste trabalho pela Professora Ivana. Para a banca final convidei a
480 professora Siomara, que foi docente durante a minha graduação, me senti muito feliz, pois, ela
481 me incentivou a fazer a Residência e na minha percepção deveria estar presente na conclusão
482 da mesma. Estou feliz com o término deste processo, aguardando as próximas oportunidades
483 que estão por vir.

484

485

486 ****Em anexo, seguem as normas para submissão da Revista Brasileira de Farmácia**
487 **(RBF) bem como, o comprovante da submissão.**

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE

Campo de Prática: ESF Santa Rita – Marau/RS

**ANEXO: NORMAS PARA SUBMISSÃO DA
REVISTA BRASILEIRA DE FARMÁCIA - RBF**

INSTRUÇÕES GERAIS

Todos os manuscritos devem ser originais e não publicados anteriormente. Cabe salientar que submissão simultânea implicará em sua recusa nesse periódico. As publicações em inglês e espanhol devem ser revisadas por um profissional de edição de língua estrangeira e não garantem o aceite do artigo. **O custo da revisão do texto em inglês ou espanhol é de responsabilidade dos autores que são encorajados a buscar profissionais ou empresas qualificados.**

A RBF reserva os direitos de submeter todos os manuscritos para revisores *ad hoc*, cujos nomes serão confidenciais e com autoridade para decidir a aceitação ou declínio da submissão. Nos casos de conflito de avaliações entre os pares, não se compromete a seguir com uma terceira avaliação, a decisão contará com avaliação dos pareceres pelo Conselho Editorial.

FORMA E APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS

A RBF aceita artigos para as seguintes seções:

Artigos originais ou de revisão (até 7.000 palavras, incluindo notas e referências, e exclui o Resumo/Abstract. Máximo de 5 figuras, quadro/gráfico ou tabela): textos inéditos provenientes de pesquisa ou análise/revisão bibliográfica. A publicação é decidida pelo Conselho Editorial, com base em pareceres - respeitando-se o anonimato tanto do autor quanto do parecerista (*double-blind peer review*) - e conforme disponibilidade de espaço.

Artigos originais por convite (até 8.000 palavras, incluindo notas e referências, e exclui o Resumo/abstract. Máximo de 5 figuras, quadro/gráfico ou tabela): textos inéditos de temas previamente solicitados pelo editor (a) Chefe ou Conselho Editorial a autores/pesquisadores de reconhecida experiência no campo das Ciências Farmacêuticas, que poderão resultar em artigos resultado de pesquisa ou de revisão. Os artigos originais serão publicados com base em pareceres (*double-blind peer review*). Apenas artigos que, devido a seu caráter autoral, não podem ser submetidos anonimamente a um parecerista, serão analisados, com ciência do autor, com base em pareceres em que só o parecerista é anônimo (*single-blind peer review*).

Resumo de Tese de Doutorado ou Dissertações de Mestrado (até 1500 palavras, incluindo notas e referencias. Máximo de 3 figuras, tabela ou quadro/gráfico): Trata-se de um Resumo ampliado de estudos acadêmicos que tenham relevância no campo das Ciências farmacêuticas. Serão aceitos os Resumos de pesquisas que tenham sido defendidas até dois anos antes da publicação da RBF. O número de Resumos não poderá ultrapassar 15% do total de artigos apresentados por edição, e deverá contemplar as seções Introdução, Metodologia, Resultados e Discussão e Conclusão de forma resumida.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES PRÉVIAS

Deverá ser adotado o **Sistema Internacional** (SI) de medidas.

As equações necessárias a compreensão do texto deverá ser editadas utilizando *software* compatível com o editor de texto. As variáveis deverão ser identificadas após a equação.

Recomenda-se que os autores realizem a análise de regressão ou outro teste estatístico aplicável para fatores quantitativos, mas que a utilização de programas específicos para o tratamento dos dados estatísticos deve constar da seção de Metodologia.

ATENÇÃO: QUADROS/ TABELAS, GRÁFICOS E FIGURAS devem ter largura de no máximo 18,25 cm, com alta resolução e enviados em arquivo separado. Nesse caso, sua posição deve ser identificada no texto. CASO CONTRÁRIO, O MANUSCRITO SERÁ DEVOLVIDO AOS AUTORES, que acarretará em nova submissão.

A RBF recomenda a utilização de Referências Bibliográficas atualizada, salvo aquelas consagradas em trabalhos de autores seminais de cada área específica, ou ainda em textos que necessitam de informações históricas relevantes na compreensão da argumentação apresentada. Consideraremos atualizadas aquelas com data de publicação em periódicos indexados a pelo menos 5 anos da data de envio do manuscrito.

TODAS as correções sugeridas durante o processo de submissão deverão ser destacadas em **VERMELHO, e devolvida a comissão editorial pelo endereço: revistabrasileiradefarmacia@yahoo.com.br**.

FORMATAÇÃO DO TEXTO

Os manuscritos deverão utilizar aplicativos compatíveis com o **Microsoft Word**. Devem ser escritos em página formato A4 com margens de 2 cm, espaçamento duplo, fonte Times New Roman, tamanho 12, justificado. As linhas e páginas devem ser numeradas a partir do Título até a página final.

Deve-se adotar no texto apenas as **abreviações padronizadas**. Por exemplo: Kg (quilograma)

A primeira citação da abreviatura entre parênteses deve ser precedida da expressão correspondente por extenso. Por exemplo: Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)

O **recurso de itálico** deverá ser adotado apenas para realmente destacar partes importantes do texto, como por exemplo, citações *ipsis literis* de autores consultados, partes de depoimentos, entrevistas transcritas, nomes científicos de organismos vivos e termos estrangeiros.

As ilustrações, figuras, esquemas, tabelas e gráficos deverão ser identificadas no texto, conforme

apresentação desejada pelo autor, e **apresentadas em arquivo separado.**

Os manuscritos deverão seguir a seguinte estrutura:

Título: deverá ser conciso **e não** ultrapassar 30 palavras, informativo, digitado em negrito com letras minúsculas utilizando a fonte *Times New Roman* (tamanho 14), com exceção da primeira letra, dos nomes próprios e/ou científicos.

Autores: deverão ser adicionados a um espaço abaixo do título, centralizados, separados por vírgula. O símbolo "&" deve ser adicionado antes do último autor (Ex.: Paulo da Paz, João de Deus & Pedro Bondoso). Inserir os nomes completos dos autores, por extenso, com letras minúsculas com exceção da primeira letra de cada nome.

Afiliação do autor: cada nome de autor deverá receber um **número arábico** sobrescrito indicando a instituição na qual ele é afiliado. A lista de instituições deverá aparecer imediatamente abaixo da lista de autores. O nome do autor correspondente deverá ser identificado com um asterisco sobrescrito. O e-mail institucional, endereço completo, CEP, telefone e fax do autor correspondente deverão ser escritos no final da primeira página.

Resumo (Abstract): deverá ser escrito na **segunda página** do manuscrito, não deverá exceder 200 palavras, deverá conter informações sucintas que descrevam **objetivo da pesquisa, metodologia, discussão/resultados e a conclusão.** Os manuscritos escritos em português ou em espanhol devem ter um Resumo traduzido para o inglês (Abstract). O Abstract deve ser digitado na **terceira página** do manuscrito e deve ser revisado por um profissional de edição de língua inglesa. **Os manuscritos em inglês deverão apresentar um Resumo em português.**

Palavras-chave (Keywords): são fundamentais para a classificação da temática abordada no manuscrito em bancos de dados nacionais e internacionais. Serão aceitas entre 3 e 5 palavras-chave. Após a seleção, sua existência em português e inglês deve ser confirmada pelo(s) autor (es) do manuscrito no endereço eletrônico <http://decs.bvs.br> (Descritores em Ciências da Saúde - Bireme). As palavras-chave (Keywords) deverão ser separadas por **vírgula** e a **primeira letra** de cada palavra-chave deverá maiúscula.

Introdução: Situa o leitor quanto ao tema que será abordado e apresenta o problema de estudo, destaca sua importância e lacunas de conhecimento (justificativa da investigação), e inclui ainda os **objetivos** (geral e específico) a que se destina discutir.

Metodologia ou Percorso Metodológico: Nessa seção o autor (es) deve (m) apresentar o percurso metodológico utilizado que apresente o tipo de estudo (se qualitativo ou quantitativo), de base empírica, experimental ou de revisão de forma que identifique a natureza/tipo do estudo.

São fundamentais os dados sobre o local onde foi realizada a pesquisa; população/sujeitos do estudo e seus critérios de seleção (inclusão e exclusão) e cálculo amostral. Nos casos de pesquisa experimental cabe a identificação do material, métodos, equipamentos, procedimentos técnicos e métodos adotados para a coleta de dados.

Na apresentação do tratamento estatístico/categorização dos dados cabe informar a técnica ou programa utilizado no tratamento e análise. Nos casos de investigação com humanos ou animais cabe informar a data e o número do protocolo da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Quanto ao estudo de espécies vegetais deve ter a indicação do seu local de coleta (dados de GPS), o país de origem, o responsável pela identificação da espécie e o depósito da exsicata.

Resultados e Discussão: devem ser apresentados de maneira clara, objetiva e em sequência lógica, utilizando ilustrações (figuras, quadros e tabelas) quando necessário. Deve-se comparar com informações da literatura sobre o tema ressaltando-se aspectos novos e/ou fundamentais, as limitações do estudo e a indicação de novas pesquisas. Nessa seção cabe a análise e discussão crítica da pesquisa.

Conclusões: apresentar considerações significativas fundamentadas nos resultados encontrados e vinculadas aos objetivos do estudo.

Agradecimentos: opcional e deverá aparecer antes das referências.

Figuras, Quadro/Tabelas ou Gráficos: Todas as ilustrações devem apresentar um título breve na parte superior e numerada consecutivamente com algarismos arábicos, conforme a ordem em que forem citadas no manuscrito e a legenda com fonte em Times New Roman, tamanho 12, justificado e com largura máxima de 18,25 cm.

As Tabelas devem apresentar dados numéricos como informação central, e não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, com os seus respectivos símbolos. **Se houver ilustração extraída de outra fonte, publicada ou não, a fonte original deve ser mencionada abaixo da tabela.** Não é permitida a utilização de Figura, gráfico, quadro/tabela publicada em outro periódico **sem antes pedir autorização prévia dos autores e/ou da revista.**

Qualquer uma dessas ilustrações com baixa resolução poderá ser excluída durante o processo de diagramação da RBF, ou ainda comprometer o aceite do manuscrito.

As fotos deverão garantir o anonimato de qualquer indivíduo que nela constar. Caso os autores queiram apresentar fotos com identificação pessoal, deverão apresentar permissão específica e escrita para a publicação das mesmas.

Referências:

As citações bibliográficas deverão ser adotadas de acordo com as exigências da RBF. Citação no texto, usar o sobrenome e ano: Lopes (2005) ou (Lopes, 2005); para dois autores (Souza & Scapim, 2005); três autores (Lima, Pereira & Silva, 2008), para mais do que quatro autores, utilizar o primeiro autor seguido por *et al.* (Wayner *et al.*, 2007), porém na lista de referências deverão aparecer ordenadas alfabeticamente pelo **sobrenome do primeiro autor**. A citação de mais que uma referência por parágrafo requer a ordenação em ordem decrescente cronológica e cada grupo de autores separados por "ponto e vírgula". Por exemplo: (Gomes & Souza, 2012; Mendez, 2010; Lima, Pereira & Silva, 2008).

A veracidade das referências é de responsabilidade dos autores. Os exemplos de referências citados abaixo foram adaptados, em sua maioria, do documento original da ABNT (NBR 6023, agosto de 2002).

a) Artigos de periódicos:

A abreviatura do periódico deverá ser utilizada, em itálico, definida no Chemical Abstracts Service Source Index (<http://www.cas.org/sent.html>) ou na Base de dados PubMed, da US National Library of Medicine (<http://www.pubmed.gov>), selecionando Journals Database. Caso a abreviatura autorizada de um determinado periódico não puder ser localizada, deve-se citar o título completo.

Autor (es)*. *Título do periódico em itálico*, volume (a indicação do fascículo é entre parênteses): páginas inicial - final do artigo, ano de publicação.

Galato D & Angeloni L. A farmácia como estabelecimento de saúde sob o ponto de vista do usuário de medicamentos. *Rev. Bras. Farm.* 90(1): 14 – 18, 2009.

Fonseca VM, Longobuco P, Guimarães EF, Moreira DL, Kaplan MAC. Um teste do formato de nome. *Rev. Bras. Farm.* 90(1): 14 – 18, 2009.

b) Livros:

Com 1 autor

Autor. Título. Edição (a partir da 2ª). Cidade: Editora, ano de publicação. Número total de páginas.

Casciato DA. Manual de oncologia clínica. São Paulo: Tecmed, 2008. 1136 p.

Com 2 autores

Lakatos EM & Marconi MA. Metodologia científica. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1991. 231 p.

Com autoria corporativa

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. I Fórum Nacional de Educação Farmacêutica: O farmacêutico de que o Brasil necessita (Relatório Final). Brasília, DF, 2008. 68p.

Capítulos de livros (o autor do capítulo citado é também autor da obra):

Autor (es) da obra. Título do capítulo. *In:* _____. Título da obra. Cidade: Editora, Ano de publicação. Capítulo. Paginação da parte referenciada.

Rang HP, Dale MM & Ritter JM. *In:* Quimioterapia do câncer. Farmacologia. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. cap. 50, p. 789-809.

Capítulos de livros (o autor do capítulo citado não é o autor da obra):

Autor (es) do capítulo. Título da parte referenciada. *In:* Autor (es) da obra (ou editor) Título da obra. Cidade: Editora, Ano de publicação. Capítulo. Paginação da parte referenciada.

Schenkel EP, Gosmann G & Petrovick PR. Produtos de origem vegetal e o desenvolvimento de medicamentos. *In:* Simões CMO. (Org.). Farmacognosia: da planta ao medicamento. 5. ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS; Florianópolis: Editora da UFSC, 2003. cap. 15, p. 371-400.

Citação indireta

Utiliza-se *apud* (citado por) nas citações que foram transcritas de uma obra de um determinado autor, mas que na verdade pertence a outro autor.

Helper CD & Strant LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am. J. Hosp. Pharm.* 47: 533-543, 1990. *Apud* Bisson MP. Farmácia Clínica & Atenção Farmacêutica. 2. ed. Barueri: Manole, 2007. p. 3-9.

c) Teses, Dissertações e demais trabalhos acadêmicos:

Autor. *Título* (inclui subtítulo se houver). Ano. Cidade. Total de páginas. Tipo (Grau), Instituição (Faculdade e Universidade) onde foi defendida.

Sampaio IR. *Etnofarmacologia e toxicologia de espécies das famílias Araceae e Euphorbiaceae*. 2008. Rio de Janeiro. 45 p. Monografia (Especialização em Farmacologia), Associação Brasileira de Farmacêuticos. Rio de Janeiro.

d) Eventos científicos (Congressos, Seminários, Simpósios e outros):

Autor (es). Título do trabalho. *Nome do evento*, nº do evento. Página. Cidade. País. Ano.

Marchioretto CT, Junqueira MER & Almeida ACP. Eficácia anestésica da neocaína (cloridrato de bupivacaína associada a epinefrina) na duração e intensidade da anestesia local em dorso de cobaio. *Reunião anual da SBPC*, 54, Goiânia, Brasil, 2002.

e) Patentes: Devem ser identificadas conforme modelo abaixo e na medida do possível o número do Chemical Abstracts deve ser informado.

Ichikawa M, Ogura M & Lijima T. 1986. Antiallergic flavone glycoside from *Kalanchoe pinnatum*. *Jpn. Kokai Tokkyo Koho JP 61,118,396*, *apud* Chemical Abstracts 105: 178423q.

f) Leis, Resoluções e demais documentos

Conforme o modelo:

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) n o 44, de 17 de agosto de 2009.

g) Banco/Base de Dados

Conforme o modelo

BIREME. Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. Lilacs - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde. Acesso em:

<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LI-LACS&lang=p>>. Acesso em: 27 ago. 2009.

h) Homepage/Website

Conforme o modelo:

WHO *Guidelines for Pharmacological Management of Pandemic (H1N1) 2009 Influenza and other Influenza Viruses*. 91 p. Acesso em:

<http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/h1n1_guidelines_pharmaceutical_mngt.pdf>. Acesso: 27 ago. 2009.

SUBMISSÃO

Todos os manuscritos deverão ser submetidos **exclusivamente** por e-mail: revistabrasileiradefarmacologia@yahoo.com.br e deverá enviar o texto em programa compatível com *word*, e com todos os apêndices preenchidos.

Os autores deverão informar a área de concentração (**Apêndice 1**), a categoria do manuscrito (Artigo Original, Artigo de Revisão ou Resumo de Tese/ Dissertação); apresentar carta de encaminhamento ao Editor (a) Chefe (**Apêndice 2**) e declaração de originalidade e cessão de direitos autorais (**Apêndice 3**). É responsabilidade dos autores reconhecerem e informar ao Conselho Editorial da existência de conflitos de interesse que possam exercer qualquer influência em seu manuscrito. Desta forma, as relações financeiras ou de qualquer outra ordem deverão ser comunicadas por cada um dos autores em declarações individuais (**Apêndice 4**).

Quanto a Confirmação da submissão: O autor receberá por e-mail um documento com o número do protocolo, confirmando o recebimento do artigo pela RBF. Caso não receba este e-mail de confirmação dentro de 48 horas, entre em contato com o Conselho Editorial da RBF (e-mail: revistabrasileiradefarmacia@yahoo.com.br).

A Revista Brasileira de Farmácia submeterá os manuscritos recebidos à análise por dois consultores *ad hoc*, acompanhado de um formulário para a avaliação e que terão a autoridade para decidir sobre a pertinência de sua aceitação, podendo inclusive, reapresentá-los ao(s) autor (es) com sugestões, para que sejam feitas alterações necessárias e/ou para que os mesmos sejam adequados às normas editoriais da revista. Solicita-se aos autores que, na eventualidade de reapresentação do texto, **o façam evidenciando as mudanças através da cor vermelha** como forma de identificação rápida e facilitação do processo de avaliação. Caso necessário poderá o autor dispor de argumentação teórica em carta anexa sumarizando as alterações realizadas ou não, que poderão ser aceitas ou não pelos revisores.

Os nomes dos autores e dos avaliadores dos manuscritos permanecerão em sigilo.

O trabalho aceito para publicação só poderá seguir para diagramação caso TODOS os autores tenham assinado o termo de publicação (**Apêndice 3**). **Qualquer tipo de solicitação ou informação quanto ao andamento ou publicação do artigo poderá ser solicitado através do e-mail: revistabrasileiradefarmacia@yahoo.com.br baseado no número do protocolo recebido pelo autor correspondente.**

O Conselho Editorial da RBF reserva-se o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa. O Conselho Editorial da Revista tem plena autoridade de decisão sobre a publicação de manuscritos, quando os mesmos apresentem os requisitos adotados para a avaliação de seu mérito científico, considerando-se sua **originalidade**, ineditismo, qualidade e clareza. Toda ideia e conclusão apresentadas nos trabalhos publicados são de total responsabilidade do(s) autor (es) e não reflete, necessariamente, a opinião do Editor Chefe ou dos membros do Conselho Editorial da RBF.

ITENS DE VERIFICAÇÃO PARA SUBMISSÃO

Como parte do processo de submissão, os autores deverão verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores. Somente receberão número de protocolo os artigos que estiverem em conformidade com as Normas para Publicação na RBF:

O manuscrito encontra-se no escopo da Revista Brasileira de Farmácia.

A contribuição é original, inédita e não está sendo avaliada por outra revista.

Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word ou equivalente.

O e-mail para envio do manuscrito está disponível.

O texto está em espaçamento duplo; fonte tamanho 12, estilo *Times New Roman*; com figuras e tabelas inseridas no texto, e não em seu final.

O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos em **Critérios** para preparação dos manuscritos (**Atenção às citações no texto e referências bibliográficas**).

Todos os apêndices estão preenchidos (**Atenção especial ao preenchimento dos apêndices**).

Ao submeter um manuscrito, os autores aceitam que o *copyright* de seu artigo seja transferido para a Revista Brasileira de Farmácia, se e quando o artigo for aceito para publicação. Artigos e ilustrações aceitos tornam-se propriedade da **Revista Brasileira de Farmácia**.

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE**

Campo de Prática: ESF Santa Rita – Marau/RS

COMPROVANTE DE SUBMISSÃO



REVISTA BRASILEIRA DE FARMÁCIA

Órgão Oficial da Associação Brasileira de Farmacêuticos



ISSN 0370-372X

RBF- Declaração de Submissão de artigos científicos

Prezado(a) Autor(a) correspondente Marina Pelicioli, segue o certificado de submissão do artigo **“Prescrição de antibacterianos: perfil e adesão dos pacientes visando à intervenção na equipe de saúde”** encaminhado a Revista Brasileira de Farmácia, que recebeu o número de registro 921/2019. Esta numeração deverá ser utilizada em todas as comunicações realizadas doravante.

Cabe salientar que seu processo de submissão poderá ser interrompido a qualquer momento, caso não haja cumprimento dos prazos notificados para retorno das correções sugeridas pelos revisores.

Ainda neste sentido, gostaríamos de alertar quanto ao envio do manuscrito dentro das normas de publicação. Assim, tabelas e gráficos deverão ser enviados em arquivo separado. Caso não tenham enviado desta forma, favor encaminhar nova versão com o atendimento às regras identificando seu envio com a numeração acima.

Outra questão importante se dá nas diversas etapas de adequação do manuscrito às sugestões dos revisores, que deverão ser enviadas com destaque **em fonte de cor vermelha**.

Qualquer dúvida deverá tirada via e-mail.

Informamos que o tempo de duração de uma submissão varia de acordo com a pronta entrega das correções nos prazos estabelecidos.

Atenciosamente,

Comissão Editorial
Revista Brasileira de Farmácia

Rio de Janeiro, 11 de janeiro de 2019.