



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

CAMILA FONTANA ROMAN

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA: VOLUME FINAL

**PASSO FUNDO/RS
2019**

CAMILA FONTANA ROMAN

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA: VOLUME FINAL

Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo/RS, como requisito parcial para obtenção do título especialista em Saúde da Família e Comunidade.

Orientadora: Profa. Dra. Alessandra Regina Muller Germani

Coorientadora: Carine Muller Mayer

PASSO FUNDO/RS

2019

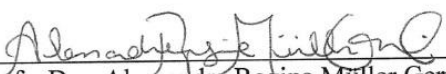
CAMILA FONTANA ROMAN

**(RE)CONHECIMENTO DA PROFISSÃO FARMACÊUTICA:
PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS DE UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

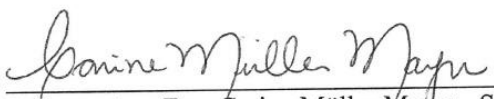
Trabalho de Conclusão de Residência,
apresentado ao Programa de Residência
Multiprofissional em Saúde: Área de
Concentração Atenção Básica da Universidade
Federal da Fronteira Sul, como requisito
parcial para obtenção do título de Especialista.

Este Trabalho de Conclusão de Residência foi defendido e aprovado pela banca em:
09/12/2019

BANCA EXAMINADORA



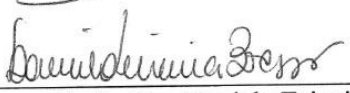
Profa. Dra. Alessandra Regina Müller Germani - UFFS
Orientadora



Preceptora Esp. Carine Müller Mayer - SMS-Marau/RS
Coorientadora



Profa. Ma. Jeanice de Freitas Fernandes - UPF



Profa. Dra. Daniela Teixeira Borges - UFFS

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) é o resultado dos estudos desenvolvidos no decorrer dos dois anos de realização da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, vinculada à Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, possuindo uma formação teórica associada ao campo de prática na Estratégia Saúde da Família São José Operário, localizada no município de Marau, Rio Grande do Sul. Este trabalho é composto por quatro capítulos, os quais correspondem à pesquisa desenvolvida ao final dos componentes curriculares de cada semestre:

CAPÍTULO I: Diagnóstico territorial: Estratégia Saúde da Família São José Operário, Marau/RS

CAPÍTULO II: Projeto de pesquisa – serviço de seguimento farmacoterapêutico: percepção dos usuários acerca do trabalho do farmacêutico em uma Estratégia Saúde da Família

CAPÍTULO III: Relatório de trabalho de campo

CAPÍTULO IV: Manuscrito – (Re)conhecimento da profissão farmacêutica: percepção de usuários de uma estratégia saúde da família

Palavras-chave: Pesquisa sobre Serviços de Saúde; Ciências da Saúde; Serviços Comunitários de Farmácia.

ABSTRACT

This Residency Completion Work (TCR) is the result of studies developed during the two years of the Multiprofessional Residency in Family and Community Health, linked to the Federal University of the Southern Border, campus Passo Fundo, with an associated theoretical background. to the field of practice in the São José Operário Family Health Strategy, located in the municipality of Marau, Rio Grande do Sul. This work consists of four chapters, which correspond to the research developed at the end of the curriculum components of each semester:

CHAPTER I: Territorial Diagnosis: Family Health Strategy São José Operário, Marau/RS

CHAPTER II: Research Project - Pharmacotherapeutic Follow-up Service: Users' Perceptions of Pharmacist Work in a Family Health Strategy

CHAPTER III: Fieldwork Report

CHAPTER IV: Manuscript – (Re)cognition of the pharmaceutical profession: perception of users in a family health strategy

Keywords: Health Services Research; Health Sciences; Community Pharmacy Services.

SUMÁRIO

RESUMO	5
ABSTRACT	6
CAPÍTULO I	10
DIAGNÓSTICO TERRITORIAL: ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO JOSÉ OPERÁRIO, MARAU/RS	10
1 INTRODUÇÃO	11
2 RESGATE HISTÓRICO DO SUS E SEU CONTEXTO ATUAL	12
3 APRESENTAÇÃO GERAL DO MUNICÍPIO DE MARAU	18
3.1. Linha histórica da origem e emancipação	19
4 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO	20
4.1 Aspectos físico-territoriais	20
4.2 Aspectos demográficos	23
4.3 Habitação e infraestrutura	25
4.4 Aspectos socioeconômicos	26
4.4.1 Emprego e rendimento	27
5 ASPECTOS EDUCACIONAIS	28
5.1 História da educação de Marau	28
5.2 Educação: realidade atual	30
5.3 Estrutura de educação do Município	32
5.4 Educação complementar	37
5.5 Educação profissionalizante	39
5.6 Educação especial	40
6 SISTEMA E REDE DE SAÚDE LOCAL E REGIONAL	42
6.1 Histórico da Saúde	42
a. LINHA DO TEMPO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MARAU	42
b. CARACTERÍSTICAS ATUAIS DA SAÚDE NO MUNICÍPIO	44
c. GESTÃO EM SAÚDE	53
d. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE	55
e. SISTEMA MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	57
f. ATENÇÃO ESPECIALIZADA	61
g. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	63
h. ATENÇÃO BÁSICA	64
7 ESF SÃO JOSÉ OPERÁRIO: CAMPO DE PRÁTICAS EM SAÚDE	67

7.1 Estrutura e processos de trabalho	71
i. CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO ADSTRITA.....	76
8 IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇO DE SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO: PROPOSTA DE PESQUISA-INTERVENÇÃO	85
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
REFERÊNCIAS	89
CAPÍTULO II	97
PROJETO DE PESQUISA	97
SERVIÇO DE SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO: PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS ACERCA DO TRABALHO DO FARMACÊUTICO EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	97
1. INTRODUÇÃO	99
1.1 Justificativa	101
2. OBJETIVOS.....	104
2.1 Objetivo geral	104
2.2 Objetivos específicos	104
3 REFERENCIAL TEÓRICO	105
4 METODOLOGIA.....	110
4.1 Tipo de estudo.....	110
4.2 Local e período de realização.....	110
4.3 Participantes da pesquisa	110
4.3.1 Critérios de inclusão.....	112
4.3.2 Critérios de exclusão.....	113
4.4 Coleta de dados.....	113
4.5 Processamento e análise dos dados.....	114
4.6 Aspectos éticos	115
5 RESULTADOS ESPERADOS	117
6 RECURSOS.....	119
7 CRONOGRAMA.....	120
REFERÊNCIAS	122
APÊNDICE A – PROTOCOLO DE SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO	128
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE). 141	
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE VOZ.....	145
APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES	146

APÊNDICE E – ROTEIRO DA PRIMEIRA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	149
APÊNDICE F – ROTEIRO DA SEGUNDA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	150
APÊNDICE G – TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO	151
CAPÍTULO III	152
RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO	152
1. BREVE INTRODUÇÃO	153
2. LOGÍSTICA E AS ETAPAS DA COLETA DE DADOS	155
2.1 Logística prévia a coleta de dados.....	155
2.2 Instrumentos de coleta de dados	158
2.3 Perdas e recusas	159
2.4 Preparação e organização do banco de dados	160
3. POTENCIALIDADES E DESAFIOS ENFRENTADOS DURANTE A COLETA DE DADOS.....	162
4. RELATO E DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO	164
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E ENCERRAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO... 165	
APÊNDICE 1 - FORMULÁRIO DE RESPOSTA ÀS PENDÊNCIAS DO CEP/UFGS .. 166	
APÊNDICE 2 – LEMBRETE DESENVOLVIDO PARA MARCAÇÃO DAS CONSULTAS FARMACÊUTICAS.....	172
CAPÍTULO IV	173
MANUSCRITO	174
(RE)CONHECIMENTO DA PROFISSÃO FARMACÊUTICA: PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS DE UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	174
RESUMO	Erro! Indicador não definido.
ABSTRACT	Erro! Indicador não definido.
1 INTRODUÇÃO	Erro! Indicador não definido.
2 MÉTODOS	Erro! Indicador não definido.
3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	Erro! Indicador não definido.
3.1 Alguns equívocos sobre a atuação do farmacêutico na percepção dos usuários.....	Erro! Indicador não definido.
3.2 Percepções sintonizadas com o papel do farmacêutico	Erro! Indicador não definido.
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	Erro! Indicador não definido.
REFERÊNCIAS	Erro! Indicador não definido.
INSTRUÇÕES PARA AUTORES	197
REVISTA SAÚDE EM REDES	197
CONSIDERAÇÕES FINAIS	200

CAPÍTULO I

**DIAGNÓSTICO TERRITORIAL: ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA SÃO JOSÉ OPERÁRIO, MARAU/RS**

1 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde público brasileiro, embora possua quase duas décadas, está permanentemente em adaptação e busca por melhorias, mesmo com o atual desmonte de programas e corte de recursos. Apesar da complexidade por trás desse sistema e de seus processos, é nítida a importância que possui e os benefícios que oferece a toda população brasileira, sendo considerado por muitos como o melhor sistema de saúde público do mundo. No intuito de oferecer, de fato, o que é preconizado pelas diretrizes e princípios do sistema, são realizados acompanhamentos e avaliações periódicas, sendo o diagnóstico situacional uma das ferramentas utilizadas para identificar potencialidades e possíveis fragilidades dos diversos âmbitos desse serviço.

Nesse sentido, este diagnóstico foi elaborado através de pesquisas com diversas fontes: sistemas informatizados, documentos oficiais, legislações, livros e, inclusive, com a experiência vivida pelos autores. Considerou-se para a construção as condições de saúde da população, os determinantes e condicionantes de saúde, a estrutura do sistema de saúde e das redes de atenção à saúde e a gestão do município de Marau/RS, com foco na Estratégia Saúde da Família (ESF) São José Operário (SJO). Os objetivos a partir desse estudo foram: propiciar a compreensão da realidade, considerando a diversidade e complexidade do contexto sócio-histórico-cultural; aprofundar os conhecimentos e a capacidade de análise crítica visando à atenção integral à saúde; criar elementos para o desenvolvimento de ações de promoção e educação em saúde; possibilitar o conhecimento de ações de planejamento, gestão e a avaliação desenvolvidas nos serviços de saúde da área de Atenção Básica; e identificar e conhecer as redes intersetoriais para o cuidado em saúde.

Além disso, as informações e reflexões levantadas através desse estudo fornecerão subsídios necessários para a construção dos projetos de pesquisa-intervenção a serem desenvolvidos por nós, profissionais residentes.

2 RESGATE HISTÓRICO DO SUS E SEU CONTEXTO ATUAL

Muito antes de existir a realidade que conhecemos para a saúde no Brasil, discutia-se mundialmente a transformação dos sistemas de saúde. No contexto brasileiro, com a criação da previdência social no país, passou-se a oferecer socorros médicos e medicamentos para os contribuintes e seus dependentes, sobre os quais o Estado não possuía qualquer responsabilidade. Dessa forma, somente quem estava na condição de segurado possuía o direito do acesso a tais serviços, deixando de lado grande parcela da população, que contava com o assistencialismo e a caridade (FIGUEIREDO NETO et al., 2010).

Em meio a diversos movimentos sociais e políticos a favor da ampliação do acesso aos serviços de saúde, a universalização do direito à saúde e a integralidade das ações, cresceu o debate acerca do direito à saúde. Dessa maneira, o direito à saúde significava “a garantia de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação em todos os níveis, assegurado pelo Estado” (FIGUEIREDO NETO et al., 2010). Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde contou, pela primeira vez, com a participação da comunidade e dos técnicos na discussão sobre uma política setorial. Aprovou-se a universalização da saúde e o controle social efetivo, garantindo um direito à saúde integral (FIGUEIREDO NETO et al., 2010). Com a publicação da Constituição Federal em 1988, determinou-se que a “saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). O Sistema Único de Saúde (SUS) sofreu influência internacional de alguns aspectos durante sua estruturação, como a universalidade do acesso já proporcionado por alguns países. Para estruturação de algumas características, usou-se o sistema da província de Quebec, no Canadá, como base. As diretrizes trazidas para o SUS na Constituição Federal são:

“I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
III - participação da comunidade.” (BRASIL, 1988, p. 103).

A Lei Orgânica da Saúde 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Determina que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990b), considerando determinantes e condicionantes da saúde, entre outros, “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. ” (BRASIL, 1990b). Essa lei traz os princípios a serem seguidos pelo SUS, complementando o disposto na Constituição Federal, sendo:

- “I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. ” (BRASIL, 1990b, p. 1).

Através da Lei nº 13.427, de 30 de março de 2017, incorporou-se o seguinte princípio ao SUS:

- “XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013.” (BRASIL, 2017ª, p. 1).

O sistema de saúde oferecido aos cidadãos brasileiros passou a ser universal, financiado por meio de impostos das três esferas (federal, estadual e

municipal), sendo todos os serviços públicos. Como alternativa, existe um sistema de seguros e planos de saúde e o sistema de desembolso direto (BRASIL, 1998a), restritos a parcelas da população com maior poder aquisitivo. De acordo com as legislações, todas as instâncias do SUS devem seguir seus princípios e diretrizes norteadores.

Somente no ano de 2006 o Ministério da Saúde publicou a Portaria 648, em 28 de março, aprovando a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Determinou que a Saúde da Família é estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica no SUS, que tem o enfoque na saúde da população, na prevenção de doenças, na atenção à saúde e na cura (BRASIL, 2006a).

Os profissionais que compõem a equipe multiprofissional mínima da ESF são: um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS). Profissionais de saúde bucal são incorporados à ESF por meio das Equipes de Saúde Bucal (ESB), com cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene bucal (BRASIL, 2006a).

Em 2008 criou-se os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Assim, os profissionais médico acupunturista; assistente social; profissional da educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; e terapeuta ocupacional podem se inserir na Atenção Básica. Entretanto isso não impede a inserção de tais profissionais na equipe da ESF (BRASIL, 2008c).

Em 2010 estabeleceu-se as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, através da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Define-se RAS como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010), tendo o objetivo de

“promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em

termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.” (BRASIL, 2010, p. 4).

Após a revisão da PNAB em 2017, publicou-se a Portaria nº 2.436 em 21 de setembro. Conceitua a Atenção Básica como

“o 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, 2017b, p. 1).

Mantém a Saúde da Família como estratégia prioritária para consolidação e expansão da Atenção Básica no SUS, trazendo os seguintes princípios: universalidade; equidade; e integralidade. E as seguintes diretrizes: regionalização e hierarquização; territorialização; população adstrita; cuidado centrado na pessoa; resolutividade; longitudinalidade do cuidado; coordenação do cuidado; ordenação da rede; e participação da comunidade” (BRASIL, 2017b, p. 1).

Como diferenciação, permite a inserção do Agente de Combate a Endemias (ACE) na ESF e o reconhecimento de outras estratégias na Atenção Básica, diferentes da ESF. Também amplia a possibilidade de inserção de outros profissionais no NASF, sendo: médico geriatra, médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria (BRASIL, 2017b).

É nesse contexto que se inserem os profissionais dos programas de residência multiprofissional no país, orientados pelos princípios e diretrizes do SUS. A Residência Multiprofissional em Saúde foi instituída em 2005, por meio da Portaria Interministerial nº 2.117, de 3 de novembro de 2005 (BRASIL, 2005). Demais disposições sobre este assunto foram sendo aprovadas nos anos seguintes, culminando na realidade atual (BRASIL, 2018a).

Os programas de residência multiprofissional abrangem as seguintes profissões: biomedicina, ciências biológicas, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional, devendo haver no

mínimo três núcleos profissionais para compor um programa de residência multiprofissional (BRASIL, 1998b). Atualmente, diversos programas estão disponíveis em todo o país, com atuação em variados campos de prática, como hospitais (nos diversos setores), indústrias, ESF, UBS, etc., especializando os profissionais residentes nas mais diversas áreas.

No caso do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal da Fronteira Sul, o campo de atuação dos profissionais residentes é uma ESF do município de Marau/RS, sendo a ESF São José Operário ou a ESF Santa Rita. Integram esse programa os profissionais de enfermagem, psicologia e farmácia, juntamente com os preceptores, profissionais vinculados à prefeitura municipal e tutores, profissionais vinculados à universidade.

O intuito desta forma de ensino, no e pelo trabalho, é promover a humanização, o acolhimento, a responsabilização para com o usuário, a resolutividade nos serviços, a ação multiprofissional e integral e ainda possibilita o desenvolvimento de projetos que promovem a autonomia no cuidado (FERLA; SECCIM, 2003). Acrescenta-se que, além de oportunizar a qualificação dos profissionais em formação, o programa promove mudança e melhoria dos serviços oferecidos, uma vez que se agregam mais profissionais e outros olhares para o saber-fazer.

Apesar de ser evidente a importância desta formação, há um longo percurso a ser traçado para que esta seja verdadeiramente reconhecida. Dentre as dificuldades encontradas, ressalta-se que o montante de 60 horas semanais é demasiado espoliante, seguindo uma lógica de exploração do trabalho e não de formação para o trabalho em saúde. Ademais, a excessiva demanda nos serviços direciona para uma formação tecnicista e enrijecida, configurando-se em significativo obstáculo a ser superado (SILVA, 2018).

Entretanto, mesmo havendo aspectos intrínsecos negativos, os programas de residência multiprofissional em saúde são uma forma de resistência e fortalecem a luta pela manutenção da saúde pública, que sofre com o crescente sucateamento e precarização. Um exemplo do atual processo de desmonte do SUS é a promulgação da Emenda Constitucional Nº 95, em 2016, que institui um novo regime fiscal e congela os investimentos em saúde por 20 anos (BRASIL, 2016). Além deste, vários outros exemplos poderiam ser citados

e apontam para um desfecho desfavorável, colocando em risco tudo que foi conquistado com suor e bravura dos movimentos sociais.

3 APRESENTAÇÃO GERAL DO MUNICÍPIO DE MARAU

O município de Marau localiza-se na região norte do Estado do Rio Grande do Sul, conhecida também como planalto médio. Destaca-se nacionalmente em qualidade de vida e modernidade, promovendo ações de sustentabilidade, investindo em mobilidade urbana, projetos de segurança, limpeza e revitalização dos espaços públicos (PREFEITURA..., s/d).

Com origens na colonização italiana, em 1904, Marau foi emancipado em 18 de dezembro de 1954, entretanto, a comemoração do aniversário passou a ser celebrada a partir de 28 de fevereiro de 1955, data de instalação do município. Recebe este nome em homenagem a um bravo cacique que, conforme conta a história, ao buscar alimento, percorria as selvas da Serra Geral, fazendo frente a um grupo de indígenas Coroados e lutando para proteger seu território das ameaças da colonização (PREFEITURA..., s/d).

Desta forma, por muito tempo o território do município serviu de espaço para tropeiro de gado, porém depois foi distribuído através da Coroa em sesmarias para que os tropeiros e os militares povoassem as estâncias. Através do trabalho árduo dos colonizadores, que transformaram as matas densas em lavouras férteis, a vila e a zona rural compuseram-se de imigrantes italianos oriundos das regiões do Vêneto, Lombardia e Trentino (PREFEITURA..., s/d).

Até meados da década de 1960, a agricultura de subsistência e a suinocultura eram a base da economia. A partir dos anos 1970, demarcou-se a monocultura, impulsionada pelo cooperativismo agrícola e mecanização das lavouras, bem como pela instalação de agências bancárias, alterando fortemente o perfil de produção no município. Porém, em razão de crise no setor, na década de 1980, uma nova mudança na atividade ocorreu a fim de atender a demanda das indústrias de alimentos instaladas em Marau, buscando uma maior diversidade na avicultura e na produção do leite (PREFEITURA..., s/d).

Observa-se que nas duas últimas décadas houve um avanço significativo do parque industrial de Marau, atendendo aos mais diversos setores, como alimentos, couros, equipamento para avicultura e suinocultura, metal mecânico, construção civil, trazendo grande impulso à economia e atraindo a população da região que busca bens e serviços (PREFEITURA..., s/d).

Além disso, atualmente o município possui mais de 40 mil habitantes, preservando cerca de 2.600 famílias na agricultura familiar através da produção de grãos, leite, aves e suínos. Merece destaque, também, aspectos da cultura e turismo, entre eles o Caminho das Águas, a Rota das Salamarias e o Festival Nacional do Salame (PREFEITURA..., s/d).

3.1. Linha histórica da origem e emancipação

1827: o território que até então fazia parte da província jesuítica chamada de Missões Orientais do Uruguai, formada por índios guaranis e coroados, começa a ser povoado por imigrantes estrangeiros e a partir disso origina-se Passo Fundo.

1845: o cacique Marau, chefe de um grupo de Coroados, morre em combate com os brancos às margens de um rio, o qual passou a ser chamado de Rio Marau, nome também dado às imediações do rio, povoadas por caboclos.

1857: foi criado o município de Passo Fundo, ao qual Marau era integrado.

1904: os descendentes dos imigrantes italianos iniciam a colonização do território hoje pertencente à Marau.

1908: o povoado do Tope, primeiro núcleo populacional de Marau, tinha 2.500 habitantes.

1912: constituiu-se “Colônia de Marau”.

10 de janeiro de 1916: Marau torna-se a sede do 5º Distrito 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 a vila e passa a ser a sede do 5º Distrito.

1923: surge o frigorífico Borella e Cia Ltda., marco da indústria marauense e fornecedor com destaque nacional de salame, presunto, mortadela e banha.

1934: os freis capuchinhos assumem a assistência espiritual dos marauenses, integrando tanto a zona urbana quanto a rural da comunidade e lideram seu desenvolvimento.

18 de dezembro de 1954: Marau emancipa-se com 1.055 km², desmembrados de Passo Fundo e Guaporé.

28 de fevereiro de 1955: data de comemoração do aniversário do município, quando o mesmo é instalado oficialmente.

17 de fevereiro de 1959: ocorreu a anexação de Camargo ao município de Marau, chegando a 1192 km². Dessa forma, Marau passa a contemplar três distritos: Marau, Maria e Camargo.

03 de junho de 1961: é criado o distrito de Nicolau Vergueiro e anexado ao município de Marau, passando a contemplar quatro distritos.

19 de dezembro de 1975: é criado o distrito de Frei Gentil e anexado ao município de Marau, constituído neste momento da história por cinco distritos.

08 de fevereiro de 1990: município de Marau e os distritos de Camargo e de Maria são desmembrados e estes dois últimos passam a ser considerados municípios.

20 de março de 1992: município de Marau e os distritos de Nicolau Vergueiro e Frei Gentil são desmembrados e estes dois últimos passam a ser classificados como municípios.

26 de dezembro de 1996: são criados os distritos de Laranjeiras e Veado Pardo e anexados ao município de Marau (PREFEITURA..., s/d).

4 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

4.1 Aspectos físico-territoriais

Como mencionado, Marau está localizado no limite sul da Região Norte do Rio Grande do Sul, região classificada como Planalto Médio e conhecida como “região da produção”. A área do município corresponde a 649,3 km², configurando 0,23% da área total do estado e 0,008% do território nacional. O município localiza-se a 269 km de Porto Alegre e a 28 km de Passo Fundo (mapa 1), município que é referência em serviços de saúde (PREFEITURA..., s/d).

Mapa 1 - Localização geográfica do município de Marau/RS



Fonte: GOOGLE MAPS, 2018.

Os limites geográficos do município, conforme o mapa 2 são: ao norte Passo Fundo e Mato Castelhano; ao sul as cidades de Vila Maria, Camargo e Soledade; ao leste Gentil e Santo Antônio do Palma; ao oeste Nicolau Vergueiro; ao noroeste Ernestina; e ao sudoeste, Ibirapuitã. A divisão territorial atual de Marau corresponde a vinte e quatro comunidades urbanas e três distritos, os quais compreendem quarenta e uma comunidades rurais (INSTITUTO..., 2014).

Mapa 2 - Limites do município de Marau/RS



Fonte: IBGE (2014)

Fonte: INSTITUTO..., 2014.

A altitude média é de 650 metros acima do nível do mar, sendo os pontos mais elevados a região de Tope e de São Pedro do Jacuí. O tipo de clima que predomina na região é temperado e a temperatura média anual é de 18° C (PREFEITURA..., s/d).

A estrutura geológica do solo do território que compreende o município é arenito basáltico, sendo que o tipo de solo prevalente é o lato solo roxo. As coxilhas são características predominantes do relevo, além dos aclives e penhascos em margens de rios (PREFEITURA..., s/d).

Os principais rios são: rio Capinguí, afluente do rio Guaporé, que corta o município de norte a sul, e tem como afluentes os Arroios Gritador e Burro Preto; Rio Jacuí, localizado ao norte, na divisa com Passo Fundo, no qual foi construída a barragem de Ernestina e tem como afluentes os Arroios Ernestina, Três Passos e Carreta Quebrada; e Rio Marau, que contorna a cidade nos lados leste e sul e é formado pelos rios Marauzinho e Sesteada, desaguando no rio Capinguí (PREFEITURA..., s/d).

Além disso, Marau possui em seu território rural algumas cascatas, como a Cascata da Pedra Grande (a 30 km da cidade), a Cascata do Cachoeirão (a 10 km da cidade, com queda d'água de 30 m de altura), a Cascata do Rio Tigre (a oito quilômetros da cidade), a Cascata da Ponte (a 15 km da cidade), a

Cascata dos Tibola (a 16 km da cidade) e a Cascata do Tope (a 23 km da cidade) (PREFEITURA..., s/d).

4.2 Aspectos demográficos

O município de Marau tem população estimada de 41.059 habitantes (INSTITUTO..., 2017), entretanto, de acordo com o último censo oficial do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizado para o município de Marau em 2010, a população era de 36.364 habitantes, dos quais 18.030 eram homens e 18.334 eram mulheres. A população urbana corresponde a 31.558 habitantes, enquanto a rural é de 4.806 habitantes, sendo a densidade demográfica do município de 56,00 hab/km². Além disso, pode-se observar (tabela 1) que a população é predominantemente da cor branca (PREFEITURA..., 2017b).

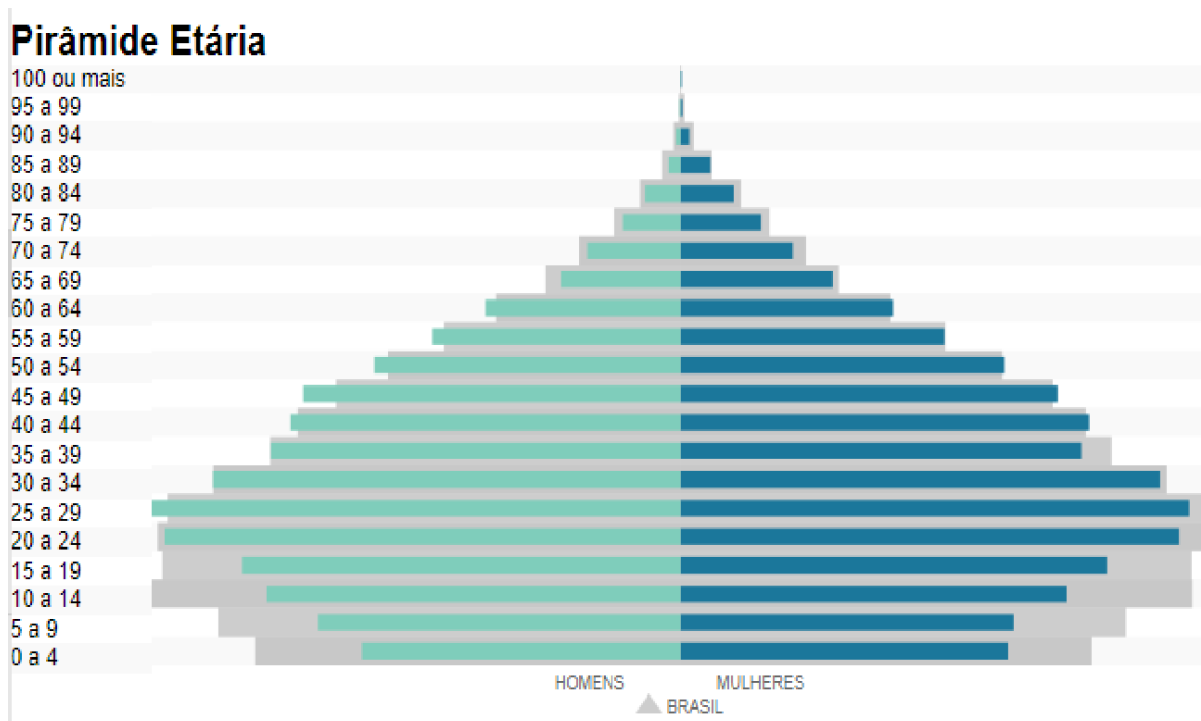
Tabela 1 - Número e proporção da população de Marau/RS segundo a autodeclaração de cor/etnia

População do último Censo (ano 2010)	Qte	%
Branca	31.835	88,86%
Preta	776	1,91%
Amarela	160	0,39%
Parda	3.583	8,82%
Indígena	10	0,02%
Sem declaração	0	0,00%

Fonte: PREFEITURA..., 2017b

Através da pirâmide etária do município (gráfico 1) é possível observar a distribuição da população nas diferentes faixas etárias e a divisão entre os sexos. Evidencia-se os estreitamentos da base e do topo da pirâmide, correspondentes à população mais jovem (0-14 anos) e à população idosa (acima de 60 anos), sendo que o trecho mais estendido é referente à população adulta (15-49 anos).

Gráfico 1 - Pirâmide etária do município de Marau



Fonte: INSTITUTO..., 2017

O porte de Marau, de acordo com o número de habitantes, apresenta-se na 56ª posição em relação ao número da população dos demais 497 municípios do estado, enquanto que em comparação aos demais municípios do Brasil, encontra-se na posição 844 dentre os 5.570 municípios brasileiros. De acordo com sua densidade demográfica, coloca-se na 105ª posição de município mais denso no estado do Rio Grande do Sul e, a nível nacional, passa a ocupar a posição 1301. (INSTITUTO..., 2017)

4.3 Habitação e infraestrutura

De acordo com o IBGE (2017), o município de Marau apresenta 12.177 domicílios particulares permanentes, sendo 10.635 destes em zona urbana. Do total, 87,2% dos domicílios possuem esgotamento sanitário adequado, 10.134 domicílios acessam a rede geral de abastecimento de água, 11.947 domicílios possuem coleta de lixo e 12.167 domicílios possuem acesso à rede elétrica.

De todos os domicílios no município, 86,8% estão localizados em vias urbanas públicas com arborização, mas apenas 32,4% possuem urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) (INSTITUTO..., 2017).

As habitações típicas do município de Marau estão expostas na fotografia 1 abaixo.

Fotografia 1 - Habitações típicas do município de Marau/RS



Fonte: PREFEITURA..., s/d

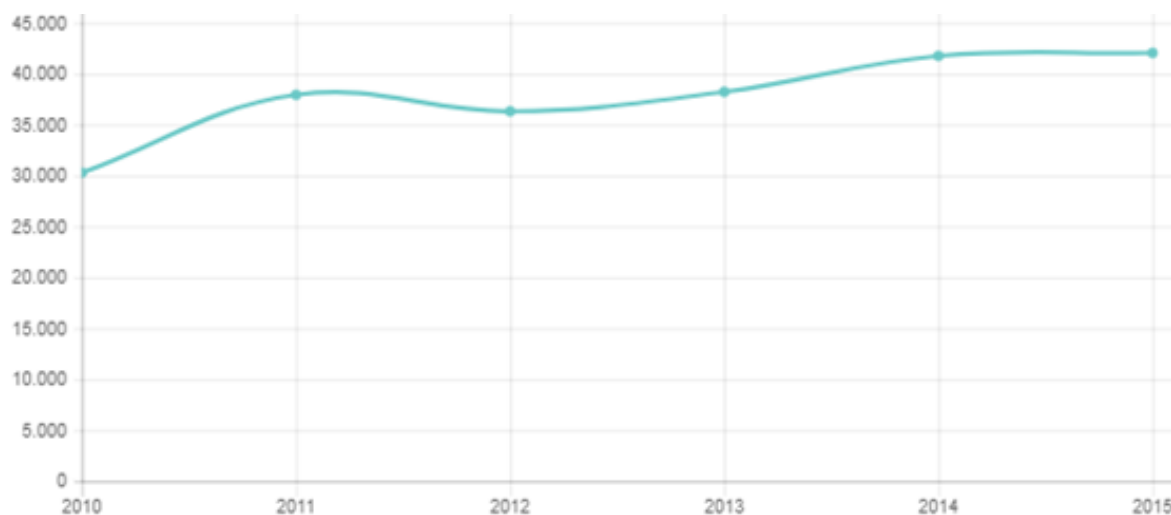
4.4 Aspectos socioeconômicos

O município se destaca pelo crescimento econômico, com Produto Interno Bruto (PIB) correspondente a R\$ 1.691.509,00 (INSTITUTO..., 2015), sendo que a indústria (principalmente frigorífica, metal-mecânica e couros) corresponde a 45,5% de participação na economia do PIB, seguido pelo setor de serviços (35,7%). A agricultura se mantém como setor importante, empregando uma parcela significativa dos trabalhadores (DEPARTAMENTO..., 2010).

Além disso, nos últimos anos houve aumento no valor do PIB per capita. Em 2014, o PIB per capita do município era de R\$ 41.627,49. Já em 2015 passou a ser de R\$ 42.104,57. Como visto anteriormente, estes dados podem ser relacionados às fortes influências econômicas do setor agropecuário, industrial e de serviços, os quais garantem a integração da cadeia produtiva local, gerando não somente um alto valor agregado, mas, também, emprego e renda, possibilitando que o comércio seja relevante na composição do PIB (FERNEDA

et al., 2015). No gráfico 2 a seguir pode-se visualizar o crescimento do PIB per capita ao longo dos anos.

Gráfico 2 - PIB per capita no município de Marau/RS entre os anos de 2010 e 2015 (Unidade: R\$)



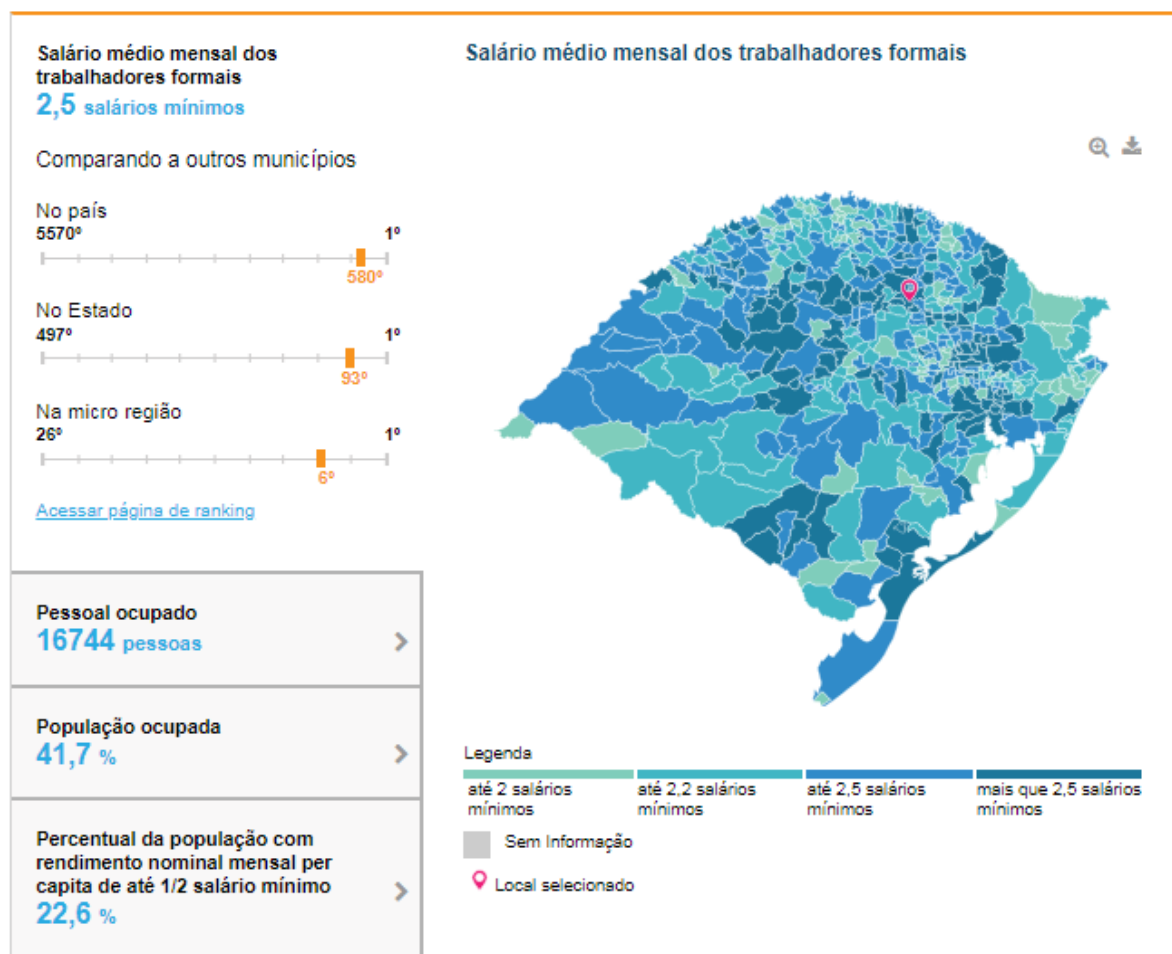
Fonte: INSTITUTO..., 2017

Esses dados influenciam diretamente a qualidade de vida da população marauense, uma vez que impulsionam investimentos que trazem resultados positivos na vida cotidiana dos moradores.

4.4.1 Emprego e rendimento

Em 2015, o salário médio mensal dos trabalhadores formais era de 2,5 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 41,7%. Ao comparar com os outros municípios do estado, ocupava as posições 93 e 37 de 497, respectivamente, para esses parâmetros, enquanto que na comparação às demais cidades do país, ficava na posição 580 e 163 de 5570, respectivamente. Os domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa representavam 22,6% da população, o que o colocava na posição 406 de 497 dentre as cidades do estado e em 5422 de 5570 dentre as cidades do Brasil (INSTITUTO..., 2017), como pode ser visto na figura 1.

Figura 1 - Comparação dos índices de emprego e rendimento do município de Marau com os do estado e do país.



Fonte: INSTITUTO..., 2017

5 ASPECTOS EDUCACIONAIS

5.1 História da educação de Marau

Segundo dados históricos apresentados por Bernardi (1992) em seu livro intitulado “História de Marau: uma comunidade laboriosa”, o mais antigo estabelecimento de ensino da comunidade e primeira escola implantada foi a Escola Estadual de I Grau Charrua, criada em 20 de março de 1934. Entrou em funcionamento no dia dois de outubro do mesmo ano, existindo até os dias atuais. Entretanto passou por reformas em suas instalações, garantindo a ampliação da oferta de vagas. Atualmente atende seus alunos nos turnos matutino e vespertino, atuando na modalidade de Ensino Fundamental com duração de nove anos (BERNARDI, 1992).

A segunda escola instalada no centro da cidade, hoje considerada a mais antiga da rede particular, foi a Escola Cristo Rei. Com fundação no ano de 1938, atendendo, na época, 80 alunos do ensino primário (1ª a 4ª séries). Também passou por diversas reestruturações, tanto em nível material como na oferta das modalidades de ensino. Hoje o Colégio Franciscano Cristo Rei atende a Educação Infantil, o Ensino Fundamental com duração de nove anos e o Ensino Médio (BERNARDI, 1992).

Na década de 60, por haver problemas, especialmente de ordem disciplinar, no único ginásio do Município, o Ginásio Estadual Santo Tomás de Aquino, a comunidade organizou uma campanha e trouxe os irmãos da Sagrada Família, os quais foram responsáveis pela instalação de um novo ginásio no local em que antes funcionava uma fábrica de calçados. Esta escola funcionou até o ano de 1957 e, com seu fechamento, os irmãos transferiram-se para Vila Maria. No ano de 1991 retornaram a Marau, reabrindo a Escola de 1º e 2º Grau Gabriel Taborin, com funcionamento em um prédio cedido pela Prefeitura na Escola de Ensino Fundamental Pedro Rigo, no Bairro São Pelegrino. Atualmente, com a construção das novas dependências da escola Taborin, hoje conhecida como Colégio Gabriel Taborin, mantém suas funções escolares, oferecendo à comunidade Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio. Além disso, nas mesmas dependências é oferecido o Ensino Superior, através de uma parceria com a instituição Faculdades da Associação Brasileira de Educação (FABE) (BERNARDI, 1992).

A terceira escola implantada em Marau foi a Escola de 1º e 2º Grau Santo Tomás de Aquino. Esta foi criada em 1957, através da Campanha Nacional de Educandários Gratuitos, sob o nome de Ginásio Pio XII. Foi o primeiro ginásio

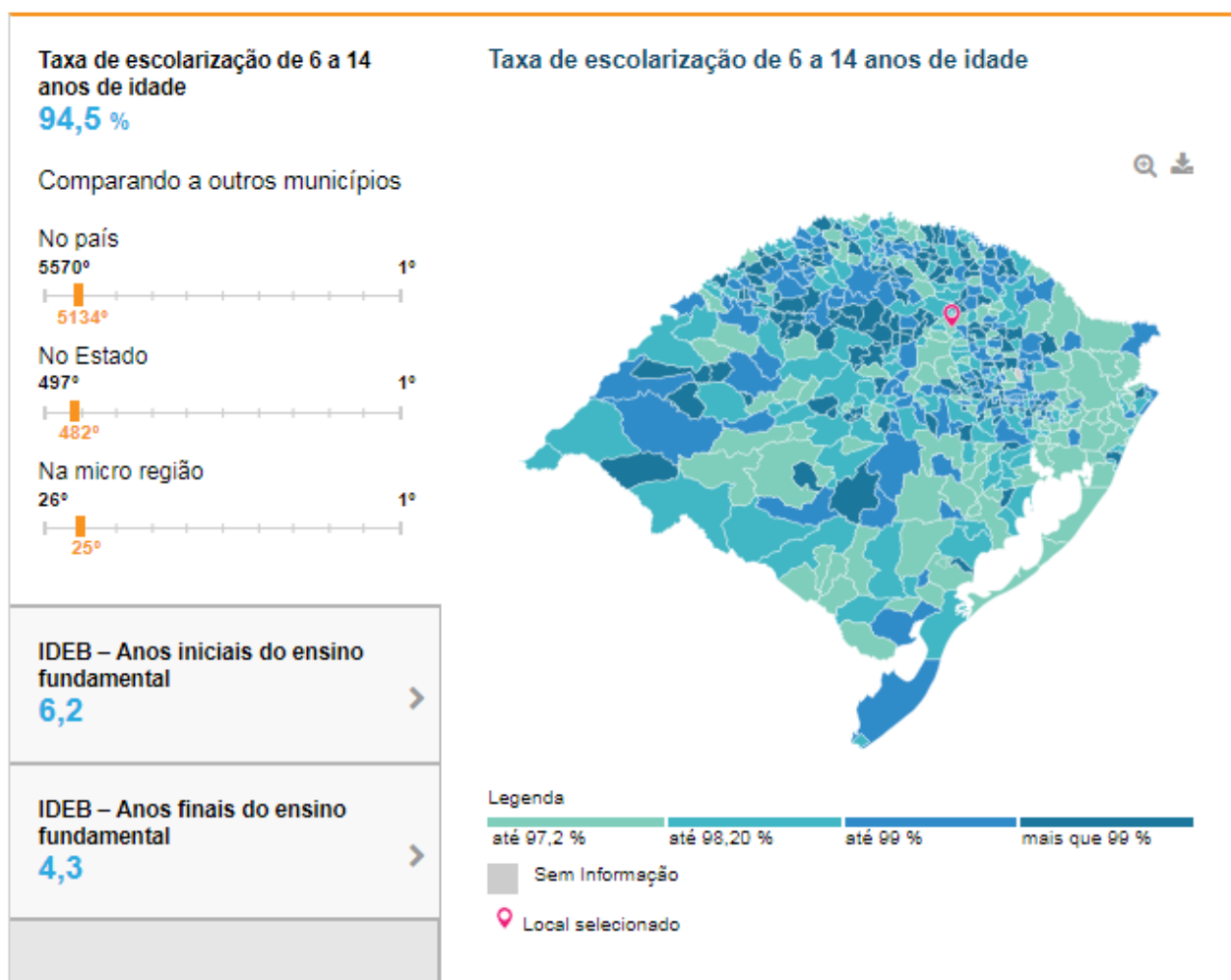
de Marau. Pelo decreto número 9.413, datado em 8 de outubro de 1958, foi assumido pelo Estado, tornando-se escola pública. Hoje denomina-se Instituto Estadual Santo Tomás de Aquino (IESTA) (BERNARDI, 1992).

A mais recente escola, sendo a quarta criada no município, foi então denominada a Escola Estadual de 1º Grau Anchieta, criada em 14 de março de 1979. Esse ato foi devido ao desmembramento do Grupo Escolar Charruas. A escola passou a ocupar o prédio B, localizado na Rua Rui Barbosa, o mesmo prédio antes ocupado pelo Ginásio Santo Tomás de Aquino. Segundo Bernardi (1992), no ano de 1981 foi criado o 1º grau completo e, em 1992 figurava como a maior escola do município, atendendo aproximadamente 1000 alunos. Hoje é denominada Escola Estadual de Ensino Médio Anchieta (BERNARDI, 1992).

5.2 Educação: realidade atual

Atualmente, a educação no município de Marau é atendida por três redes de ensino: municipal, estadual e privado. De acordo com Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) de 2015, obtido através da avaliação dos alunos do município de Marau e disponibilizado pelo IBGE, os estudantes do ensino fundamental da rede pública tiveram nota média de 6.2 no IDEB, enquanto os alunos do ensino médio tiveram média de 4.3. Na comparação com os demais municípios do Rio Grande do Sul, a nota dos alunos do ensino fundamental coloca Marau na posição 108 de 497 e para os alunos do ensino médio, a posição passa a ser 165. A taxa de escolarização na faixa etária de 6 a 14 anos era de 94,5% em 2010, conforme é demonstrado na figura a seguir (INSTITUTO..., 2017).

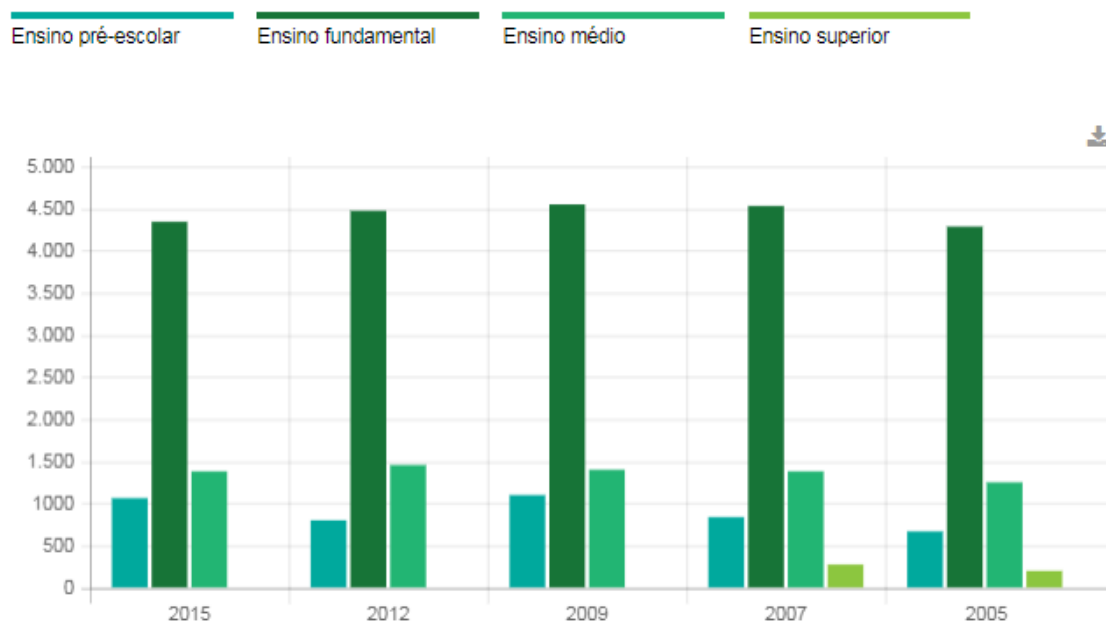
Figura 2: Comparação dos índices de educação do município de Marau com os do estado e do país



Fonte: INSTITUTO..., 2017

Além disso, segundo o Censo Educacional de 2015, há outros dados referentes à educação de Marau que podem ser mencionados, tais como número de alunos matriculados nos diferentes níveis de ensino das escolas do município (gráfico 3), o número de docentes disponíveis para cada nível de ensino ofertado e o número de escolas que oferecem estes níveis de ensino (quadro 1).

Gráfico 3 - Número de matrículas nos diferentes níveis de ensino no município de Marau entre os anos de 2005 e 2015

Matrículas (Unidade: matrículas)

Fonte: INSTITUTO..., 2015

Quadro 1 - Dados referentes à educação em Marau nos anos de 2010 ou 2015

Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade [2010]	94,5 %
IDEB – Anos iniciais do ensino fundamental [2015]	6,2
IDEB – Anos finais do ensino fundamental [2015]	4,3
Matrículas no ensino fundamental [2015]	4.352 matrículas
Matrículas no ensino médio [2015]	1.383 matrículas
Docentes no ensino fundamental [2015]	326 docentes
Docentes no ensino médio [2015]	111 docentes
Número de estabelecimentos de ensino fundamental [2015]	17 escolas
Número de estabelecimentos de ensino médio [2015]	4 escolas

Fonte: INSTITUTO..., 2015.

5.3 Estrutura de educação do Município

O principal instrumento norteador de ações na área da educação no município de Marau é o Plano Municipal de Educação (PME), aprovado em 2014. O PME possui vigência de dez anos e preconiza metas importantes nesse âmbito, como a erradicação do analfabetismo, melhora da qualidade do ensino e a valorização dos profissionais da educação. Através do plano garante-se que as metas propostas sejam cumpridas, uma vez que há monitoramento contínuo e avaliações periódicas. Além disso, o PME contempla estratégias que asseguram a articulação das políticas educacionais com as demais políticas sociais/culturais, garantem o atendimento das necessidades específicas na educação especial e promovem a articulação interfederativa na implementação das políticas educacionais. (PREFEITURA..., 2015).

Atualmente, Marau oferece aos seus habitantes escolas de ensino infantil e fundamental, enquanto que o estado custeia o ensino fundamental e médio. Além disso, há escolas de ensino privado para todos os módulos de ensino que, inclusive, contemplam o ensino superior, ensino complementar, ensino especial e ensino profissionalizante. A tabela 2 que segue mostra as instituições de ensino, suas respectivas redes e o número de alunos atendidos nas diferentes modalidades.

Tabela 2 - Instituições de ensino do município de Marau/RS, apresentando o número de estudantes matriculados em cada modalidade de ensino oferecido no ano de 2014

ESCOLA	NÚMERO DE ALUNOS						Total
	E d. Inf	Ens.Fun d. 1º ao 5º	Ens.Fun d. 6º a 8º ano e 8ª série	Ensino Médio	Ensino Superior	Pós Grad	
IESTA (estadual)	-	103	208	708	-	-	1019
EEEM Anchieta	-	178	219	620/109EJ A	-	-	1126

EEEF Charruas	-	226	177	-	-	-	40 3
EEEF Herzelino David Bordin	-	100	90	-	-	-	19 0
Colégio Gabriel Taborin (privado)	75	166	136	57	-	-	43 4
FABE	-	-	-	-	263	59	32 2
Colégio Francisca no Cristo Rei (privado)	119	170	109	38	-	-	43 6
IDEAU	-	-	-	49EJA/67 T	56	-	17 2
EMEF Afonso Volpato	-	291	210	-	-	-	50 1
EMEF Agostinho Mistura	9	51	-	-	-	-	60
EMEF Darvin Marosin	-	212	173	-	-	-	38 5
EMEF Elpídio Fialho	-	154	131	-	-	-	28 5

EMEF Ernesto Dornelles	12	40	26	-	-	-	78
EMEF Frei Benjamin	10	36	27	-	-	-	73
EMEF Henrique Dias	-	-	33	-	-	-	33
EMEF Hygino Coelho Portella	-	227	139	-	-	-	36 6
EMEF Honorino Pereira Borges	-	75	61	-	-	-	13 6
EMEF Pedro Rigo	-	104	82	-	-	-	18 6
EMEF Vinte de Fevereiro	-	270	152	-	-	-	42 2
SEJA	-	54	110	-	-	-	16 4
EMEI Cantinho do Coração	155	-	-	-	-	-	15 5
EMEI Favo de Mel	141	-	-	-	-	-	14 1

EMEI Sementinha	193	-	-	-	-	-	193
EMEI Tio Luiz	93	-	-	-	-	-	93
EMEI Pinto de Gente	202	-	-	-	-	-	202
EMEI Criança Feliz	175	-	-	-	-	-	175
EMEI Toca do Coelho	104	-	-	-	-	-	104
EMEI Mágico de Oz	195	-	-	-	-	-	195
EMEI Monteiro Lobato	223	-	-	-	-	-	223
EMEI Mundo Encantado	88	-	-	-	-	-	88
EMEI Pequeno Aprendiz	218	-	-	-	-	-	218
EMEI Sonho de Criança	132	-	-	-	-	-	132
TOTAL	2144	2457	2083	1648	319	59	8710

Fonte: PREFEITURA..., 2015

Além das instituições de ensino superior que constam na tabela (Faculdade da Associação Brasileira de Educação (FABE) e o Instituto de Desenvolvimento Educacional (IDEAU), o município possui outras duas, o Centro de Ensino Superior Riograndense (CESURGS) e a Faculdade Educacional da Lapa (FAEL), também há no município um Centro de Ensino com escolas para o atendimento da Educação de Jovens e Adultos (EJA), contemplando as seguintes instituições de ensino: Escola Estadual de Ensino Fundamental e Médio Anchieta, na modalidade presencial; Escola Municipal de Ensino Fundamental Honorino Pereira Borges – Serviço de Educação de Jovens e Adultos (SEJA), com funcionamento em sede própria e modalidade presencial; e CESURG e IDEAU, na modalidade de EJA, atendendo 49 alunos (PREFEITURA..., 2015).

Além das diversas opções de ensino disponibilizadas, muitos estudantes se deslocam para buscar estudos de nível superior no município de Passo Fundo, onde há maior variedade de cursos de graduação e pós-graduação. Dentre as universidades encontra-se a Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), única universidade pública da região, que disponibiliza o curso de graduação em medicina e as residências médicas e multiprofissionais (pós-graduações lato sensu) (UNIVERSIDADE..., 2018). Outra instituição pública que oferece ensino superior em Passo Fundo é o Instituto Federal Sul-Rio-Grandense. Para possibilitar o acesso às opções de ensino disponibilizadas neste município, a Prefeitura de Marau fornece transporte gratuito aos estudantes cadastrados (PREFEITURA..., 2003).

5.4 Educação complementar

Um grande diferencial na cidade de Marau são as modalidades de educação, cultura e lazer disponíveis para as crianças e jovens, que servem como uma opção para preencher o turno inverso ao ensino escolar. Entre essas estão os programas e projetos:

- *Programa Integração da AABB Comunidade*: criado em 1998 pela Prefeitura, Secretaria de Educação, Fundação Banco do Brasil, FENABB e o Banco do Brasil agência local, possuindo como objetivo contribuir para a inclusão social, a não repetência e a permanência de crianças e adolescentes na

escola, integrando família, escola e comunidade. Este programa é considerado o maior projeto do Brasil, destacando-se pela qualidade, quantidade de alunos e número de oficinas desenvolvidas (PREFEITURA..., 2015). Anualmente recebe em torno de 657 crianças e adolescentes em turno inverso à escola, onde têm a oportunidade de participar de oficinas que envolvem atividades culturais, esportivas, iniciação ao trabalho e profissionalizantes. São ofertadas as seguintes oficinas: mini confeitaria, culinária, artes, artesanato (bijuterias, biscuit, pintura em tecido, pintura em tela, crochê, mosaico), salão de beleza (manicure, pedicure, maquiagem artística e maquiagem), música, dança, teatro, xadrez, marcenaria, futsal misto, handebol misto, voleibol misto, karatê, ginástica acrobática e rítmica, campeira e informática (FEDERAÇÃO, s/d).

- *Associação Shobu-kan de Karatê*: fundada em dezembro de 1988 pelo professor Juarez da Silva. Em seus anos de trabalhos educacionais no município de Marau já conquistou muitos títulos estaduais, nacionais e internacionais. Liderando o ranking gaúcho desde o ano de 2000, passou a ser considerado o polo mais importante de karatê do Sul brasileiro. A Associação Shobu-kan é um projeto do governo municipal, Secretaria de Esporte, Cultura e Lazer e do Instituto Estadual Santo Tomás de Aquino (IESTA). Além disso, é uma parceria com a Secretaria Municipal de Educação e Fundação Banco do Brasil, com a qual organiza uma oficina de karatê que atende crianças no Projeto AABB Comunidade (PREFEITURA..., 2018).
- *Projeto Bombeiro Mirim*: criado no ano de 2001 com o lema: “Prevenir, Combater, Salvar e Educar”. Tem o objetivo de proporcionar conhecimento teórico e prático aos Bombeiros Mirins sobre prevenção de acidentes domésticos e incêndios, combate a incêndios e primeiros socorros, bem como inculcar nas crianças valores sociais como convivência comunitária, espírito voluntariado, ética, disciplina e respeito ao meio ambiente, lhes permitindo uma visão de mundo de acordo com as responsabilidades sociais que se exige de cada cidadão. O projeto estende-se dos meses de março a dezembro de cada ano. A presença é cobrada como forma de inculcar nas crianças os valores de responsabilidade e disciplina (PREFEITURA..., 2015).

- *Projeto Brigada Militar Mirim*: iniciou suas atividades em 2010, com o lema “Em Defesa da Cidadania”. Objetiva inserir as crianças no convívio social da comunidade, como um instrumento de apoio ao cidadão, na orientação, prevenção e disciplina, proporcionando, ao mesmo tempo, uma visão de que são integrantes importantes na sociedade (PREFEITURA..., 2015).
- *Grupo Escoteiro Cacique Marau*: está registrado na União dos Escoteiros do Brasil (U.E.B.) sob o nº 125 - Região do Rio Grande do Sul, tendo sido criado em 23 de abril de 1977, em comemoração ao dia do escoteiro. O Grupo contribuiu com a educação e formação de muitos jovens marauenses, que hoje atuam nos mais diversos setores da comunidade. O grupo, que tem sua sede localizada no Parque Municipal Lauro Riciéri Bortolon, participa de atividades, campanhas e serviços na comunidade marauense ou em outros municípios da região e do estado. Conta com uma estrutura de atendimento de crianças e jovens dos 6,5 aos 18 anos (PREFEITURA..., 2015).
- *Biblioteca Pública Municipal*: criada em 1960, seu acervo contém aproximadamente 15 mil obras. Está localizada no subsolo da Casa da Cultura, junto à Secretaria Municipal de Cultura, Esporte e Lazer, no centro do município de Marau (PREFEITURA..., 2015).

5.5 Educação profissionalizante

Tendo em vista que após a conclusão do ensino básico a profissionalização é o caminho de muitos jovens e adultos, Marau proporciona aprendizagem através de ensino teórico e prático para futuras profissões a serem seguidas pelos estudantes.

São instituições de educação profissionalizante em Marau: Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial - SENAI; Serviço Social da Indústria - SESI; Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial - SENAC; Serviço Social do Comércio - SESC; projeto AABB Comunidade; sindicatos; Secretaria Municipal de Assistência Social, que oferece cursos do Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico (PRONATEC); e Escola QI, uma escola profissionalizante, técnica e de pós-graduação, que atua no mercado de trabalho há 25 anos (PREFEITURA..., 2015).

5.6 Educação especial

Considerando que todas as diferenças humanas são normais e que o ensino deve adequar-se às necessidades de cada pessoa, a educação especial de Marau busca incluir tais necessidades de forma a educar crianças, jovens e pais. A Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), mantenedora da escola de Educação Especial Amor e Vida, foi fundada como instituição em 1979 por iniciativa do LIONS Clube, com apoio do poder público e da comunidade. A motivação se deu pela necessidade de oferecer atendimento em Marau a quem necessitava, uma vez que alguns alunos precisavam frequentar a APAE de Passo Fundo. Após muito trabalho e dedicação, o prédio foi concluído e a escola equipada, iniciando suas atividades em abril de 1987 com nove alunos. Desde então, a escola tem buscado atender as pessoas com deficiência intelectual e múltiplas, bem como alunos que apresentam espectro autista (ASSOCIAÇÃO..., 2018a).

Atualmente a escola atende não somente alunos do município de Marau, mas, também, de Nicolau Vergueiro, Vila Maria, Camargo e Nova Alvorada, totalizando 149 alunos. Tem por objetivo oferecer atendimento educacional especializado a crianças desde os primeiros meses de vida até a idade adulta, iniciando com o atendimento de estimulação essencial. A organização curricular na área pedagógica compreende: educação infantil, educação fundamental e preparação para o trabalho (ASSOCIAÇÃO..., 2018a).

Para o desenvolvimento desta proposta, a Escola de Educação Especial Amor e Vida conta com a colaboração de 20 professores, 11 técnicos (psicóloga, assistente social, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e neurologista), direção e equipe de apoio com seis profissionais. Esses profissionais oferecem, na área de reabilitação, atendimento clínico através de sua equipe multidisciplinar nas áreas de neurologia, psicologia, pedagogia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, fisioterapia e serviço social. Através dos profissionais técnicos são oferecidos os atendimentos de equoterapia, estimulação precoce e metodologia Snoezelen/MSE (ASSOCIAÇÃO..., 2018b).

Marau atende todos os alunos encaminhados pela APAE, além de realizar salas de Atendimento Especial Especializado (AEE) e atendimento especializado para cegos e pacientes com baixa visão, disponibilizando

intérprete de Libras. O município também oferece transporte gratuito aos que necessitam de atendimento na instituição. Entretanto, o grande desafio a ser enfrentado é operacionalizar o plano político pedagógico de inclusão escolar, de modo que todos os alunos possam aprender numa escola de qualidade de forma integrada (PREFEITURA..., 2015).

O município ainda conta com a Associação Marauense da Pessoa com Deficiência (AMPD), que foi fundada em 2012 com o lema: “Nada sobre nós, sem nós”. Esta associação tem a missão de promover condições e oportunidades de encontro e organização das pessoas com deficiência, bem como seus familiares, voluntários e colaboradores, desenvolvendo ações, serviços, programas e projetos para garantir os direitos dos pacientes com alguma deficiência nas áreas de saúde, educação e assistência social. É considerada uma organização de referência na área da Pessoa com Deficiência, atuando para o desenvolvimento integral do sujeito e contribuindo para a transformação social. Assume como valores ética, transparência, honestidade, participação, inclusão, defesa do direito, respeito, confiança, justiça, igualdade, protagonismo e amor (PREFEITURA..., 2015).

6 SISTEMA E REDE DE SAÚDE LOCAL E REGIONAL

6.1 Histórico da Saúde

Uma das primeiras ações em saúde realizadas no município de Marau foi a inauguração da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), no dia 11 de maio de 1988. Através da SMS é realizada a gestão das atuais doze Unidades de Saúde da Família, um posto de especialidades médicas e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Ressalta-se que, embora a criação do Programa Saúde da Família (PSF) tenha ocorrido ainda em 1993 (ROSA; LABATE, 2005), a implantação da primeira unidade ocorreu apenas em 2002. Conhecida hoje como Estratégia Saúde da Família, foi gradativamente ampliada até abranger 100% da população marauense, em 2013 (SILVA, 2012).

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) iniciou sua atuação em 1991, com o intuito de acompanhar e fiscalizar a criação do Plano Municipal de Saúde (PMS), premissa para recebimento de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS). Dentre as funções, descritas na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, o CMS deve atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, assegurando a que seja feita a correta distribuição dos recursos financeiros repassados para a gestão (BRASIL, 1990a).

Outro movimento importante iniciou-se em 2012, quando houve a descentralização do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), com sede em Porto Alegre, e iniciou-se em Marau o programa de Residência Multiprofissional com ênfase em Saúde da Família e Comunidade. Em 2013, deu-se início as atividades da primeira turma de residentes, desenvolvidas inicialmente na ESF Santa Rita e ESF Central III, sendo esta substituída pela ESF SJO. A partir de agosto de 2015 a Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, passou a assumir a coordenação da Residência, através da Portaria nº 911/GR/UFGS/2015 (UNIVERSIDADE..., 2015). No momento, a instituição conta com onze residentes, acompanhados pelas profissionais preceptoras das respectivas áreas de formação.

a. LINHA DO TEMPO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MARAU

1934: Chegada do primeiro médico, Dr. Elpídio Fialho e construção do hospital Providência.

1937: Inauguração do primeiro hospital.

1940: Inaugurada a primeira farmácia do município, a Farmácia da família Bergonsi, Santo Antônio, além da abertura do primeiro laboratório instalado no município.

1954: Emancipação do município.

1968: O atendimento aos pacientes se dava por meio de parteiras ou pelo setor privado.

1970: Construção do Hospital Cristo Redentor (HCR) e transferência do Hospital Providência.

1975: Criada a Sala de Vacinas e população passa a contar com atendimento do médico do Estado.

1978: Criação da Secretaria Municipal de Saúde.

1980: Ano em que houve alerta para a epidemia do HIV; substituição das parteiras por atendimento médico.

1985 – 1988: Criação da APAE.

1991: Criação do Conselho Municipal de Saúde.

1992: Concurso para admissão de profissionais da saúde.

1993: Início do atendimento da Farmácia Pública e criação do sindicato dos motoristas.

1996: Criação do Pronto de Atendimento Municipal (PAM) e troca da gestão municipal.

1997: Foram realizadas feiras de saúde no interior do município, com atendimento médico e odontológico.

1999: Contratação de nove profissionais pelo programa de Agentes Comunitários de Saúde.

2000: Primeira Conferência Municipal de Saúde.

2001: Mapeamento do município e início de atendimento com unidade móvel.

2002: Programa Saúde da Família (PSF) é instalado no bairro Fuga e abertura de edital para novo concurso público, além da criação do sindicato pró-saúde.

2003: PSF é instalado no Centro Social Urbano (CSU) e nos bairros Jardim do Sol, Santa Rita e Santa Lúcia, havendo atendimento garantido por médicos integrantes do PSF.

2004: Segunda Conferência Municipal de Saúde.

2005 – 2007: instalação do PAM no HCR e do CAPS, além da inauguração das ESF Central I, Central II e SJO. Neste período também foi aberto processo seletivo para contratação mais de Agentes Comunitários de Saúde.

2008: Alerta para a epidemia do crack, abertura de edital para novo concurso público, a fim de contratar profissionais para atuação nas ESF Planalto, Progresso Rural e Central III, classificando, assim, que cem por cento dos atendimentos públicos fornecidos aos municípios pertencem ao programa ESF.

2009: Quarta Conferência Municipal de Saúde e unificação dos hospitais do município. Houve um surto de febre amarela.

2013: Quinta Conferência Municipal de Saúde; alcance de 100% de cobertura da população de Marau pelas 12 ESF instaladas no município; início das atividades da primeira turma de residentes, inicialmente instaladas na ESF Santa Rita e ESF Central III, sendo esta segunda, mais tarde, substituída pela ESF São José Operário.

2015: A Universidade Federal da Fronteira Sul, campus de Passo Fundo, assumiu a coordenação da Residência, através da portaria Nº 0911/GR/UFFS/2015.

2016: Inauguração do Hospital São Lucas, hospital-dia privado (antigo Hospital Providência).

2017: Sexta Conferência Municipal de Saúde (PREFEITURA..., 2015).

b. CARACTERÍSTICAS ATUAIS DA SAÚDE NO MUNICÍPIO

Conforme dados apresentados na Conferência Municipal de Saúde realizada em maio de 2017, todas as 12 ESF do município contam com computadores com acesso à internet e a um sistema informatizado que dispõe de prontuário eletrônico para todos os usuários, onde é possível acompanhar a trajetória do paciente pela rede básica de saúde, permitindo cuidado continuado do mesmo (PREFEITURA..., 2017a).

Setenta e cinco por cento dos profissionais que atuam junto à saúde do município é concursado e os demais foram admitidos através do Processo Seletivo Simplificado (CLT). A partir do ano de 2016, a prefeitura de Marau atua ao lado de seus colaboradores incentivando a capacitação dos mesmos através da criação do plano de carreira (PREFEITURA..., 2017a).

Para compor as equipes que atuam nas ESF, o município assegurou a contratação de seis profissionais médicos do Programa Mais Médicos (PMM) e quatro médicos especialistas em medicina da família e comunidade (PREFEITURA..., 2017a).

As ESF de Marau realizam as seguintes atividades:

“Consultas médicas; consultas odontológicas; consultas psicológicas; consultas de enfermagem; atendimento ambulatorial; visitas domiciliares; atividades coletivas (grupos de gestantes, idosos, saúde bucal, hipertensos e diabéticos, entre outros); imunizações; vigilância epidemiológica; limpeza, desinfecção e esterilização de instrumental; planejamento familiar; pré-natal e puericultura; notificações; cadastramento de HIPERDIA; coleta citopatológica; administração de medicamentos (via IM, EV, Oral e Ocular); teste de glicemia capilar; monitoração 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.” (PREFEITURA..., 2017a, p. 9).

Durante o horário de expediente das ESF, também há atuação de uma equipe de apoio, localizada junto à Secretaria Municipal de Saúde, na UBS Especialidades. Os profissionais disponíveis são pediatras, ginecologistas e obstetras e clínicos gerais. O médico clínico geral atende às demandas agudas excedentes das ESF durante os períodos diurnos após encaminhamento pelas ESF. Para as especialidades, o encaminhamento também é necessário. Nesse mesmo espaço atuam clínicos gerais e pediatras em horário estendido (das 18 às 22h), garantindo atendimento à população nos horários em que as ESF encontram-se fechadas, atendendo às demandas agudas (PREFEITURA..., 2017a).

Marau dispõe de alguns profissionais contratados para atuação no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), sendo estes: dois psicólogos, um médico psiquiatra e uma farmacêutica. Entretanto nenhum desses profissionais desempenha ações designadas ao NASF; todos estão lotados em outras funções. Até pouco tempo integrava esta equipe uma nutricionista, que prestava

atendimentos individuais e em grupos em todas as ESF do município, realizando as atividades previstas para sua função em uma equipe de NASF (PORTAL DA TRANSPARÊNCIA, 2018). Até o momento, não há previsão de contratação de outro nutricionista.

A prefeitura assegura a contratação, via concurso público, de quatro farmacêuticas; há quatro atendentes e dois auxiliares administrativos via Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (PORTAL DA TRANSPARÊNCIA, 2018) e quatro farmacêuticas residentes através de convênio com a Residência Multiprofissional da UFFS. Ao todo atendem cerca de 350 usuários por dia. A rede de assistência farmacêutica conta com 215 medicamentos que compõem a lista básica da farmácia municipal. Apesar de haver uma lista de medicamentos disponíveis para acesso à população, não se constitui uma Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), pela inexistência de Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) e de aprovação da inclusão dos medicamentos por esta. Além disso, a lista de medicamentos não é disponibilizada de forma online para a população; para acesso às informações, é necessário que se desloquem a uma das farmácias do município.

Dentre os profissionais de saúde do município, a tabela 3 mostra o número de atendimentos realizados no mês de abril de 2017.

Tabela 3 - Número de atendimentos realizados pelos diferentes profissionais no município de Marau no mês de abril de 2017

Núcleo profissional	Atendimentos em abril/2017
Médicos das ESF	6.320
Ginecologista	362
Pediatra	298
Saúde Mental	51
Psicólogas	391
Enfermeiras	1.664
Técnicos de Enfermagem	2.439

Dentista	520
Apoio	339
Horário estendido	341

Fonte: PREFEITURA..., 2017a

Em Marau há 789,98 habitantes por médico, o que é superior às médias estadual (475,65 habitantes por médico) e federal (552,40 habitantes por médico) (TRIBUNAL..., 2010). As visitas domiciliares são feitas pelos profissionais, em média 0,45 vezes por mês para cada família no município de Marau, média superior ao estado do Rio Grande do Sul (0,19), porém inferior à encontrada no país (0,48) (TRIBUNAL..., 2007).

Com a atuação dos profissionais, a expectativa de vida ao nascer no ano de 2010 era de 76,44 anos no município de Marau, sendo superior à média estadual, de 75,42 anos (TRIBUNAL..., 2010). Além disso, a mortalidade infantil em 2012 era de 12,35 crianças para cada 1.000 habitantes em Marau, com valor superior ao estado, que possuía média de 11,11 crianças para cada 1.000 habitantes (TRIBUNAL..., 2012).

A saúde do município recebe o apoio do Hospital Cristo Redentor (HCR), onde há leitos destinados aos usuários do SUS, encaminhados a partir das ESF (HOSPITAL CRISTO REDENTOR, 2018). O Hospital Providência também contribui com a saúde da população marauense, apesar de que somente por meios privados, não dispendo de atendimentos através do SUS. Marau possuía 300,32 habitantes por leito hospitalar em 2010, número inferior ao apresentado pelo estado (351,66) e pelo país (411,81) (TRIBUNAL..., 2010).

A prefeitura assegura vinte e três veículos para situações de emergência e para atividades desenvolvidas pelas unidades de saúde para com o seu território. Dentre estes veículos estão cinco ambulâncias e dois Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), quatro micro-ônibus, uma unidade móvel e 12 carros (PREFEITURA..., 2017a). Vinte e dois motoristas são contratados para atender às necessidades da SMS (PORTAL DA TRANSPARÊNCIA, 2018). Através desses serviços foram realizados 2.947 transportes para Passo Fundo, 251 transportes para Porto Alegre, 20 transportes para outros municípios, 1.938 transportes para consultas e exames, 242

transportes para realização de radioterapias, quimioterapias e hemodiálise e 767 atendimentos por ambulâncias somente no mês de abril de 2017 (PREFEITURA..., 2017a).

Alguns programas são desenvolvidos em conjunto entre a prefeitura municipal e a gestão em saúde. O Programa Nacional de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) tem por objetivo principal garantir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, assegurando um padrão de qualidade com maior transparência e efetividade das ações direcionadas à atenção básica de saúde. Em Marau, sete das 12 ESF estão vinculadas ao programa (PREFEITURA..., 2017a).

A Rede Cegonha é outro programa desenvolvido no município, que permite o acesso, acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal. Através deste é possível promover a vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto, tendo como lemas e objetivos, “gestante não peregrina” e “vaga sempre para gestantes e bebês”. Além disso, visa garantir a realização de um parto seguro, através de boas práticas de atenção, como por exemplo, a permissão de um acompanhante durante o momento do parto, sendo de livre escolha da gestante e, após o nascimento, é assegurado o acompanhamento da criança do zero aos 24 meses de vida, com qualidade e resolutividade (PREFEITURA..., 2017a).

O Programa Criança Feliz foi implantado em fevereiro de 2017 em substituição ao Programa Primeira Infância Melhor. Objetiva orientar as famílias para que promovam o desenvolvimento integral das crianças desde a gestação até os seis anos de idade (PREFEITURA..., 2017a).

Conforme dados disponibilizados pelo IBGE (2014), com base em informações do Ministério da Saúde e do DATASUS, é possível analisar o número total de óbitos ocorridos tanto em pacientes do sexo masculino quanto do feminino, assim como as diferentes causas expressas (tabela 4). Além disso, é possível acompanhar a taxa de mortalidade no município de Marau através dos anos (gráfico 4).

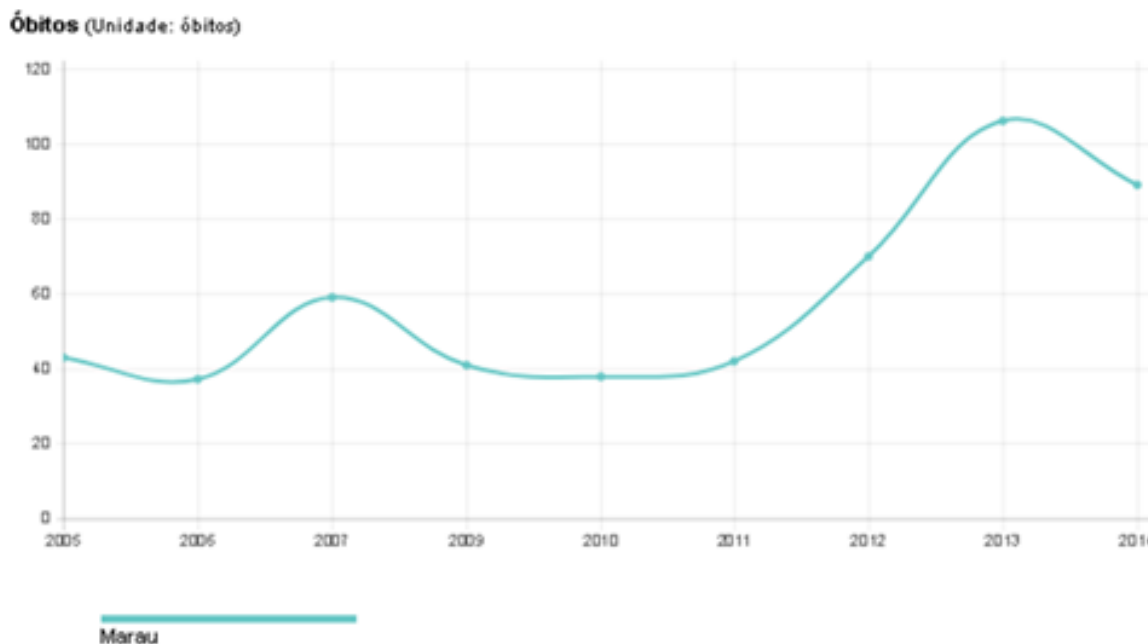
Tabela 4 - Número de óbitos pelas diferentes causas entre mulheres e homens no ano de 2014 no município de Marau

Causas	Mulheres	Homens
---------------	-----------------	---------------

Doenças do aparelho circulatório	7 óbitos	9 óbitos
Doenças do aparelho digestivo	2 óbitos	4 óbitos
Doenças do aparelho geniturinário	2 óbitos	3 óbitos
Doenças do aparelho respiratório	12 óbitos	9 óbitos
Doenças endócrinas, nutricionais ou metabólicas	0 óbitos	0 óbitos
Doenças originadas no período perinatal	0 óbitos	3 óbitos
Doenças de pele e do tecido subcutâneo	1 óbito	0 óbitos
Doenças relacionadas ao sangue	1 óbito	0 óbitos
Doenças infecciosas e parasitárias	5 óbitos	6 óbitos
Óbitos relacionados à gravidez, parto e puerpério	0 óbitos	0 óbitos
Óbitos por lesões ou envenenamentos	3 óbitos	0 óbitos
Óbitos por malformações ou anomalias cromossômicas	0 óbitos	1 óbito
Neoplasias e tumores	10 óbitos	10 óbitos
Óbitos por transtornos mentais e comportamentais	0 óbitos	0 óbitos
Dados Gerais	43 óbitos	46 óbitos

Fonte: INSTITUTO..., 2014

Gráfico 4 - Taxa de mortalidade no município de Marau entre os anos de 2005 e 2014



Fonte: INSTITUTO..., 2014

Segundo dados obtidos pelo Sistema de Informações de Agravos de Notificação (BRASIL, 2017d) alguns indicadores epidemiológicos registrados no município de Marau podem ser adicionados aos demais parâmetros já mencionados. O primeiro indicador a ser analisado é o índice de violência doméstica, sexual ou outros tipos de violência, sofridas tanto pelo sexo masculino quanto pelo feminino. Os dados mostram que o sexo feminino é o mais afetado (gráfico 5).

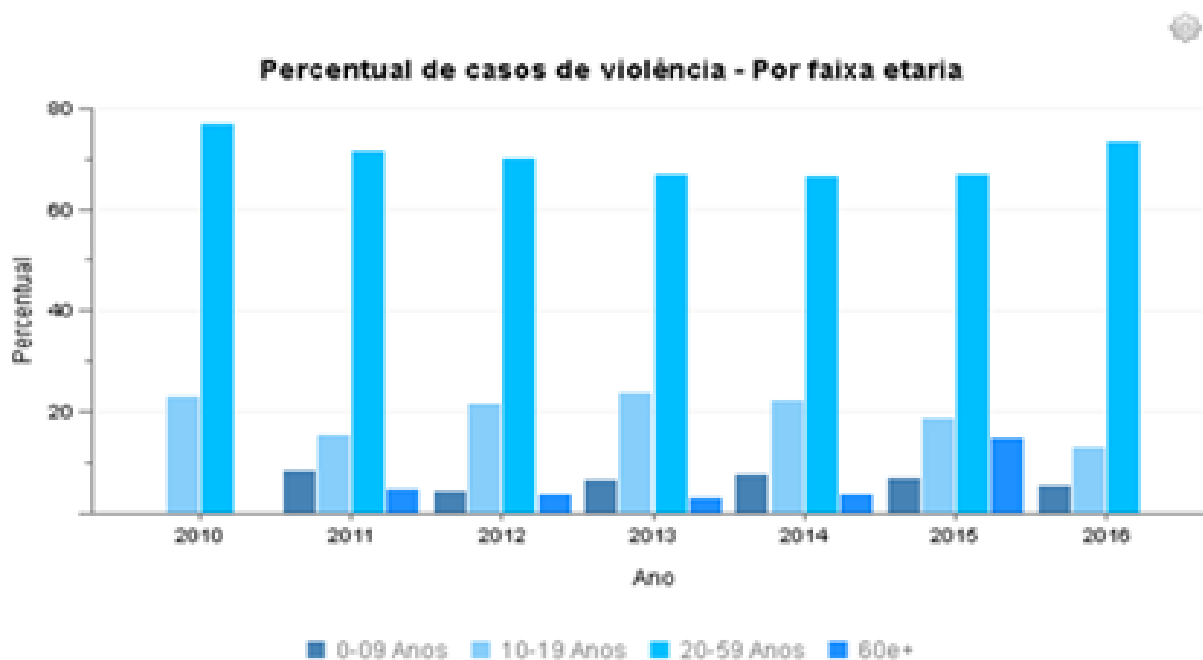
Gráfico 5 - Percentual de violência doméstica, sexual ou de outros tipos sofridas pelo sexo masculino e feminino no município de Marau entre os anos de 2010 e 2016



Fonte: BRASIL, 2017d

Como consequência do primeiro indicador, o SINAN apresenta também a distribuição da violência conforme a faixa etária, demonstrando que as pessoas com idade entre 20 e 59 anos são as mais afetadas (gráfico 6).

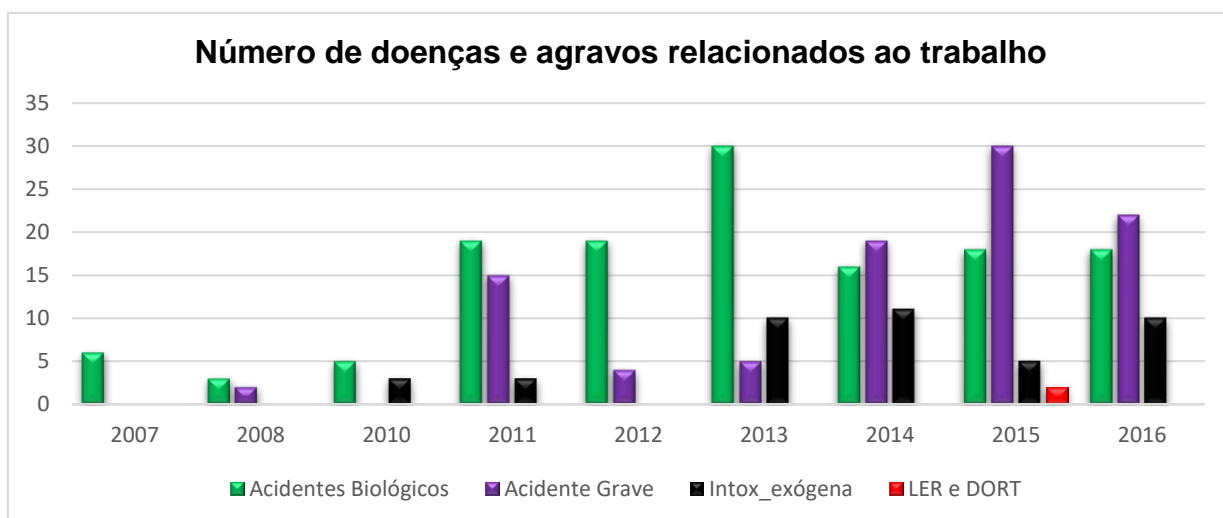
Gráfico 6 - Percentual de casos de violência por faixa etária no município de Marau entre os anos de 2010 e 2016



Fonte: BRASIL, 2017d

Outro indicador revela dados sobre a saúde do trabalhador marauense, apresentando o número de doenças e agravos relacionados ao trabalho, tais como a taxa de acidentes biológicos, de acidentes graves, de lesões por esforço repetitivo (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) e de intoxicação exógena. Dentre estes fatores, os que se destacaram e se mostraram elevados foram os acidentes biológicos e graves e os quadros de intoxicação exógena (gráfico 7).

Gráfico 7 - Número de doenças e agravos relacionados ao trabalho no município de Marau entre os anos de 2007 e 2016



Fonte: BRASIL, 2017d

c. GESTÃO EM SAÚDE

i. Investimentos em saúde

Os investimentos feitos no município envolvem diversas áreas. No primeiro bimestre do corrente ano, os investimentos da Prefeitura Municipal de Marau são os mostrados na tabela 5.

Tabela 5 - Despesas gerais do município de Marau no primeiro bimestre do ano de 2018

Órgão e Unidade Orçamentária	Dotação Autorizada	Empenhado	Liquidado	Pago
2-GABINETE DO PREFEITO	2.783.900,00	993.846,75	513.884,39	397.103,04
3-SECR. MUN. ADMINISTRAÇÃO	6.049.594,23	2.212.179,10	947.509,15	695.871,88
4-SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCACAO	45.680.724,16	12.624.095,46	6.502.080,30	5.294.041,12
5-SEC MUNIC CIDADE, SEGURANÇA E TRANSITO	17.956.252,63	6.928.386,70	2.630.533,34	1.818.896,51
6-SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE	28.501.979,79	9.769.238,84	5.173.289,34	3.897.847,70
7-SECR MUN DA AGRICULTURA E DESENVOLVIMENTO RURAL	7.624.000,00	1.770.841,88	740.476,53	569.009,87
8-SECR. DE DESENV. ECONÔMICO, TURISMO E MEIO AMBIENTE	2.465.520,11	646.349,06	257.420,39	206.376,57
9-SECR MUN DA FAZENDA	1.441.000,00	303.638,45	206.858,45	170.531,59
10-SECR. MUN. DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL	2.972.764,80	849.527,58	401.287,22	285.777,30
11-SECR. MUN. CULTURA ESPORTE E LAZER	1.924.465,77	843.819,52	499.577,88	405.414,37
12-SECR. MUN. HABITAÇÃO E REGULARIZAÇÃO FUNDIÁRIA	1.446.188,00	342.977,97	96.394,38	68.256,50
13-OPERAÇÕES ESPECIAIS	5.389.829,74	1.487.939,68	552.076,13	456.324,71
Total	124.236.219,23	38.772.840,99	18.521.387,50	14.265.451,16

Fonte: TRIBUNAL..., 2018

Os investimentos feitos na área da saúde nesse período corresponderam a 27,9% do total (TRIBUNAL..., 2018), os quais foram divididos entre os investimentos descritos na tabela 6.

Tabela 6 - Despesas em saúde do município de Marau no primeiro bimestre do ano de 2018

Programa	Código	Valor Liquidado	%
Atenção Básica a Saúde	114	2.284.483,77	44,16
Saúde de Média e Alta Complexidade	115	1.730.940,22	33,46
Gestão Municipal da Saúde	4	994.559,41	19,22
Assistência Farmacêutica	116	86.391,58	1,67
Vigilância em Saúde	117	76.914,36	1,49
		5.173.289,34	100,00

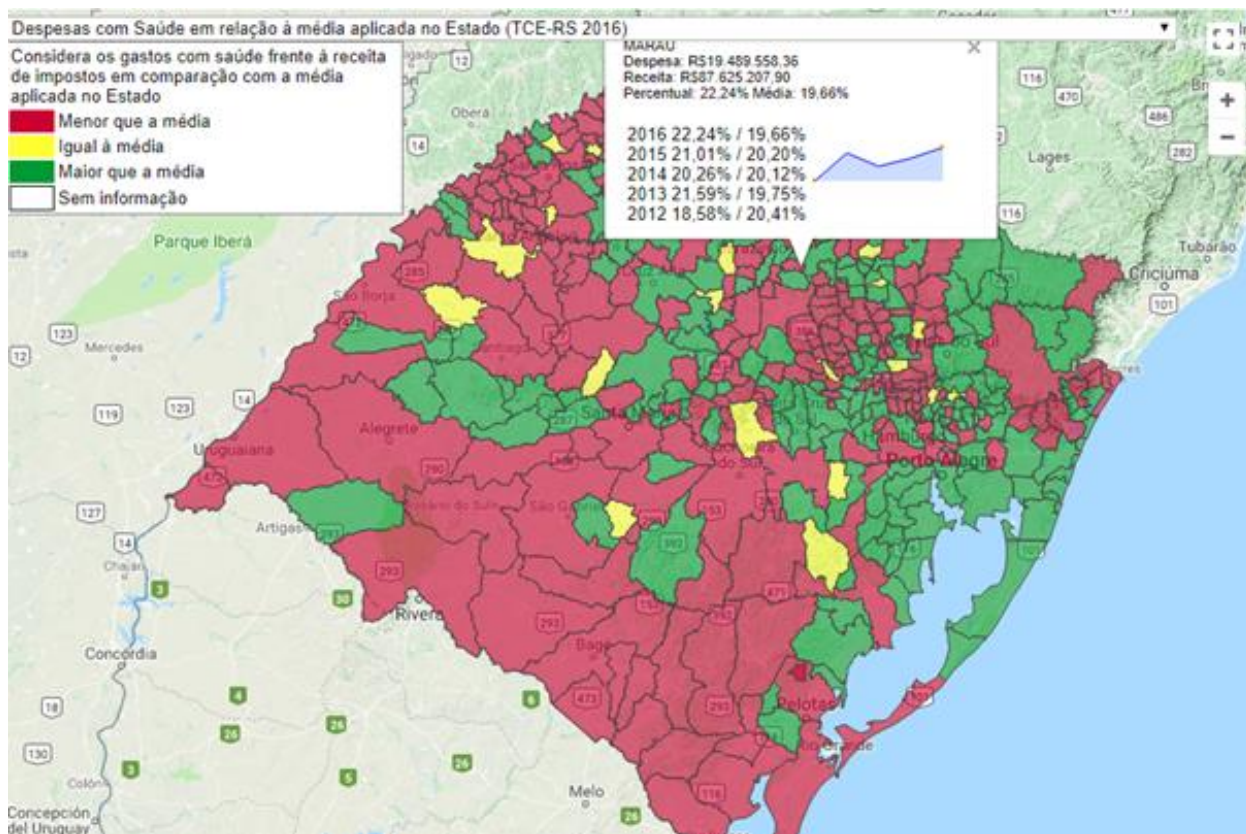
Fonte: TRIBUNAL..., 2018

Através desses dados é possível perceber que a área da saúde é privilegiada quanto aos investimentos feitos no município, já que este investe

percentual muito além do mínimo exigido pela legislação. Além disso, percebe-se que a atenção básica é o setor que mais recebe investimentos da Prefeitura Municipal de Marau.

Marau é um dos muitos municípios que investiu maior porcentagem dos recursos na área da saúde do que a média geral do estado no ano de 2016, como pode ser visto na figura 3 abaixo, através de comparação entre os investimentos feitos com os demais municípios e com o estado do Rio Grande do Sul.

Figura 3 - Despesas com saúde no município de Marau/RS em relação à média aplicada no Estado em 2016



Fonte: TRIBUNAL..., 2016

d. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

De acordo com a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), os sistemas de informação em saúde são instrumentos padronizados de monitoramento e coleta de dados, que têm como objetivo o fornecimento de informações para análise e melhor compreensão de importantes problemas de saúde da população, subsidiando a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal (BRASIL, 2008a).

A Secretaria Municipal de Saúde de Marau utiliza diversos sistemas de informação, os quais foram desenvolvidos pelo DATASUS, como: Sistema de Cadastramento de Usuários do SUS (CADSUS) (DEPARTAMENTO..., 2018a); Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) (BRASIL, 2015); Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM (BRASIL, 2008a); Sistema de Informações de Nascidos Vivos – SINASC (BRASIL, 2008a); Sistema de Informações de Agravos de Notificações – SINAN (BRASIL, 2008a); Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações – SI-PNI (BRASIL, 2008a); Sistema de Informações do Câncer – SISCAN (BRASIL, 2017c); Sistema de Informações de Pré-natal – SISPRENATAL (BRASIL, 2008d); Sistema de Informação de Regulação – SISREG (BRASIL, 2015); Sistema de Informações Hospitalares – SIH (BRASIL, 2015); Sistema de Informações Ambulatorial – SIA (BRASIL, 2015); Sistema de Informações da Atenção Básica – SIAB (DEPARTAMENTO..., 2018b); Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica de Doenças Diarreicas Agudas – SIVEP DDA (BRASIL, 2006b); Sistema de Controle de Exames Laboratoriais de CD4/CD8 e Carga Viral – SISCEL (BRASIL, s/d); Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador – SIST/RS (BRASIL, 2015); Sistema de Gerenciamento de Usuários com Deficiência – GUD (BRASIL, 2018b); Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL (BRASIL, 2008b); Sistema de Informação da Febre Amarela e Dengue – SISFAD (BRASIL, 2015).

Para o dia-a-dia, a secretaria de saúde utiliza um sistema informatizado terceirizado, chamado Gestão Municipal de Saúde (G-mus), que pode integrar todos os atendimentos em saúde, incluindo os serviços de farmácia, imunizações, vigilância sanitária, ouvidoria e controle de frotas (GESTÃO..., 2018). Somente alguns dos módulos foram adquiridos pela prefeitura municipal, estando disponíveis para uso pelos profissionais de saúde.

O sistema informatizado utilizado faz a transferência automática de dados para o E-SUS através do preenchimento de alguns campos após cada atendimento. Entretanto as informações adicionadas nem sempre conseguem ser resgatadas através de relatórios obtidos pelo sistema. O manual do sistema informatizado enviado pela secretaria de saúde aos profissionais é incompleto, pois não explica como obter os relatórios desejados, por exemplo.

Entre as dificuldades encontradas com o sistema informatizado utilizado encontram-se: lentidão do sistema; queda frequente na internet, impossibilitando o uso; apresentação de páginas não intuitivas; bloqueio do acesso de informações adicionadas por diferentes profissionais; dificuldade de acesso de informações adicionadas em outros pontos da rede (demais ESF, farmácias, etc.); mudança repentina das formas de incluir informações, gerando dúvidas entre os profissionais; falta de objetividade do sistema.

Apesar das dificuldades, o sistema permite realizar todas as ações rotineiras, mantendo prontuários e diversas informações sobre a saúde dos pacientes de forma eletrônica, permitindo a economia de materiais e de espaço físico para o armazenamento de arquivos. Ainda são usados papéis para todas as consultas realizadas, onde o paciente assina sua presença. Após a consulta, este fica armazenado na ESF.

Os sistemas informatizados foram implementados no ano de 2014 no município, o que significa que os prontuários físicos de todos os pacientes ainda estão armazenados nas ESF. Esses não são transferidos para almoxarifado da prefeitura por falta de espaço.

e. SISTEMA MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

São desenvolvidos programas de Vigilância em Saúde no município, que visam à integralidade do cuidado e estão inseridos na construção das redes de atenção à saúde, coordenadas pela atenção primária. As ações de vigilância dividem-se nas seguintes áreas: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e Vigilância da Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2004).

Conta com um ambulatório para pacientes com Hepatite B e C (devido à alta prevalência dessas doenças no município), além de ter na equipe um médico gastroenterologista.

i. Vigilância Epidemiológica

O Programa de Vigilância Epidemiológica tem como objetivo “realizar o monitoramento, avaliação e controle das ações em saúde, bem como colaborar para prevenção das doenças imunopreveníveis e de seus agravos” (PREFEITURA..., 2017b).

Através da vigilância epidemiológica, o município de Marau faz a notificação das doenças e agravos previstos nas legislações vigentes, incluindo busca ativa, investigação de casos, bloqueios vacinais, coletas de exames laboratoriais, capacitação de pessoal e avaliação. Para operacionalizar tais ações, utiliza-se do SINAN e de formulários padronizados, sendo estes: Ficha Individual de Notificação (FIN) e Ficha Individual de Investigação (FII), específica para cada agravo. A digitação das notificações e transmissão dos dados para o Ministério da Saúde é feita pela equipe da vigilância epidemiológica, localizada na Secretaria Municipal de Saúde (PREFEITURA..., 2017b).

As ações desenvolvidas pela Vigilância epidemiológica no município estão listadas a seguir:

- “- 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, hospitais, 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;
- Monitoramento das doenças diarreicas agudas;
- Notificação e investigação dos surtos alimentares;
- Notificação dos agravos relacionados ao trabalho (acidentes e doenças ocupacionais), juntamente com os demais níveis de atenção;
- Manutenção da alta cobertura vacinal para vacinas do calendário básico para menores de 1 ano em conjunto com as equipes de saúde da família;
- 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);
- Coordenação e execução de ações de vacinação tanto de rotina como as estratégias especiais de controle de doenças executando campanhas e vacinações de bloqueio;
- Notificação e investigação de eventos adversos e óbitos temporalmente associados à vacinação;

- Monitoramento através de investigação de óbitos a mortalidade infantil e materna sempre que ocorrer;
- Divulgação das informações e análises epidemiológicas e execução de ações educativas de abrangência municipal;
- Medidas de controle cabíveis em conjunto com a Secretaria do Estado;
- Notificação de doenças relacionadas ao Trabalho (RINA);
- Notificação de eventos adversos pós-vacinação” (PREFEITURA..., 2017b, p. 32).

O programa de imunizações do município segue as normas e diretrizes do Programa Nacional de Imunizações (PNI), sendo realizado em parceria com as ESF e os demais programas adotados no município. São recebidos recursos da instância federal para promover “altas coberturas vacinais, aquisição de material e insumos, para adequar as salas de vacina conforme exigência do programa e organizar a rede de frios” (PREFEITURA..., 2017b, p.33).

ii. Vigilância sanitária

As ações dividem-se entre alimentos, qualidade da água e controle de estabelecimentos de interesse à saúde, estando listadas abaixo:

1. Área de Alimentos

Ações realizadas pela vigilância sanitária na área de alimentos:

- “- Participação em treinamentos realizados pela 6ª CRS;
- 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” (PREFEITURA..., 2017b, p. 33).

2. Vigilância da Qualidade da água

Para a verificação da qualidade da água no município de Marau, realiza-se a “coleta periódica de amostra de água em fontes alternativas e rede da CORSAN, para exame bacteriológico e teor de flúor” (PREFEITURA..., 2017b, p. 33).

3. Área de Controle de Estabelecimentos de Interesse à Saúde

Para o controle de estabelecimentos de interesse à saúde, a vigilância sanitária realiza vistorias em estabelecimentos para liberação de Alvará de Saúde e orientações quanto a legislação nestes estabelecimentos (PREFEITURA..., 2017b).

iii. Vigilância ambiental

É um conjunto de ações que proporciona o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou outros agravos à saúde (BRASIL, 2004).

No município há o programa de controle da dengue. Marau é considerado infestado pelo mosquito *Aedes aegypti*, apesar de não apresentar mosquitos infectados com os diferentes vírus da dengue até o momento. Desta forma, é necessário dispor de um agente de combate a endemias para cada 800 a 1.000 imóveis para fazer o controle da situação (PREFEITURA..., 2017b).

As ações desenvolvidas são de prevenção, controle e monitoramento do vetor da dengue junto à comunidade para evitar o surgimento da doença. Há 36 pontos estratégicos, distribuídos em oito localidades, que são visitados quinzenalmente pelos agentes. Marau dispõe também de um Laboratório de Entomologia, onde analisam-se as larvas coletadas também em Camargo, Montauri, Nova Alvorada, Santo Antônio do Palma e Vila Maria (PREFEITURA..., 2017b).

A vigilância ambiental também se encarrega do controle de zoonoses do município (PREFEITURA..., 2017a).

iv. Vigilância em saúde do trabalhador

Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) visa promover a saúde, bem como a redução da morbidade da população trabalhadora. Atua intervindo nos possíveis agravos e seus determinantes, relacionados ao meio de produção (BRASIL, 2014).

f. ATENÇÃO ESPECIALIZADA

O Posto de Especialidades Médicas, localizado junto à Secretaria Municipal de Saúde, compreende os atendimentos de pediatria, ginecologia, obstetrícia e enfermagem. É composto pela seguinte equipe: dois pediatras, dois ginecologistas obstetras, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e um auxiliar administrativo, atuando 40h semanais (PREFEITURA..., 2017a).

Localizado junto ao Posto de Especialidades, há um médico clínico geral oferecendo apoio à demanda excedente das ESF, atuando, também, com carga horária de 40h semanais. Além disso, há atendimento com horário estendido das 18 às 22h, como mencionado anteriormente, contando com um clínico geral, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem, os quais atuam por contrato de 20h semanais. Os demais atendimentos especializados necessários são referenciados a Passo Fundo e região por encaminhamentos (PREFEITURA..., 2017a).

Atualmente, o município também conta com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), composto por uma equipe multidisciplinar que contempla uma psicóloga, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um médico psiquiatra, uma assistente social, um auxiliar administrativo, uma artesã e um cuidador. Para melhor atendimento dos usuários, nota-se a falta de um farmacêutico para compor a equipe. As atividades realizadas são as visitas domiciliares, atendimentos em grupo de apoio semanal para dependentes químicos, grupo de apoio semanal para familiares, realização de oficinas

terapêuticas, atendimentos individuais pelo médico, além do apoio dos profissionais de enfermagem e das psicólogas (PREFEITURA..., 2017a).

A Assistência Farmacêutica do município de Marau disponibiliza atendimentos e dispensação de medicamentos tanto através da rede de farmácia básica quanto pela farmácia do Estado. Os polos de atendimento do município estão localizados nas ESF SJO, ESF Planalto e Central III, ESF Santa Rita, ESF Progresso e Rural e ESF CSU. A farmácia de dispensação de medicamentos do Estado, na qual ocorre o fornecimento de medicamentos que compõe a Lista dos Medicamentos Especiais, encontra-se próxima à farmácia básica (PREFEITURA..., 2017a).

O Município de Marau conta com dois Polos de Academias de Saúde, sendo uma no Parque Municipal de Rodeio e outra localizada ao lado da ESF SJO. A Portaria Nº 719/GM/MS, de 07 de abril de 2011, instituiu o Programa Academia da Saúde no âmbito do SUS, tendo por objetivo contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer, contribuindo, assim, para modos de vida saudáveis (BRASIL, 2011). Entretanto nenhum profissional está disponível pela prefeitura para auxiliar a população na realização de atividades físicas com os aparelhos instalados (PREFEITURA..., 2017a).

O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é uma unidade pública estatal descentralizada da Política Nacional de Assistência Social, que atua como a principal porta de entrada do Sistema Único de Assistência Social, sendo responsável pela organização e oferta de serviços da Proteção Social Básica nas áreas de vulnerabilidade e risco social (PREFEITURA..., 2017a).

Já o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) tem por objetivo ofertar serviços especializados e continuados a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos, o que pode ser classificado como violência física, psicológica, sexual, tráfico de pessoas ou mesmo cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto (PREFEITURA..., 2017a).

Sendo assim, o CRAS e o CREAS são centros de referência para que as unidades básicas do município possam referenciar e encaminhar pacientes que

necessitam de apoio, atuando em Marau com profissionais capacitados para atender as demandas (PREFEITURA..., 2017a).

g. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O serviço de urgência, de acordo com a Resolução nº 1451/95 define-se por urgência a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata e como emergência a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato (CONSELHO..., 1995). No município de Marau, há dois meios de transporte, sendo um deles o corpo de bombeiros civis e o outro o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), este último contando com duas unidades móveis.

O SAMU atua há 7 anos em Marau. Está hoje com 10 profissionais, com atendimento durante 24 horas diárias, atende pacientes na residência, no local de trabalho ou na via pública através do telefone 192, chegando ao paciente onde quer que esteja e através de diferentes meios de socorro. A equipe presta atendimento já no local, salvando vidas e diminuindo a possibilidade de sequelas. O programa oferece o direcionamento para o hospital SUS de estabilização mais próximo e adequado para a situação do paciente (PREFEITURA..., 2017a).

A referência é a Associação Hospitalar Beneficente de Marau, localizada no HCR, fundada em 20 de fevereiro de 1976. Disponibiliza 60% de sua capacidade técnica instalada ao SUS, estabelecida em prédio próprio, composta por 110 leitos, prestando seus serviços ao município de Marau e microrregião de 11 municípios. O HCR presta serviços de obstetrícia, pediatria, traumatologia e ortopedia de urgência, conforme organização da demanda da rede municipal, podendo promover atendimento também aos casos mais complexos e que necessitam de internação hospitalar, desde que estejam dentro da capacidade instalada do hospital (PREFEITURA..., 2017a).

Ainda o município possui convênio com os seguintes hospitais: Hospital Ortopédico de Passo Fundo (HO), Instituto de Ortopedia e Traumatologia (IOT), Hospital da Cidade (HC) e Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), todos

localizados na cidade Passo Fundo, distante 33 km do município de Marau. Havendo necessidade de transporte para estas instituições a prefeitura municipal disponibiliza meios, como já mencionado anteriormente (PREFEITURA..., 2017a).

O HSVP é a referência para a realização de hemodiálise, radioterapia e quimioterapia, tendo este último como instituição de referência, também o setor de oncologia do HC. Também pode ser disponibilizado tratamento de braquiterapia, mas, neste caso, o deslocamento é feito até o município de Erechim. Os demais casos são referenciados para Porto Alegre conforme disponibilização pelo Sistema de Gestão e Regulação da Saúde (AGHOS) e SISREG (Passo Fundo) (PREFEITURA..., 2017a).

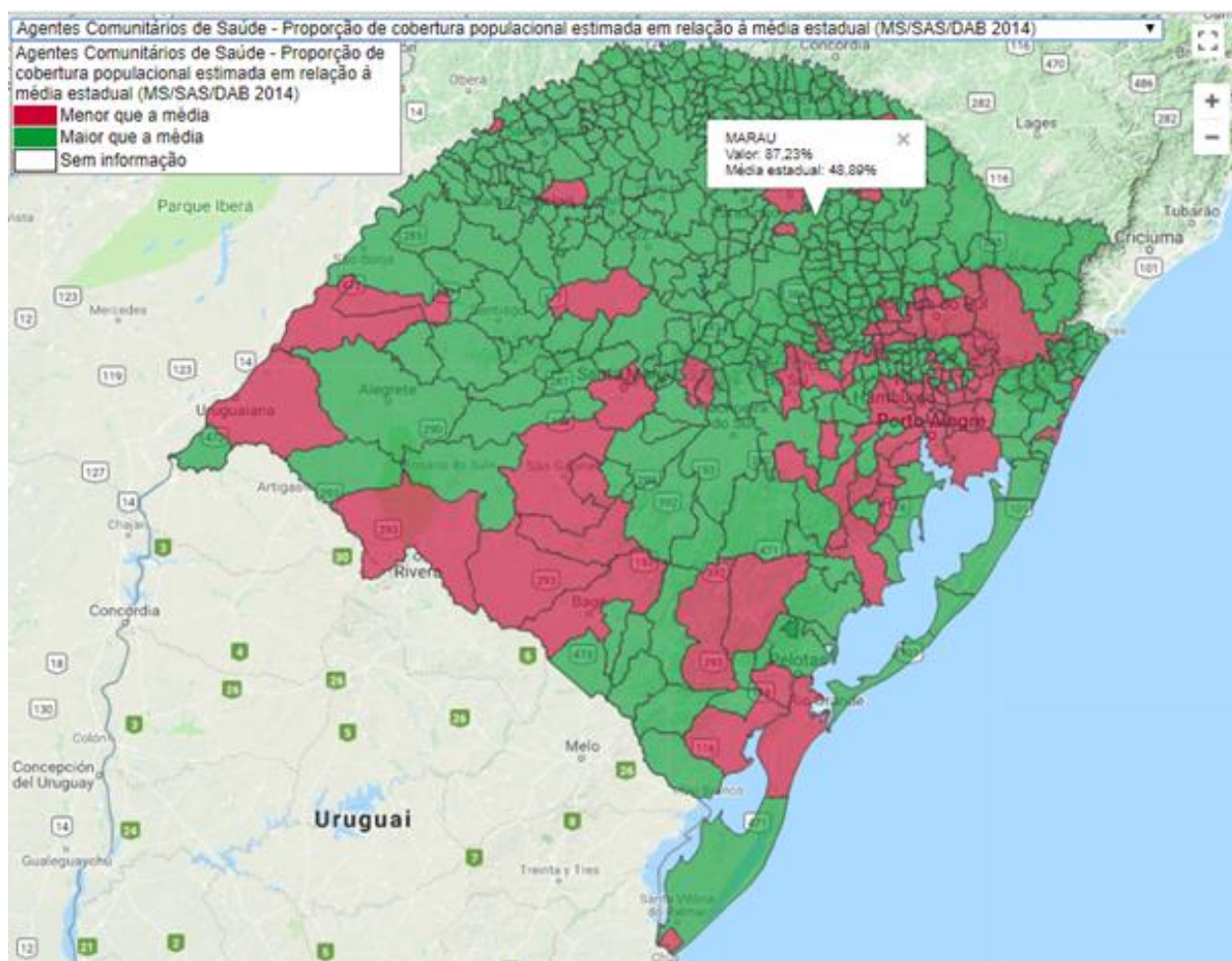
h. ATENÇÃO BÁSICA

Toda a população marauense tem acesso garantido para atendimentos quando necessário em sua estratégia de abrangência ou mesmo nas redes de apoio disponibilizadas pela prefeitura, como já mencionado anteriormente. As equipes que atuam pela atenção básica realizam suas competências em diferentes setores, sendo eles as ESF, NASF, CAPS, CRAS e CREAS. Essas equipes são compostas no seu total pelos seguintes profissionais: 18 enfermeiras; 23 técnicos de enfermagem; 20 agentes de combate endemias; dois assistentes sociais; oito dentistas; seis auxiliares de consultório dentário; oito psicólogas; 63 ACS; 27 médicos (11 concursados, seis contratados pelo PMM, cinco contratados para 40h semanais e cinco contratados para 20h semanais); e quatro farmacêuticas (PREFEITURA..., 2017a).

As ESF em funcionamento em Marau são: Central I e Central II, que compartilham o mesmo espaço físico, entretanto, trabalham com duas equipes distintas; ESF Santa Rita; ESF Planalto e Central III, que também compartilham o mesmo espaço físico com duas equipes distintas; ESF CSU; ESF Constante Fuga; ESF Santa Helena; ESF Progresso e Rural, os quais se encontram na mesma dependência física com equipes distintas; ESF Santa Lúcia; e ESF SJO (PREFEITURA..., 2017a).

No ano de 2014 a cobertura por ACS no município era de 87,23%, dado acima da média estadual, como pode ser visto na figura 4.

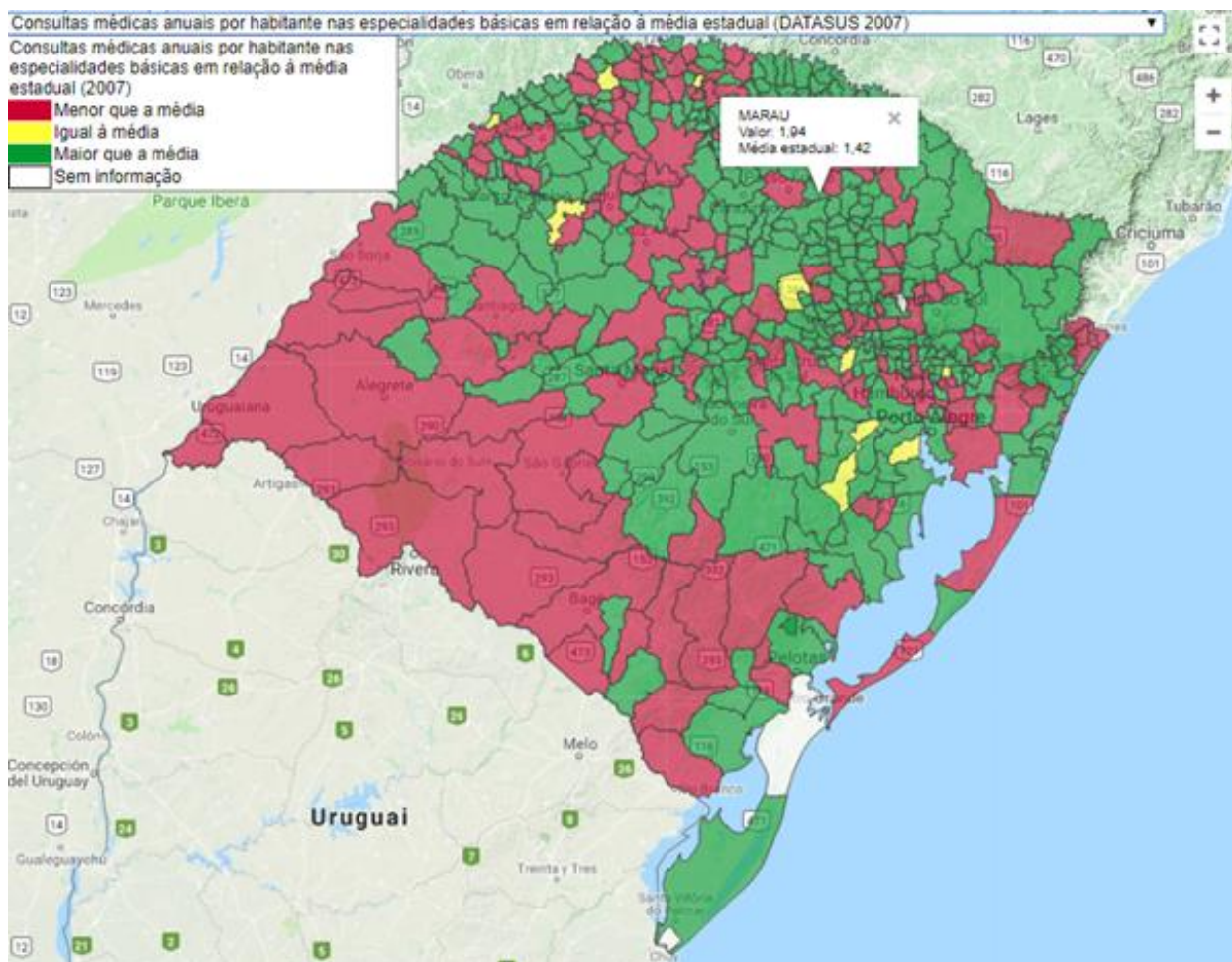
Figura 4 - Proporção e cobertura populacional por Agentes Comunitários de Saúde no município de Marau em relação ao estado no ano de 2014



Fonte: TRIBUNAL..., 2014

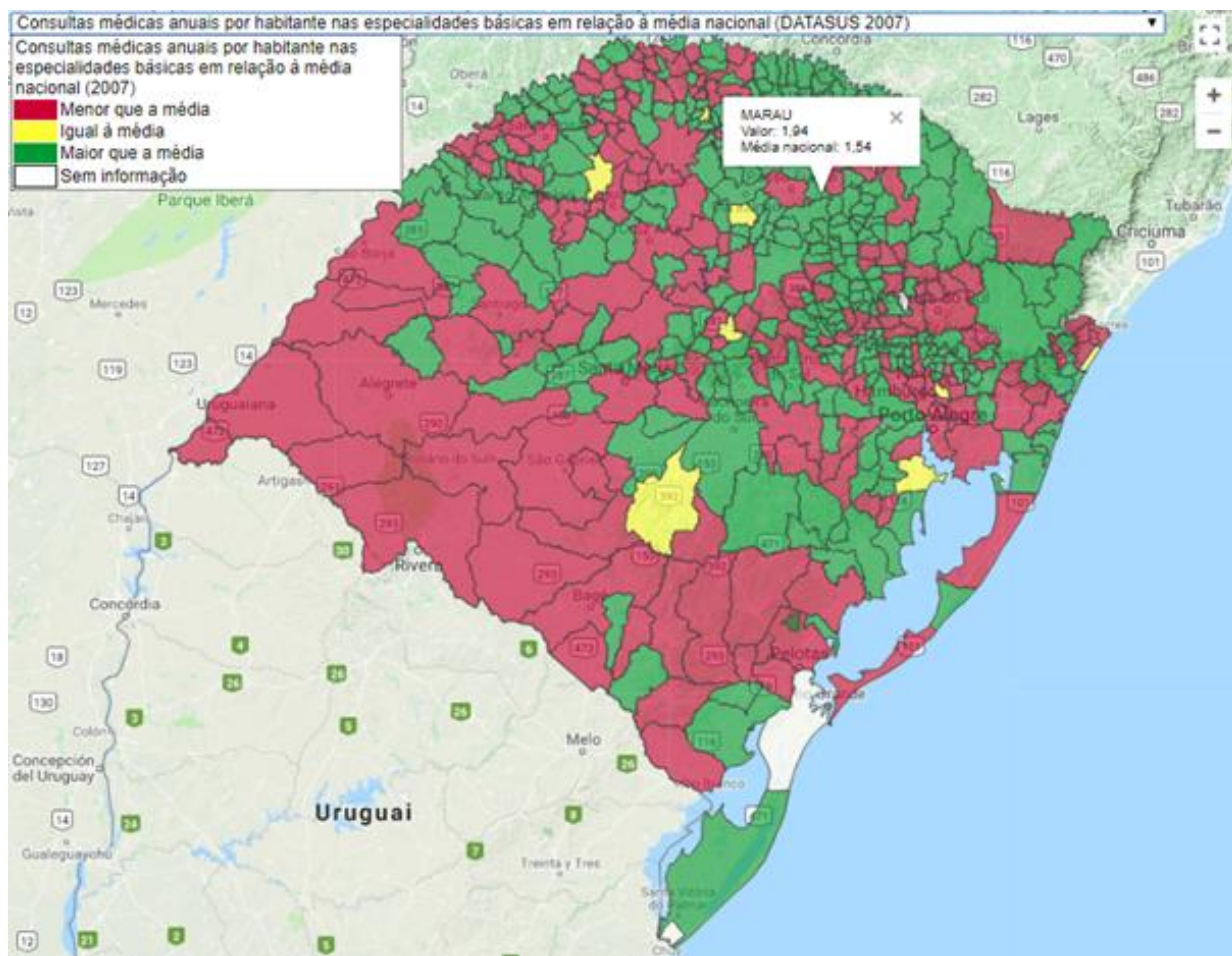
Quanto às consultas médicas anuais por habitante nas especialidades básicas, Marau apresentou média superior às do estado e da nação, conforme pode ser visto nas figuras 5 e 6.

Figura 5 - Número de consultas médicas anuais por habitante nas especialidades básicas no município de Marau em relação ao estado, no ano de 2007



Fonte: TRIBUNAL..., 2007

Figura 6 - Número de consultas médicas anuais por habitante nas especialidades básicas no município de Marau em relação ao país, no ano de 2007



Fonte: TRIBUNAL..., 2007

7 ESF SÃO JOSÉ OPERÁRIO: CAMPO DE PRÁTICAS EM SAÚDE

A ESF São José Operário foi inaugurada em 2006 na rua 21 de maio, 161, bairro São José Operário. Abrange a população dos bairros São José Operário, Frei Adelar, Nova Alternativa e Distrito Industrial/Loteamento Busnelo. Em seu

território há diversas empresas, sendo a Metasa a de maior porte. De menor porte há empresas metalúrgicas, padarias, mercados, entre outras, a maioria de propriedade de moradores do bairro.

Além disso, fazem parte do território a Escola Municipal de Ensino Fundamental Darwin Marosin e a Escola Municipal de Educação Infantil Monteiro Lobato, um centro recreativo do Serviço Social da Indústria do Rio Grande do Sul (SESI), igrejas, salão comunitário, centro espírita, dois campos de futebol e ginásio de esportes. O território da ESF SJO também engloba o Distrito Industrial, espaço onde não poderia haver habitações, mas onde moram aproximadamente 80 pessoas.

Por meio da análise do território que contempla a ESF SJO realizada pelas ACS, a unidade atende a população de sete microáreas, duas localizadas no bairro São José Operário (microáreas 30 e 31), duas no Frei Adelar (27 e 28), além do Loteamento Busnello presente neste bairro, e três no Nova Alternativa (microáreas 29, 67 e 68).

Estima-se pelo número de moradias que a população adstrita atinja cerca de 7.000 usuários, porém há 3.712 cadastrados. Essa diferença se deve à dificuldade no cadastro dos moradores. Primeiramente, há somente duas ACS concursadas trabalhando na ESF SJO, sendo as demais contratadas todos os anos via CLT, o que significa que são demitidas em dezembro e recontratadas no próximo ano, em momento oportuno. No ano de 2018 a equipe completou as vagas somente no final de maio, havendo a perda de muito tempo de atuação das profissionais no cadastro e atualização das informações do território adstrito. Outro fato importante é que muitos moradores dos bairros, principalmente do Nova Alternativa e Frei Adelar, são adultos jovens que trabalham durante todo o dia (horário de trabalho das ACS), o que dificulta encontrar alguém em casa para efetuar o cadastro. Em outras situações, alguns moradores negam fazer seu cadastro na ESF, pois alegam não utilizar os serviços. Ademais, os bairros adstritos à ESF são recentes e estão em constante expansão, com construção de novas casas e prédios. Todas essas situações dificultam a atualização dos cadastros e a programação de ações específicas para essa população.

As atividades realizadas na ESF incluem: consultas médicas; consultas odontológicas; consultas psicológicas; consultas de enfermagem; atendimento ambulatorial; assistência farmacêutica; acompanhamento de pacientes com HIV,

IST, tuberculose, sífilis congênita; visitas domiciliares; imunizações; vigilância epidemiológica; limpeza, desinfecção e esterilização de instrumentos; planejamento familiar; pré-natal e puericultura; notificações; cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos; coleta citopatológica; administração de medicamentos (via IM, EV, Oral e Ocular); teste de glicemia capilar; testes rápidos para HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C; teste de gravidez; monitoração 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; encaminhamentos intersetoriais; entre outros.

Além disso são oferecidas diferentes atividades coletivas com foco em promoção de saúde, englobando diferentes públicos em momentos distintos. Um dos grupos mais antigos é o de terapia-ocupacional Mãos de Fada, voltado para todos os públicos, mas com maior adesão de mulheres. Acontece todas as quintas-feiras, no turno da tarde, onde são desenvolvidas diferentes técnicas de artesanato, proporcionando um espaço de convívio e troca de experiências.

Outro grupo bastante procurado é o de atividade física, que ocorre semanalmente nas quartas-feiras de manhã, das 8h às 9h. Aberto para toda a comunidade, além de servir como estímulo para a prática de atividades e como um espaço de encontros e trocas, são realizadas avaliações prévias das condições de saúde para execução da prática, com aferição da pressão arterial e glicemia capilar, quando necessário. Usa-se da academia da saúde e de materiais específicos para a prática. Em dias de frio e chuva a procura pelo grupo é menor, mas as atividades são mantidas, feitas no salão da comunidade.

O grupo “Cuidando de sua saúde”, realizado quinzenalmente nas quintas-feiras de manhã, das 9h às 10:30h, iniciou há mais de um ano com o intuito de integrar e promover o cuidado de usuários com histórico de hipertensão e diabetes. Atualmente, os participantes são em sua maioria homens, com idade superior a 60 anos, e os temas abordados circundam entre autocuidado e educação em saúde, promovendo a saúde destes.

Além desses grupos fixos, há outros com número de encontros pré-estabelecidos, públicos específicos e programações mais pontuais, como o de cessação do tabagismo (que ocorre em cinco encontros durante dois meses) e

o “Curso para gestantes” (dividido em encontros semanais, com duração de cerca de dois meses).

Mensalmente, são realizadas atividades na Escola Municipal Darwin Marosin, tanto com alunos quanto com professores, de acordo com o interesse e necessidades levantadas em conjunto (alunos, professores e direção e profissionais da ESF). Também, esporadicamente, são realizadas ações em outros espaços, como creches e empresas do território, bem como feiras de saúde e campanhas de conscientização, imunização ou prevenção e promoção de saúde. Em geral, todas essas atividades realizadas pela ESF são bem recebidas pela comunidade, em especial pelas crianças na escola.

Uma das dificuldades encontradas na ESF SJO quanto à realização de diferentes atividades, tanto no espaço físico da ESF quanto em outros locais, é a participação dos demais profissionais da equipe, apesar do apoio que fornecem. As ACS participam de todos os grupos ofertados, além de se disponibilizarem para muitas das atividades planejadas na ESF. Quanto aos demais profissionais, percebe-se a dificuldade do engajamento destes no planejamento e execução de atividades diferenciadas, ficando a maioria destas a cargo dos profissionais residentes.

Em toda primeira quarta-feira do mês ocorrem os encontros do Conselho Local de Saúde, espaço mantido para o controle social. São apresentadas as ações da ESF, discutem-se as necessidades da comunidade e formas de melhorar a qualidade de vida da mesma, entre outros temas de interesse comum. As pautas levantadas junto aos usuários são, posteriormente, levadas para a reunião do Conselho Municipal de Saúde, que ocorre na segunda terça-feira de todo mês e que possibilita a participação de representantes dos usuários, profissionais e gestores.

É importante ressaltar que este tipo de atividade é o que os usuários demonstram menor interesse e participação. Isto pode estar relacionado a inúmeros fatores, desde a falta de divulgação e conhecimento da importância deste espaço, até a indisponibilidade de tempo ou o receio da população de envolver-se com questões políticas. Comumente, ouve-se dos usuários relatos de descontentamento e de indignação, os mesmos não se sentem ouvidos, se sente invisíveis e não tem suas demandas supridas. Diante disso e considerando a importância da participação popular para a efetivação da democracia, esse é

foi o tema escolhido para o desenvolvimento da pesquisa-intervenção, que será apresentada a seguir.

7.1 Estrutura e processos de trabalho

A PNAB (Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017) é norteadora para o funcionamento das ESF, orientando sobre a estrutura da unidade, quadro de profissionais, atribuições de cada núcleo profissional, entre outros aspectos importantes (BRASIL, 2017b). Com base nisso e observando o funcionamento da ESF SJO é possível enfatizar alguns elementos comparativos que serão descritos a seguir.

Quanto à estrutura física vê-se que, embora a ESF esteja adaptada em uma construção que anteriormente era uma escola, a maioria dos seus espaços seguem o que é preconizado na legislação. A ESF possui: consultório médico e de enfermagem; consultório com sanitário; sala de procedimentos; sala de vacinas; área para assistência farmacêutica; sala de atividades coletivas; sala de coleta/exames; sala de curativos; sala de expurgo; sala almoxarifado; sala de lavagem de materiais e outra de esterilização. Como a ESF possui profissionais de saúde bucal, há também o consultório odontológico com equipo odontológico completo; sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea, banheiro público e adaptado para pessoas com deficiência e para funcionários. Além disso, há duas salas para atendimento psicológico. Apesar da variedade de salas disponíveis, não possuem boa disposição (BRASIL, 2017b).

Na recepção estão afixados informativos que identificam os serviços existentes, a escala dos profissionais e os horários de funcionamento. Todos os espaços oferecem conforto térmico e acústico e possuem algumas adaptações para as pessoas com necessidades especiais em conformidade com as normativas vigentes (PNAB). Além disso, a ESF dispõe de uma cadeira de rodas, que pode ser usada por qualquer usuário em necessidade (BRASIL, 2017b).

Ressalta-se que a sala de atividades coletivas é improvisada junto à cozinha, onde também são desenvolvidas as atividades coletivas dos profissionais e onde ficam os arquivos e registros. Isso constitui-se um fator negativo e um empecilho para a realização de outros grupos ou atividades, uma vez que não oferece adequado conforto físico e privacidade para os usuários.

Apesar disso, a comunidade dispõe de um grande salão com uma área menor (porão) ao lado da ESF, muito utilizado para atividades, sendo alguns grupos desenvolvidos ali. Ademais, faltam uma sala de administração e gerência na ESF, além de itens na recepção, como o mapa de abrangência (com o território de abrangência) e a sinalização de fluxos (BRASIL, 2017b).

A ESF monitora a satisfação de seus usuários, oferecendo o registro de elogios, críticas ou reclamações, por meio da caixa de sugestões. Oferece também medicamentos listados pelo Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e outros incluídos pelo próprio município. Entretanto, por vezes, há medicamentos na lista que não são utilizados e outros que seriam necessários, mas não constam na lista; outras vezes faltam medicamentos básicos ou recursos financeiros para sua aquisição (BRASIL, 2017b).

Como recomendado, a ESF tem seu funcionamento com carga horária mínima de 40 horas semanais, no mínimo cinco dias da semana e nos 12 meses do ano, facilitando o acesso da população. Em casos de turno único, a decisão é pactuada entre gestão e as instâncias de participação social, mantendo a carga horária mínima e atendendo as necessidades da população (BRASIL, 2017b).

Assegura-se aos usuários o acolhimento e escuta ativa e qualificada, mesmo os casos que não pertencem à área de abrangência da unidade. Busca-se fazer a classificação de risco, mesmo sem protocolos para isso, e o encaminhamento responsável de acordo com as necessidades apresentadas, articulando-se com outros serviços de forma resolutiva, em conformidade com as linhas de cuidado estabelecidas. A falta de protocolo dificulta as ações, já que cada profissional pode entender a mesma situação de forma diferenciada (BRASIL, 2017b).

Na ESF SJO, como preconizado por lei, atua uma equipe multiprofissional (equipe saúde da família) composta por médica generalista, enfermeira generalista, duas técnicas de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde, uma profissional cirurgiã dentista generalista e uma auxiliar em Saúde Bucal (BRASIL, 2017b). Além destes, a ESF conta com uma psicóloga (20 horas) e uma farmacêutica (20 horas) e recebe profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, da Universidade Federal da Fronteira Sul, sendo dois profissionais da enfermagem, dois da farmácia e um da psicologia (BRASIL, 2017b).

A equipe é responsável por mais de 3.000 pessoas cadastradas adstritas no território, que condiz com o número estipulado para uma ESF, mas como observado anteriormente, esse número não condiz com a realidade do território, havendo muitos usuários sem cadastro. Considerando a população cadastrada, o número de ACS seria suficiente para cobrir 100% do território, sendo que, por lei, cada profissional ACS deve ter um máximo de 750 pessoas em sua microárea (BRASIL, 2017b).

Embora haja profissionais de saúde bucal, os mesmos exercem suas funções em mais de uma ESF, cumprindo 20 horas em cada, o que está em desacordo com o que é previsto em lei. Considera-se ideal a atuação em tempo integral (40 horas) e a vinculação apenas com uma ESF, pois deve-se observar a necessidade de dedicação mínima de 32 horas da carga horária para atividades na equipe de saúde da família, podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até oito horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em saúde da família, ou para atividades de educação permanente e apoio matricial (BRASIL, 2017b).

As atribuições comuns e realizadas por todos os membros da equipe que atuam na ESF abrangem quase todos elementos que constam na legislação, porém há dois itens cumpridos apenas pelas ACS, são estes: participação no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe; cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias no sistema de informação da Atenção Básica (BRASIL, 2017b).

Dentre as atribuições distintas a cada profissão observa-se que, em grande parte, são seguidas as orientações presentes na Portaria nº 2.346, de 21 de setembro de 2017. Ressalta-se que, no caso da enfermagem, entre as principais dificuldades para ação plena das atribuições, estão: ausência de protocolos que permitem a prescrição de medicamentos ou solicitação de exames (exceto de baciloscopia de escarro, para diagnóstico e controle da Tuberculose) e que respalde quanto à classificação de risco, sendo que é realizada segundo critérios do profissional; dificuldade entre equipe quanto à realização do planejamento, gerenciamento, supervisão e avaliação das ações desenvolvidas pelos profissionais técnicos de enfermagem (BRASIL, 2017b).

Quanto às atribuições dos técnicos de enfermagem, observa-se que são realizadas as atividades de atenção à saúde e os procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão. Entretanto, não são desenvolvidas ações fora da ESF, como no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros). Da mesma forma com a equipe de saúde bucal, que realiza os procedimentos próprios da profissão, porém não participa de ações de promoção e prevenção junto à comunidade (BRASIL, 2017b).

As consultas médicas e odontológicas são disponibilizadas através do sistema de fichas. Para as consultas médicas, são distribuídas 10 fichas todas as manhãs. Já para o atendimento odontológico são disponibilizadas 15 fichas distribuídas em três manhãs da semana (segunda-feira, quarta-feira e quinta-feira). Durante o período da tarde as consultas são agendadas: para o atendimento médico são agendados os grupos de risco, incluindo gestantes, puericultura, idosos, hipertensos, diabéticos e pessoas que possuem dificuldade de locomoção ou outras necessidades especiais; para o atendimento odontológico são agendados os pacientes que devem retornar para cuidado programado.

Os acolhimentos e atendimentos psicológicos são agendados diretamente pelas psicólogas, podendo ser acessados através da demanda espontânea, encaminhamentos da rede de saúde ou encaminhamentos intersetoriais. Após realizado o acolhimento, escuta e avaliação do caso, o usuário é passado para lista de espera e é chamado quando há disponibilidade de horário, com prioridade para casos de maior necessidade. São pré-estabelecidas 12 sessões, com a possibilidade de reavaliar a necessidade e estender esse número.

A coleta de exames citopatológicos, realizada pelos profissionais da enfermagem, ocorre através de agendamento, conforme solicitação da usuária. Agenda-se o horário de maior facilidade para a usuária.

A farmácia funciona em sete turnos da semana, com presença de farmacêutica (profissional residente ou farmacêutica preceptora) em tempo integral. Os turnos que se encontra fechada são: terça-feira à tarde (devido ao deslocamento das farmacêuticas à Secretaria Municipal de Saúde para realizar atividades relacionadas ao programa de residência); quarta-feira à tarde (devido à realização das visitas domiciliares, educação permanente e reunião de

equipe); e quinta-feira de manhã (para permitir espaço para atividades administrativas e realização de outras atividades pelas profissionais residentes). A farmacêutica preceptora e responsável técnica pela farmácia atua nesta ESF somente no período vespertino, sendo uma dificuldade encontrada, já que a profissional com responsabilidade pelos serviços ofertados não se encontra em quatro dos sete períodos em que a farmácia está aberta e não se responsabiliza por diversas atividades desenvolvidas.

Assim que se identifica a necessidade de o paciente realizar exames complementares, os usuários são encaminhados diretamente aos laboratórios clínicos, sendo que na maioria das vezes os custos são cobertos por recursos financeiros do SUS ou a partir do auxílio parcial ou integral de verba municipal. Há sete laboratórios com convênio com a Prefeitura Municipal, sendo que cada um possui uma cota mensal, não devendo ser ultrapassada. Normalmente a solicitação de exames permanece dentro da cota mensal. Como ponto positivo, um dos laboratórios conveniados tem um posto de coleta laboratorial muito próximo à ESF, logo acima da RS-324, facilitando o acesso dos usuários, principalmente dos idosos.

Diante da necessidade de atendimento especializado ou hospitalar são feitos os encaminhamentos necessários, entretanto, observa-se que nem sempre há contra referência desses serviços. Para isso, os usuários são direcionados ao setor de encaminhamentos, que utiliza o Sistema de Informação de Regulação (SISREG).

São comuns os episódios em que os usuários chegam à ESF e não há possibilidade de passar por avaliação médica no local naquele momento devido à falta de fichas médicas, dessa forma é realizado o acolhimento e são dadas as devidas orientações e encaminhamentos. O acolhimento é geralmente realizado por profissionais de diferentes áreas, com o intuito de oferecer escuta qualificada e cuidado integral, sempre contando com um enfermeiro. Em alguns casos, é possível solicitar avaliação médica na própria ESF. Em outros, encaminha-se o usuário à equipe de apoio (localizada na Secretaria Municipal de Saúde). Em outras situações o usuário é encaminhado ao hospital, quando necessário com o uso de transporte de emergência. Quando a demanda não é imediata, o usuário é orientado a retornar em outra oportunidade para consulta médica.

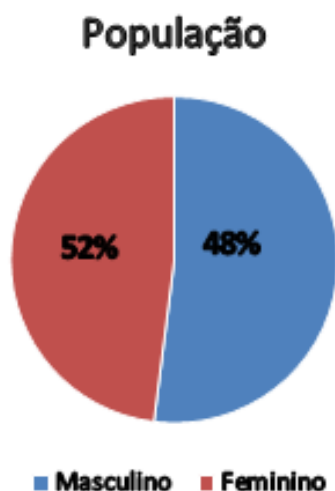
São realizadas diferentes ações programáticas, como o grupo de gestantes ou o grupo de cessação do tabagismo, havendo o adequado registro. Porém não são utilizados protocolos e não se realiza a avaliação formal pela equipe e pelos participantes após a conclusão dos mesmos, o que podem ser considerados pontos negativos. Da mesma forma, devido à ausência de avaliações periódicas enquanto funcionamento da equipe, faltam elementos para levantar indicadores de qualidade do serviço prestado.

i. CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO ADSTRITA

A população abrangida pela ESF SJO é constituída predominantemente por adultos jovens que trabalham nas empresas localizadas nos bairros de abrangência e na empresa Brasil Foods (BRF). Os bairros Nova Alternativa e Frei Adelar, em especial, apresentam população predominantemente jovem, além da mudança frequente de famílias, devido ao aluguel das casas. Devido a esta característica, o número de gestantes do território é geralmente em torno de 40. Em quase todas as semanas, pelo menos uma gestação é detectada pelo teste rápido disponível na ESF. Assim, também há grande população de crianças no território. Os idosos também são numerosos, morando, em sua maioria, no bairro São José Operário, por ser o mais antigo entre os três. Esses são usuários que utilizam os serviços da ESF com grande frequência, havendo diversos poliqueixosos e hiperfrequentadores da ESF. Em menor número, imigrantes do Haiti e de outros países em situação econômica desfavorável também utilizam os serviços da ESF.

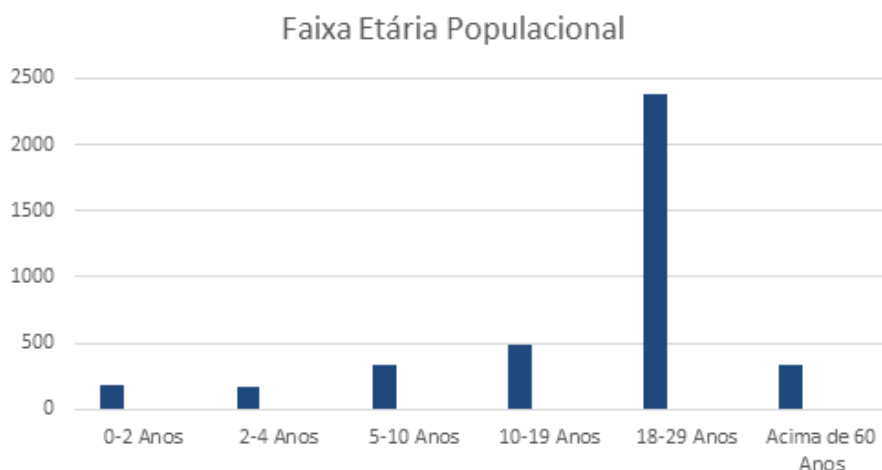
A proporção da população de homens e mulheres dos bairros está representada no gráfico 8, entre os 3.712 usuários cadastrados. No gráfico 9 observa-se a distribuição dos mesmos usuários em faixas etárias.

Gráfico 8 - Proporção de homens e mulheres usuários da ESF SJO no ano de 2018



Fonte: GESTÃO..., 2018

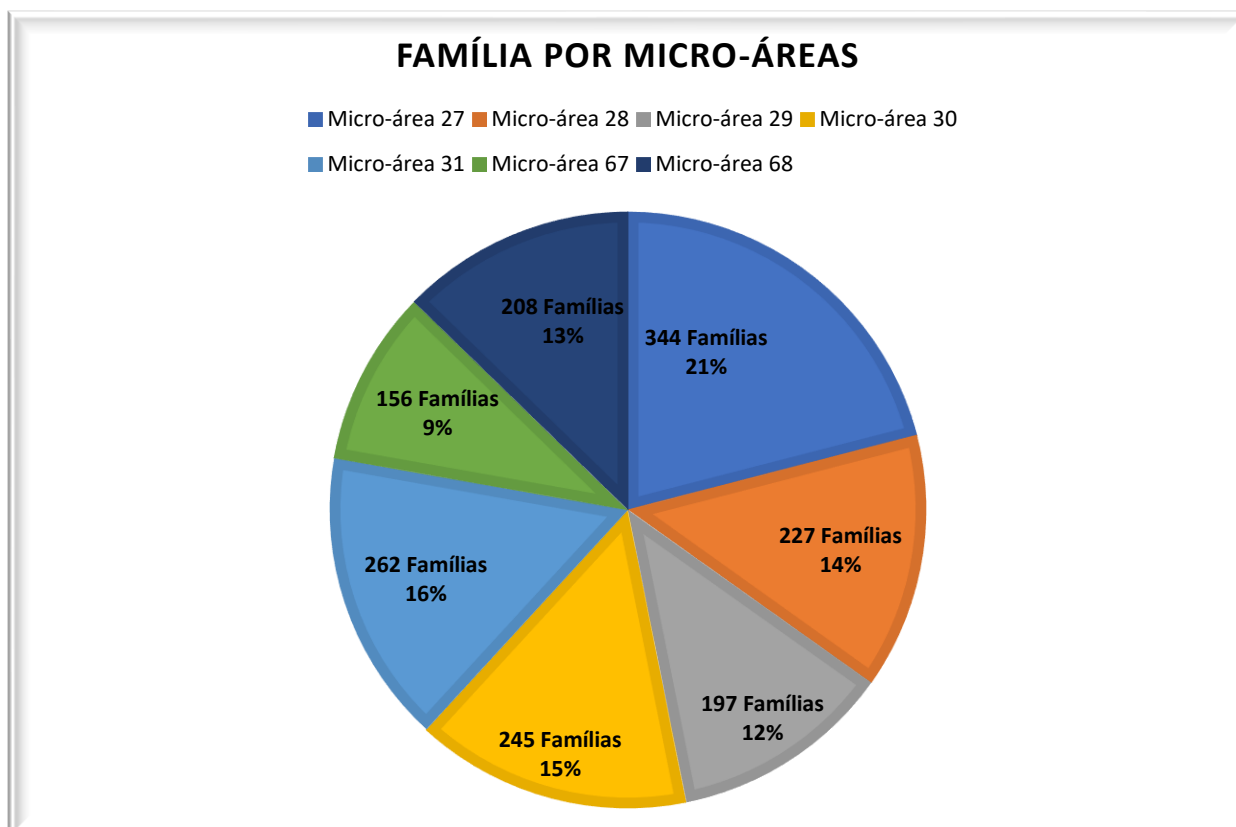
Gráfico 9 - Número de usuários da ESF SJO nas diferentes faixas etárias, no ano de 2018



Fonte: GESTÃO..., 2018

A proporção de famílias entre as diferentes microáreas da ESF SJO pode ser vista no gráfico 10.

Gráfico 10 - Número e proporção de famílias distribuídas em cada microárea da ESF SJO no ano de 2018



Fonte: GESTÃO PM MARAU, 2018.

Percebe-se no território alto índice de vulnerabilidade, com uso de drogas por jovens, de consumo de álcool por alguns usuários e diversos casos de violência doméstica. De acordo com estimativa rápida realizada em 2010 pelas ACS que atuam na ESF SJO, e que se confirma até os dias de hoje, são vários os locais em que há produção e comercialização de drogas ilícitas, caracterizando-se como pontos de vulnerabilidade do território, ficando de fácil acesso para as crianças e adolescentes que ali circulam. Além disso, nota-se a falta de locais para recreação, especialmente para os jovens residentes no território, ou, quando os locais existem, estão controlados pelo tráfico de drogas.

As atividades econômicas predominantes no território são o comércio e serviços, tais como fruteiras, confeitarias, eletrônicas, lojas de roupas, mercados, bares, locadoras, *lan house*, costureiras, lojas de artesanato, cabeleireiros, chapeação, lavagem automotiva e indústrias, com destaque para duas grandes empresas, Metasa e a Plastimarau, e outras como Imezza, Aglofor, Empório Essenza Cosméticos e CS Metal.

Em relação ao tipo de moradia, a maioria dos moradores possui casa própria em alvenaria, dado observado principalmente nas microáreas do bairro Nova Alternativa, onde a maioria das casas foi projetada. Entretanto, este bairro foi planejado para ser um condomínio fechado, sem sucesso através dos anos. Manteve-se a entrada única para o bairro, que não tem conexão com os demais sem passar pela RS-324. Isso se constitui uma dificuldade para os moradores, que devem se expor à rodovia estadual para se deslocarem a qualquer ponto da cidade, expondo-se ao intenso fluxo de veículos para acesso a essa rodovia (fotografia 2).

Fotografia 2 - Vista aérea da indústria Metasa e dos pontos de acesso aos bairros SJO (à esquerda da empresa) e Nova Alternativa (à direita)



Fonte: METASA, 2018

O bairro Frei Adelar caracteriza-se pelo maior número prédios e casas financiadas pela prefeitura municipal através do Programa Minha Casa Minha Vida, além de ser identificado com o maior índice de vulnerabilidade do território.

O abastecimento de água varia de acordo com cada área. No bairro São José Operário e na microárea 29 do Frei Adelar a responsabilidade pelo fornecimento da água é da Companhia Riograndense de Saneamento (Corsan), enquanto que nos bairros Nova Alternativa e Frei Adelar o abastecimento ocorre por poços artesianos através da associação de moradores.

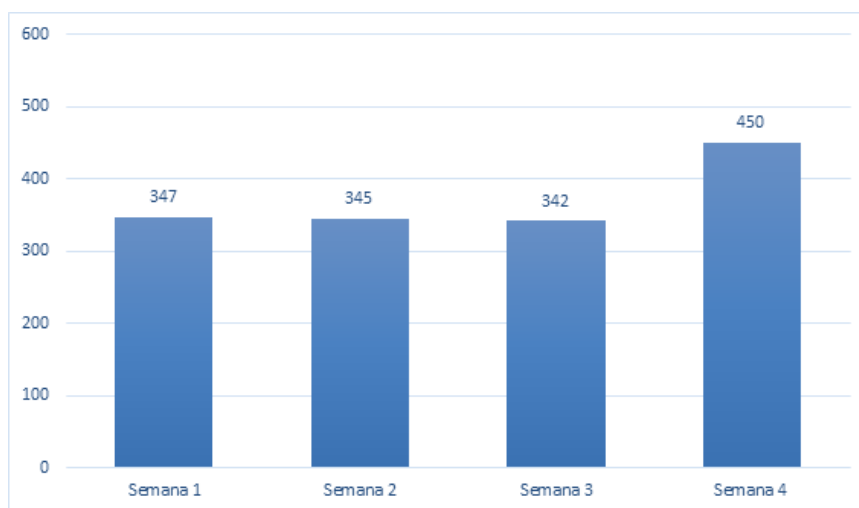
Quanto à coleta de lixo, todas as microáreas apresentam coleta seletiva de lixo orgânico e lixo reciclável, com o uso de containers da prefeitura distribuídos pelas ruas. Os bairros também possuem alguns pontos de reciclagem de lixo, que serve como meio de sustento a alguns moradores. A

maioria das casas também possui coleta de esgoto, mas nos bairros São José Operário e Nova Alternativa algumas casas possuem fossa séptica.

A pavimentação das ruas é considerada satisfatória, possuindo calçamento em sua maioria. Não há nenhuma rua sem pavimento. A maior dificuldade encontra-se na sinalização das ruas, principalmente no bairro São José Operário, que não dispõe de placas de identificação com o nome das ruas.

Neste ano, no período de 28 de junho a 28 de julho de 2018, foi realizada uma análise e levantamento de dados da demanda da ESF SJO, tendo sido coletados os dados descritos a seguir. A semana com maior número de atendimentos foi a semana 4 (19/07 a 28/07), conforme pode ser visto no gráfico 11.

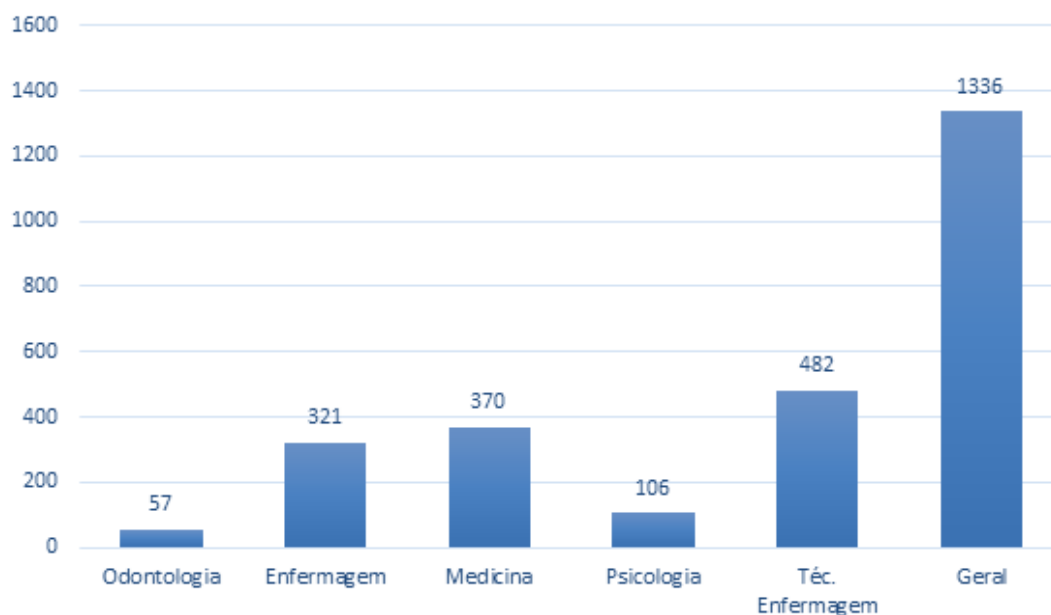
Gráfico 11 - Número de atendimentos realizados por todos os profissionais da ESF SJO ao longo das semanas analisadas, compreendendo o período de 28 de junho a 28 de julho de 2018



Fonte: GESTÃO..., 2018

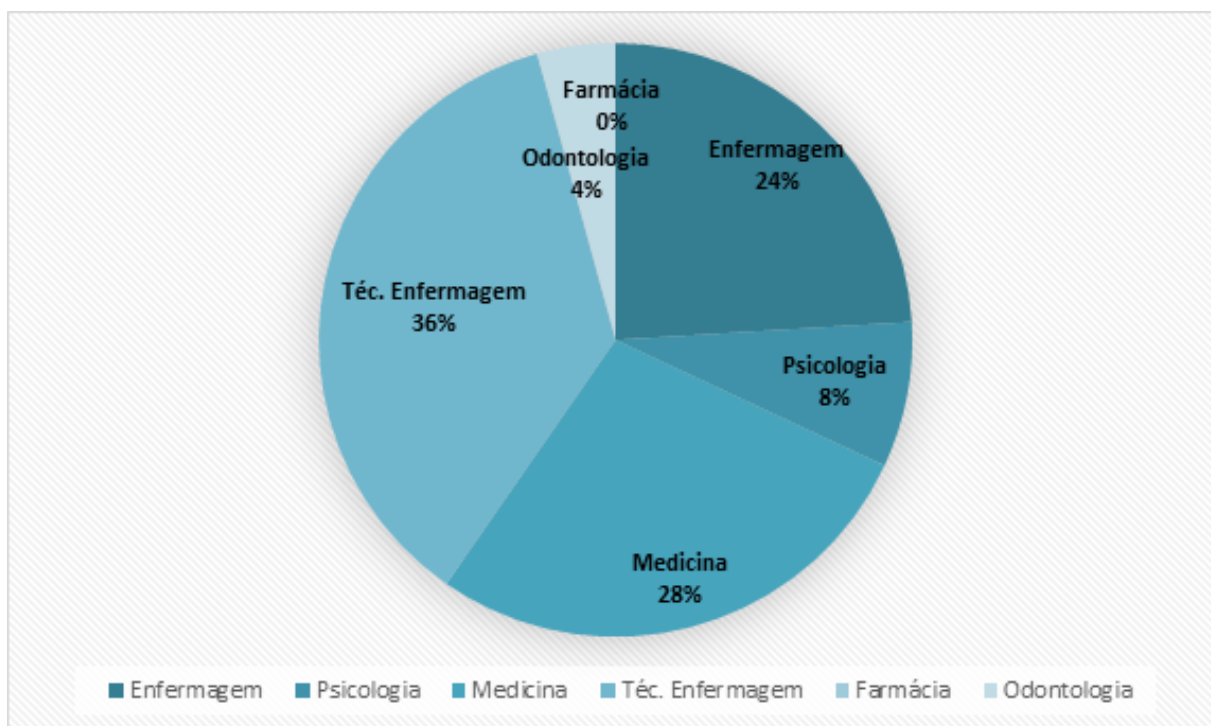
No que diz respeito às demandas por núcleo de atuação da unidade, os dados podem ser encontrados no gráfico 12. Nestes não foram incluídos os atendimentos realizados pelas farmacêuticas, pois não há relatórios que geram esses dados. Como pode-se observar, a maior procura de atendimentos foi para as técnicas de enfermagem, configurando 36% dos atendimentos realizados no período (gráfico 13).

Gráfico 12 - Números de atendimentos realizados pelos diferentes núcleos profissionais disponíveis na ESF SJO, com exceção do núcleo da farmácia, ao longo do período que compreendeu a análise, de 28 de junho à 28 de julho de 2018



Fonte: GESTÃO..., 2018

Gráfico 13 - Atendimentos realizados por cada núcleo da ESF SJO, no período de 28 de junho a 28 de julho de 2018, expressos em porcentagem em relação ao total



Fonte: GESTÃO PM MARAU, 2018.

Como pôde ser visualizado através dos gráficos 12 e 13, os relatórios obtidos através do sistema informatizado disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde não dispõem de informações acerca dos atendimentos

realizados pelas farmacêuticas. Isso se deve, em parte, à consideração do trabalho da farmácia como separado das demais atividades da ESF, não considerando os atendimentos farmacêuticos como consultas, reduzindo a importância destes. Entretanto, percebe-se diariamente a importância da presença de farmacêuticas na ESF, que prestam auxílio a todos da equipe através de orientações, além de auxiliar os usuários diretamente com seus medicamentos. Em diversas situações, as farmacêuticas residentes realizam visitas domiciliares, principalmente para usuários com dificuldade de adesão aos medicamentos, com dificuldades cognitivas e casos complexos, com o intuito de facilitar a compreensão dos mesmos acerca de seus medicamentos e auxiliá-los em seus tratamentos medicamentosos.

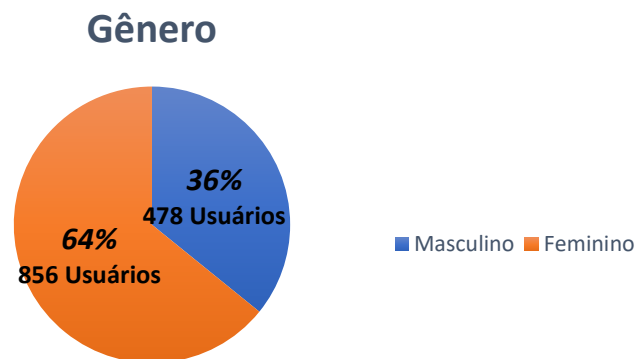
No período de 28 de junho a 28 de julho de 2018, houve a dispensação de medicamentos para 519 usuários. Com 22 dias úteis nesse intervalo, a média de usuários que retiraram medicamentos por dia na farmácia da ESF SJO é de 24 pessoas. O total de itens dispensados foi de 54.729, com média de 2.4488 por dia de atendimento, sendo os itens mais procurados a hidroclorotiazida 25mg e o ibuprofeno 600mg (GESTÃO..., 2018). A procura pela farmácia é bem variável, sendo que em alguns períodos há cerca de 10 usuários para serem atendidos, enquanto que em outros períodos há cerca de 45. Dias chuvosos e frios apresentam menor procura pelos serviços de farmácia. Entretanto, os dados apresentados não apresentam a demanda reprimida, muito comum nos serviços de farmácia, devido à falta de medicamentos que houve no período de análise. Diversas vezes ocorre, nos atendimentos de farmácia, de não entregar nenhum dos medicamentos prescritos, devido à falta ou não padronização dos mesmos pela prefeitura.

Apesar de todo o empenho das farmacêuticas, percebe-se, na rotina, grande quantidade de usuários com grandes dificuldades de organização dos medicamentos, seja por que não possuem ajuda de familiares, por não aceitarem ou não compreenderem seus tratamentos e sua importância.

O gênero que mais acessa a ESF é do público feminino, totalizando 856 atendimentos no período analisado. Em contrapartida, o público masculino compreendeu metade deste número, tendo sido realizados 478 atendimentos para este público (gráfico 14). Já em relação à faixa etária dos pacientes que buscaram os serviços de saúde oferecidos, a maior demanda foi por usuários

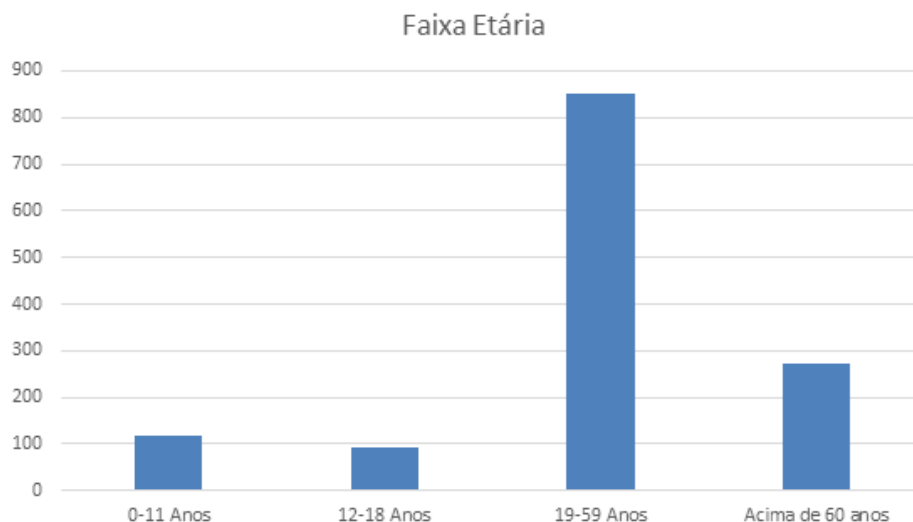
adultos, estando os adolescentes como o grupo que menos frequenta os serviços de saúde (gráfico 15).

Gráfico 14 - Número e proporção de usuários homens e mulheres que buscaram atendimento na ESF no período de 28 de junho a 28 de julho de 2018



Fonte: GESTÃO PM MARAU, 2018

Gráfico 15 - Número de atendimentos realizados na ESF SJO nas diferentes faixas etárias dos usuários que buscaram os serviços no período de 28 de junho a 28 de julho de 2018



Fonte: GESTÃO PM MARAU, 2018

8 IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇO DE SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO: PROPOSTA DE PESQUISA-INTERVENÇÃO

Após a realização do diagnóstico situacional de saúde do município de Marau/RS, com ênfase na ESF São José Operário, observou-se na prática a necessidade dos usuários de terem à disposição serviço de acompanhamento farmacoterapêutico para melhor utilização dos medicamentos e obtenção de resultados com seu tratamento medicamentoso. Apesar de haver três farmacêuticas disponíveis para atendimento na farmácia da ESF, as mesmas não dispõem de tempo programado para ações individuais de orientação aos usuários.

Nota-se dificuldade de adesão aos tratamentos medicamentosos por parte de muitos usuários, estando estes descompensados, principalmente em relação à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes mellitus (DM) e asma. O público atendido na ESF é constituído por muitos idosos (cerca de 30%), os quais, muitas vezes, têm dificuldades cognitivas e não possuem auxílio de familiares. Além disso há muitos usuários analfabetos, que necessitam de orientação e acompanhamento diferenciados.

Em vista da situação encontrada, pretende-se implantar serviço de seguimento farmacoterapêutico como uma alternativa ao público que necessitar, estando aberto a qualquer pessoa que solicitar o serviço ou for convidado.

Trata-se de:

[...] um componente da Atenção Farmacêutica e configura um processo no qual o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do usuário relacionadas ao medicamento, por meio da detecção, prevenção e resolução de Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM), de forma sistemática, contínua e documentada, com o objetivo de alcançar resultados definidos, buscando a melhoria da qualidade de vida do usuário. (IVAMA et al., 2002, p. 19).

Diversos estudos demonstram melhorias na qualidade de vida dos usuários através do seguimento farmacoterapêutico realizado por farmacêutico capacitado, em especial no controle da HAS. Dentre esses estudos, o desenvolvido por Souza et al. (2009) teve resultados extremamente positivos, com redução da pressão arterial (PA) por todos os usuários com HAS em acompanhamento e obtenção de níveis de PA normais por 60% dos usuários, demonstrando “a importância e a necessidade do serviço de atenção farmacêutica aos usuários de medicamentos, conduzindo à melhora dos resultados clínicos do tratamento da hipertensão arterial sistêmica” (p. 105).

O histórico da participação dos usuários da ESF nos serviços ofertados por esta sugere que a adesão e procura a este serviço será positiva, já que é uma comunidade que busca melhorias relacionadas à qualidade de vida.

Diante da realidade do farmacêutico, que, muitas vezes, é percebido como um profissional que trabalha somente “*entregando*” medicamentos, sem demais influências na saúde da população, objetiva-se avaliar a percepção da equipe multiprofissional da ESF São José Operário em relação ao trabalho do farmacêutico neste ambiente antes e após a implantação do serviço anteriormente descrito. Pretende-se, com esta pesquisa, responder à seguinte questão: qual a concepção dos profissionais de saúde acerca do trabalho do farmacêutico na Atenção Básica?

Dessa forma, será necessário desenvolver questionários para aplicar antes e após a implantação do serviço de seguimento farmacoterapêutico, já que se espera obter redução das demandas diárias dos demais serviços ofertados

na ESF, pelos diferentes profissionais, visto que esse acompanhamento pode trazer redução na PA e controle da HAS (CASTRO et al., 2006) e DM (MACEDO, 2005), além de sucesso terapêutico nas mais diversas situações, como na tuberculose (LOPES, 2009), e asma (ZANGHELINI, 2013), diminuindo a sobrecarga de trabalho de outros profissionais da Atenção Básica.

Como objetivo geral pretende-se avaliar a percepção da equipe multiprofissional da ESF São José Operário em relação ao trabalho do farmacêutico neste ambiente antes e após a implantação do serviço anteriormente descrito. Os objetivos específicos são: proporcionar o serviço de seguimento farmacoterapêutico a todos os usuários da ESF São José Operário; avaliar o grau de satisfação dos resultados desse serviço por outros profissionais de saúde da ESF; discutir o papel do farmacêutico na Atenção Básica; colaborar para definição da atuação do farmacêutico na Atenção Básica; colaborar para que o trabalho do farmacêutico na Atenção Básica seja evidenciado pelos demais profissionais.

Como resultados esperados, acredita-se que, com a implantação do serviço de seguimento farmacoterapêutico haverá a adesão da população e melhoria na qualidade de vida dos usuários e conseqüente diminuição do fluxo dos mesmos nos atendimentos diários na ESF, permitindo que os profissionais desenvolvam outras atividades junto à comunidade e despendam de maior tempo no atendimento de cada usuário.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os objetivos a que se propôs o presente estudo, é possível dizer que este foi primordial para a compreensão do contexto onde se insere o programa de residência multiprofissional, atentando para os mais diferentes elementos que o constituem, a fim de dar sentido e reconhecê-lo em suas fraquezas e potencialidades. Identificou-se aspectos históricos em âmbitos distintos e sua transformação através do tempo, além de descrever e analisar suas características atuais.

Em resumo, salienta-se que Marau possui crescente desenvolvimento econômico e busca oferecer educação e saúde de qualidade à população, mesmo em cenário de crise econômica estadual e nacional e privação de recursos a serviços públicos básicos. Para isso, investe recursos próprios, dispõe de profissionais capacitados para desenvolver a gestão dos serviços e avalia, continuamente, a demanda da população.

Contudo, em se tratando especificamente de atenção à saúde, mesmo tendo 12 ESF, correspondentes à cobertura de 100% do território, serviços especializados e hospitais, há certas fragilidades e aspectos que necessitam de melhorias. Estes perpassam as particularidades de cada serviço, são influenciados por questões políticas e/ou institucionais e, inclusive, têm relação com a formação de cada profissional que nele atua, por vezes sem o conhecimento e preparo adequado.

Nesse sentido, fica evidente a importância de buscar a especialização em serviço, como a residência multiprofissional, para quem almeja trabalhar e qualificar suas ações no âmbito do SUS, uma vez que é somente a partir da vivência prática, aliada ao estudo contínuo, que se passa a compreender a complexidade por trás do mesmo. Acrescenta-se o potencial da residência multiprofissional na melhoria dos serviços oferecidos, pois na medida em que os profissionais do programa inserem-se nas ESF influenciam e mobilizam toda a equipe com seu trabalho e motivação.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS. **Histórico**. 2018a. Disponível em: <<http://www.apaemarau.org.br/historico>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS. **Onde atuamos**. 2018b. Disponível em: <<http://www.apaemarau.org.br/atuacao/11/SnoezelenMSE>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

BERNARDI, F. **História de Marau**: uma comunidade laboriosa. Ed. Pallotti. Porto Alegre, 1992. 141 pag.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado. 1988. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoafederal.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2018.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95**, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal e dá outras providências. Brasília, DF. 2016. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=16/12/2016&jornal=1&pagina=2&totalArquivos=368>> Acesso em: 04 set. 2018.

BRASIL. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 20 jun. 2018.

BRASIL. **Lei nº 13.427**, de 30 de março de 2017. Altera o art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", para inserir, entre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o princípio da organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral. Brasília, DF. 2017a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13427.htm#art2>. Acesso em: 27 jul. 2018.

BRASIL. **Lei nº 9.656**, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF. 1998a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L9656.htm>. Acesso em: 28 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. **Legislação Específica**. 2018a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12500%3Alegislacao-especifica&catid=247%3Aresidencia-medica&Itemid=813>. Acesso em: 18 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Sistemas de informação**. 2008a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/svs/inf_sist_informacao.php>. Acesso em: 15 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Sistema de controle de exames laboratoriais da rede nacional de contagem de linfócitos CD4+/CD8+ e carga viral do HIV (SISCEL)**. s/d. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/primeira-coluna/sistema-de-controle-de-exames-laboratoriais-da-rede-nacional-de-contagem-de>>. Acesso em: 14 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. GAL. **Apresentação**. 2008b. Disponível em: <<http://gal.datasus.gov.br/GALL/index.php>>. Acesso em: 14 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8080**, de 10 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Lei 8080. Brasília, DF. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 02 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154**, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, DF. 2008c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 12 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2017b. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&data=22/09/2017&pagina=68>>. Acesso em: 29 de jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: 2006a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html>. Acesso em: 12 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 719**, de 7 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: 2011. Disponível em: <<http://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/01114724-20141103165640br-portaria-719-2011-academia-de-saude-1.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de cuidados à pessoa com deficiência**. 2018b. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-pessoa-com-deficiencia/acoes-e-programas/rede-de-cuidados-a-pessoa-com-deficiencia>>. Acesso em: 14 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 287**, de 8 de outubro de 1998. Brasília, DF. 1998b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.htm>. Acesso em: 13 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Sistema de Informação do Câncer - SISCAN**. Brasília, 2017c. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/28/4-c-Apresentacao-SISCAN.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Sistemas de informação da atenção à saúde: contextos históricos, avanços e perspectivas no SUS**. Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/sistemas_informacao_atenc_ao_saude_contextos_historicos.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde. **Roteiro para uso do sistema informatizado da monitorização das doenças diarreicas agudas - SIVEP DDA**. 2006b. Disponível em: <<http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/imunizacao/publicacoes/Manual%20SIVEP%20-%20DDA.pdf>>. Acesso em: 14 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes de implantação da vigilância em saúde do trabalhador no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/Diretrizes-de-implantacao-da-Vigilancia-em-Saude-do-Trabalhador-no-SUS.pdf>>. Acesso em: 08 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância ambiental em saúde: textos de epidemiologia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_ambiental_saude_textos_epidemiologia.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação**. 2017d. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinannet/violencia/bases/violebrnet.def>>. Acesso em: 22 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SIS Pré Natal**. 2008d. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/SISPRENATAL/index.php>>. Acesso em: 14 mai. 2018.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 2.117**, de 3 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Brasília, DF. 2005. Disponível em: <<http://www.fonosp.org.br/publicar/publicacoes/multiprofissional.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2018.

CASTRO, M.S. et al. Contribuição da atenção farmacêutica no tratamento de pacientes hipertensos. *Rev Bras Hipertens* v.13, n.3, p. 198-202, 2006. Disponível em: <http://www.ceatenf.ufc.br/ceatenf_arquivos/Artigos/ATENFAR%20em%20pacientes%20hipertensos.pdf> Acesso em 13 ago 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.451/95**. 1995. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm>. Acesso em: 29 jul. 2018.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. **CADSUS**. 2018a. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cadsus>>. Acesso em 20 de maio de 2018.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. **Informações de saúde**. 2010. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/censo/cnv/rendars.def>>. Acesso em 20 de maio de 2018.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. **SIAB**. 2018b Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/siab>>. Acesso em: 14 mai. 2018.

FEDERAÇÃO NACIONAL DE ASSOCIAÇÕES ATLÉTICAS BANCO DO BRASIL. **AABB Comunidade**. s/d. Disponível em: <http://www.aabbcomunidade.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Apresentacao_doPrograma_28_06_2018.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2018.

FERNEDA, R. et al. Alocação de gasto público no município de Marau: uma reflexão crítica sobre o processo de tomada de decisão gerencial e o desenvolvimento econômico. **Teoria e Evidência Econômica**. v. 21, n. 44, p. 186-220, jan./jun. 2015. Disponível em:

<seer.upf.br/index.php/rtee/article/download/5360/3480>. Acesso em: 20 jun 2018.

FIGUEIREDO NETO, M. V. et al. O processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde brasileiro e as novas perspectivas. **Revista Âmbito Jurídico**, Rio Grande, v. 8, n. 76, maio 2010, s.p.. Disponível em: <http://ambito-juridico.com.br/site/index.php?artigo_id=7781&n_link=revista_artigos_leitura>. Acesso em: 27 jul. 2018.

GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE. **A evolução que a saúde precisa**. 2018. Disponível em: <<https://www.inovadora.com.br/gmus.html>>. Acesso em: 01 jul. 2018.

GOOGLE MAPS. **Marau**. 2018. Disponível em: <<https://www.google.com/maps/search/marau/@-28.4863539,-53.4076565,8z>>. Acesso em: 03 mai. 2018.

HOSPITAL CRISTO REDENTOR. **Convênios**. 2018. Disponível em: <<http://www.hcrmarau.com.br/convenios>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Conheça cidades e estados do Brasil. **Dados do censo**. 2014. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/2098-np-censo-demografico/9662-censo-demografico-2010.html?edicao=9749&t=sobre>>. Acesso em: 29 mai. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Conheça cidades e estados do Brasil. **Dados do censo**. 2015. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/2098-np-censo-demografico/9662-censo-demografico-2010.html?edicao=9749&t=sobre>>. Acesso em: 29 mai. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Conheça cidades e estados do Brasil. **Dados do censo**. 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/marau/panorama>>. Acesso em: 29 mai. 2018.

IVAMA, A. et al. (org.) Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PropostaConsensoAtenfar.pdf>>. Acesso: 13 ago 2018.

LOPES, L. Seguimento farmacoterapêutico em pacientes com tuberculose pulmonar através da Metodologia Dáder. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*. v. 27, n.3, Jan. 2009. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/49599456_Seguimento_farmacoterap_eutico_em_pacientes_com_tuberculose_pulmonar_atraves_da_Metodologia_D_ader?enrichId=rgreq-5d843d5b1395a85094682214d71cfacb-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdIOzQ5NTk5NDU2O0FTOjEwMjE1MzA5MTgxMzM4MUAXNDAXMzY2NjAzNTcz&el=1_x_3&_esc=publicationCoverPdf> Acesso em: 13 ago. 2018

MACEDO, B.S. et al. Projeto de implantação de atenção farmacêutica a pacientes portadores de Diabetes mellitus tipo 2 em programa de saúde da família. *Revista Eletrônica de Farmácia; Suplemento*. v. 2, n.2, p. 116-118, 2005. Disponível em: < <https://www.revistas.ufg.br/REF/article/viewFile/1990/1958>>. Acesso em 13 ago 2018.

METASA. **Obras e projetos**. 2018. Disponível em: <<http://www.metasa.com.br/>>. Acesso em: 01 jul. 2018.

PORTAL DA TRANSPARÊNCIA. **Prefeitura Municipal de Marau**. 2018. Disponível em: <<http://transparencia.pmmarau.com.br/transparencia/>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU. **História de Marau**. s/d. Disponível em: <<http://www.pmmarau.com.br/conheca-marau/historia-de-marau>>. Acesso em: 14 mai. 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU. **IX Conferência municipal de saúde e I conferência municipal da mulher**. Marau, 2017a.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU. **Lei nº 3.441**, de 20 de agosto de 2003. Torna obrigatório o cadastro dos universitários para usufruírem do benefício do transporte escolar gratuito e dá outras providências. 2003. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/rs/m/marau/lei-ordinaria/2003/345/3441/lei-ordinaria-n-3441-2003-torna-obrigatorio-o-cadastro-dos-universitarios-para-usufruirem-do-beneficio-do-transporte-escolar-gratuito-e-da-outras-providencias>>. Acesso em: 18 jun. 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU. **Lei nº 5.170**, de 29 de maio de 2015. Aprova o plano municipal de educação. 2015. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/plano-municipal-de-educacao-marau-rs>>. Acesso em: 12 jun. 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU. **Lei nº 5.461**, de 18 de maio de 2018. Autoriza o Poder Executivo firmar parceria e repassar recursos a Associação Shobu-Kan de Karate-Do de Marau. 2018. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a1/rs/m/marau/lei-ordinaria/2018/547/5461/lei-ordinaria-n-5461-2018-autoriza-o-poder-executivo-firmar-parceria-e-repassar-recursos-a-associacao-shobu-kan-de-karate-do-de-marau>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU. Secretaria da Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021**. 2017b. Acesso em: 1 jun. 2018.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, Dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jul. 2018.

SILVA, J.P. **Inovação na Atenção Primária à Saúde**: um estudo de caso no município de Marau-RS. / Dissertação (Mestrado) – Universidade de Caxias do Sul, Programa de Pós-Graduação em Administração, 2012. Disponível em: <<https://repositorio.ucs.br/handle/11338/834>>. Acesso em: 23 jun. 2018.

SILVA, L. B. **Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica**. Rev. Katálysis, Florianópolis, v. 21, n.1, p. 200-209, Jan. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802018000100200&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 Set. 2018.

SOUZA, T.R.C.L. et al. Método Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico, Terceira Edição (2007): Um estudo piloto. Rev Ciênc Farm Básica Apl.; v. 30, n.1, p.105-109, 2009. Disponível em: <[http://leg.ufpi.br/subsiteFiles/lapnex/arquivos/files/Metodo%20Dader%20de%20Seguimento%20Farmacoterapeutico,%20Terceira%20Edicao%20\(2007\)%20Um%20estudo%20piloto.PDF](http://leg.ufpi.br/subsiteFiles/lapnex/arquivos/files/Metodo%20Dader%20de%20Seguimento%20Farmacoterapeutico,%20Terceira%20Edicao%20(2007)%20Um%20estudo%20piloto.PDF)>. Acesso em 13 ago. 2018.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Saúde**. 2007. Disponível em: <<http://www1.tce.rs.gov.br/portal/page/portal/tcers/consultas/indicadores/saude>>. Acesso em: 12 jun. 2018.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Saúde**. 2010. Disponível em: <<http://www1.tce.rs.gov.br/portal/page/portal/tcers/consultas/indicadores/saude>>. Acesso em: 12 jun. 2018.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Saúde**. 2012. Disponível em: <<http://www1.tce.rs.gov.br/portal/page/portal/tcers/consultas/indicadores/saude>>. Acesso em: 12 jun. 2018.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Saúde**. 2014. Disponível em: <<http://www1.tce.rs.gov.br/portal/page/portal/tcers/consultas/indicadores/saude>>. Acesso em: 12 jun. 2018.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Saúde**. 2016. Disponível em: <<http://www1.tce.rs.gov.br/portal/page/portal/tcers/consultas/indicadores/saude>>. Acesso em: 12 jun. 2018.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Consulta despesas**. 2018. Disponível em: <<http://www1.tce.rs.gov.br/aplicprod/f?p=20001:74>>. Acesso em: 12 jun. 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL. **Campus Passo Fundo**: apresentação. 2018. Disponível em: <<https://www.uffs.edu.br/campi/passofundo/apresentacao>>. Acesso em: 26 jul. 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL. **Portaria nº 911/GR/UFS/2015**. Designa membros e representantes da coremu. 2015. Disponível em: <<https://www.ufs.edu.br/atos-normativos/portaria/gr/2015-0911>>. Acesso em: 21 jun. 2018.

ZANGHELINI, F. et al. Impacto da atenção farmacêutica na função pulmonar de pacientes com asma grave. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*. 2013, v. 34, n.3, p. 379-386. Disponível em: <<https://web.a.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=18084532&asa=Y&AN=94253558&h=HQuq2BM4pZKepzUQ%2btwaOSsWmpnG5swpBrV3FJfXKXrk6HW6Yiu9AV%2bh%2fYpA7gRhk0wTfo67jeu2Kq5HVstMXg%3d%3d&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrlNotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrnl%3d18084532%26asa%3dY%26AN%3d94253558>>. Acesso em 13 ago. 2018.

CAPÍTULO II

PROJETO DE PESQUISA

**SERVIÇO DE SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO:
PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS ACERCA DO TRABALHO DO
FARMACÊUTICO EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

RESUMO

A atuação clínica do farmacêutico envolve a realização de consultas, durante as quais podem ser ofertados serviços farmacêuticos. Um dos serviços que pode ser oferecido aos usuários do Sistema Único de Saúde é o acompanhamento/seguimento farmacoterapêutico. Este estudo tem o objetivo de analisar a percepção dos usuários do território adstrito da Estratégia Saúde da Família São José Operário em relação ao trabalho do farmacêutico antes e após a utilização do serviço de seguimento farmacoterapêutico. O método a ser utilizado para o seguimento farmacoterapêutico é o *Subjective, Objective, Assessment, Plan*. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa do tipo pesquisa-intervenção, a ser realizado com o auxílio de diário de campo da pesquisadora, de coleta de características dos usuários do serviço e de realização de duas entrevistas semiestruturadas, antes e após utilizar o serviço, entre março e julho de 2019. Serão convidados a participar da pesquisa e a utilizar o serviço oito usuários polimedicados e com dificuldade de adesão aos seus tratamentos medicamentosos, sendo realizada a última coleta de dados na quarta consulta farmacêutica mensal. As entrevistas serão analisadas com uso da análise de conteúdo. Espera-se proporcionar melhora na adesão aos tratamentos medicamentosos e obtenção dos resultados definidos individualmente com cada usuário, dentro das limitações dos mesmos. Durante e ao final do processo de seguimento farmacoterapêutico acredita-se que os usuários poderão alcançar melhora na sua qualidade de vida. Espera-se, ainda, promover reflexão dos usuários acerca do farmacêutico e sua atuação na Atenção Básica, além da reflexão acerca dos benefícios obtidos (ou não) com o uso do serviço, permitindo compreender o trabalho do farmacêutico e os resultados obtidos nesse contexto.

PALAVRAS-CHAVE: Serviços comunitários de farmácia; Assistência Farmacêutica; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família.

1. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa está inserida no contexto do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), sendo os campos de prática duas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Marau, Rio Grande do Sul: ESF Santa Rita e ESF São José Operário. O programa é composto pelos núcleos de enfermagem, farmácia e psicologia, sendo a pesquisadora farmacêutica.

Como componente inicial do TCR, realizou-se diagnóstico situacional em saúde do município de Marau, com ênfase na ESF São José Operário, onde a pesquisadora atua. Nesse foram abordados diversos pontos que influenciam a saúde da população, desde aspectos históricos, territoriais, geográficos e educacionais até detalhamentos das redes de saúde. A partir do diagnóstico foram identificadas diversas fragilidades da rede de saúde, das quais os residentes deveriam selecionar a que julgassem mais importante e construir seu TCR sobre este assunto.

A ESF São José Operário dispõe de farmácia com atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) de todo o município, estando aberta em sete turnos da semana. Os turnos em que se encontra fechada são para desenvolvimento de outras atividades: na terça-feira à tarde os residentes e preceptoras têm componentes curriculares teóricos; na quarta-feira à tarde os profissionais da ESF realizam visitas domiciliares e reunião de equipe; e na quinta-feira pela manhã há a disponibilidade de tempo para as residentes farmacêuticas realizarem outras atividades da ESF de forma multiprofissional.

Há três farmacêuticas disponíveis para atendimento na farmácia, duas farmacêuticas residentes, atuando 40 horas semanais, e uma farmacêutica concursada, atuando 20 horas semanais no período vespertino. As farmacêuticas possuem tempo programado em suas agendas profissionais para algumas atividades, sendo: visitas domiciliares, acolhimento multiprofissional, reunião de equipe e participação em grupos de cuidado. Os demais períodos são destinados ao atendimento aos usuários na farmácia.

Historicamente, o profissional farmacêutico iniciou sua atuação de forma muito próxima aos pacientes, acolhendo-os, prescrevendo e manipulando seus medicamentos. Com o passar dos anos, esse profissional foi perdendo espaço nesse meio e se inserindo em áreas mais tecnicistas, como a produção de medicamentos em larga escala e a realização de análises clínicas. Foi somente nos últimos anos que esse profissional retomou sua atuação clínica junto aos pacientes e aos demais profissionais de saúde (SATURNINO et al., 2012).

Sendo assim, os conceitos relacionados à atuação clínica do farmacêutico são muito recentes. Ainda, nos dias de hoje, a formação do farmacêutico deixa a desejar nesse aspecto, já que geralmente é orientada para a formação generalista e tecnicista (SATURNINO et al., 2012), faltando espaços de formação juntamente aos pacientes e aos demais profissionais de saúde.

Na saúde pública, o farmacêutico é visto como o profissional que garante o abastecimento de medicamentos nas farmácias municipais e estaduais, atuando em algumas fases do ciclo da Assistência Farmacêutica relacionadas ao medicamento (PEREIRA; FREITAS, 2008). O farmacêutico é um profissional ainda pouco valorizado pelos serviços que pode oferecer além da dispensação de medicamentos (ROCHA; RODRIGUES, 2015).

A atuação clínica do farmacêutico envolve a realização de consultas farmacêuticas. Essas podem ser definidas como o atendimento realizado pelo farmacêutico com o usuário, com a finalidade de “obter os melhores resultados com a farmacoterapia e promover o uso racional de medicamentos” (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013b).

Durante as consultas farmacêuticas podem ser ofertados serviços farmacêuticos. Esses constituem parte dos serviços de saúde, que são aqueles que lidam com diagnóstico e tratamento de doenças, ou com promoção, manutenção e recuperação da saúde (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013b), com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da população. Podem ser diretamente destinados ao paciente em vários lugares, incluindo nos serviços de atenção primária à saúde e no domicílio do paciente (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2016).

Um dos serviços que o profissional farmacêutico pode oferecer a seus pacientes é o acompanhamento/seguimento farmacoterapêutico. Trata-se de:

[...] um componente da Atenção Farmacêutica e configura um processo no qual o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do usuário relacionadas ao medicamento, por meio da detecção, prevenção e resolução de Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM), de forma sistemática, contínua e documentada, com o objetivo de alcançar resultados definidos, buscando a melhoria da qualidade de vida do usuário. (IVAMA et al., 2002, p. 19).

A consulta deve ser feita em sala reservada, garantindo a privacidade do usuário (VIEIRA, 2007).

1.1 Justificativa

Notou-se, através dos atendimentos farmacêuticos na ESF São José Operário, a dificuldade de adesão aos tratamentos medicamentosos por parte de muitos usuários, estando suas doenças descompensadas. Cerca de 30% do público atendido na ESF em questão é constituído por idosos, os quais, muitas vezes, têm dificuldades cognitivas e não possuem auxílio de familiares. Além disso, há numerosos usuários analfabetos, que necessitam de orientação e acompanhamento diferenciados. Atualmente, as farmacêuticas não dispõem de tempo programado para a realização de consultas farmacêuticas individuais para orientação aos usuários.

Após a realização do diagnóstico situacional de saúde observou-se na prática a necessidade dos usuários de terem à disposição consultas farmacêuticas com a oferta de serviço farmacêutico para melhor utilização dos medicamentos e obtenção de resultados com seu tratamento.

A pesquisadora possui experiência com a oferta deste serviço em uma farmácia que fornece os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) através do SUS, trazendo o sucesso terapêutico de diversos usuários advindo da intervenção farmacêutica naquela farmácia. O CEAF é um dos blocos de financiamento da Assistência Farmacêutica no SUS, regulamentado pela Portaria nº 1.554, de 30 de julho de

2013 (BRASIL, 2013). Os medicamentos fornecidos por este componente podem ser acessados por qualquer usuário através dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).

Na farmácia mencionada no parágrafo anterior, o serviço de seguimento farmacoterapêutico é oferecido a usuários com qualquer condição clínica, desde que seja detectada dificuldade de adesão aos medicamentos ou descompensação de suas doenças. A consulta farmacêutica é agendada mensalmente, onde também são entregues os medicamentos do CEAF em uso. Utiliza-se protocolo adaptado para a realidade local para a primeira consulta, que mescla os instrumentos utilizados pelos métodos *Pharmacotherapy Workup* (PW) e Dáder (Apêndice A - adaptado de FOPPA, 2014). As demais consultas abrangem as necessidades de cada usuário, com a definição de resultados a serem obtidos individualmente. Os objetivos do serviço oferecido são:

“prevenir o surgimento de reações adversas; otimizar os efeitos farmacológicos do tratamento prescrito; verificar os motivos/fatores que levam à não adesão ao tratamento (subjetividade do indivíduo) buscando estratégias para aumentar a adesão; verificar interações medicamentosas e que possuam um efeito clínico negativo; e acordar junto ao usuário melhores horários para a tomada de medicamentos (considerando a particularidade dos medicamentos e dos indivíduos) fazendo apazamentos sempre que necessários.” (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2018).

As informações trocadas em cada consulta são registradas em prontuário físico pelo método SOAP (*Subjective, Objective, Assessment, Plan*) (SOARES et al., 2016), utilizado por diferentes categorias profissionais.

A experiência do serviço de seguimento farmacoterapêutico nessa farmácia mostrou-se favorável para os usuários. Houve a identificação de diversos PRM em usuários diagnosticados com Doença de Parkinson (DP) e a resolução de cerca de 53% desses. Os resultados demonstraram impactos clínicos positivos e a necessidade de intervenções profissionais individualizadas baseadas em ações que representam as reais necessidades do usuário com DP (FOPPA et al., 2016). Outra publicação sobre os mesmos pacientes tratou da caracterização farmacoepidemiológica de indivíduos com DP usuários dessa farmácia e também descreveu a importância do serviço ofertado a esse público (FOPPA; CHEMELLO; FARIAS, 2016). Ressalta-se que a relação farmacêutico-

paciente é primordial para o sucesso do serviço de seguimento farmacoterapêutico (FOPPA, 2014).

Apesar de na farmácia da ESF São José Operário serem fornecidos medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) e alguns do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF), acredita-se que o seguimento farmacoterapêutico também possa trazer benefícios à população desse território. Os benefícios podem abranger os relacionados a cada usuário, com resolução de PRM e melhora da qualidade de vida. Também pode-se esperar redução da demanda de outros serviços pelos usuários em acompanhamento, pois espera-se atingir melhor controle das doenças apresentadas. A longo prazo, o seguimento farmacoterapêutico possibilita, inclusive, a redução de gastos na saúde pública devido à redução da internação hospitalar e à redução da utilização de recursos (CARDOSO, 2013).

Devido aos benefícios esperados, pretende-se oferecer serviço de seguimento farmacoterapêutico como uma alternativa aos usuários da ESF São José Operário que necessitarem, ofertado a usuários polimedicados – em uso de cinco ou mais medicamentos (NASCIMENTO et al., 2017) – com dificuldade de adesão aos seus tratamentos medicamentosos.

Em revisão da literatura foi identificado um trabalho qualitativo sobre este assunto, demonstrando alto grau de satisfação dos usuários com o serviço de seguimento farmacoterapêutico (FOPPA, 2014). Por outro lado, há diversas pesquisas de abordagem quantitativa para avaliar os resultados da implantação de serviços de seguimento farmacoterapêutico. Dessa forma, a questão de pesquisa é: qual a percepção dos usuários acerca do trabalho do farmacêutico antes e após a utilização do serviço de seguimento farmacoterapêutico na ESF São José Operário?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a percepção dos usuários do território adstrito da ESF São José Operário em relação ao trabalho do farmacêutico antes e após a utilização do serviço de seguimento farmacoterapêutico.

2.2 Objetivos específicos

- 1) Disponibilizar o serviço de seguimento farmacoterapêutico a usuários do território adstrito da ESF São José Operário polimedicados e com dificuldade de adesão aos seus tratamentos medicamentosos;
- 2) Traçar resultados a serem atingidos com cada usuário, a depender da demanda individual;
- 3) Alcançar os resultados anteriormente definidos com cada usuário do serviço e promover a melhoria da sua qualidade de vida;
- 4) Compreender a percepção dos usuários quanto ao uso desse serviço;
- 5) Contribuir com as reflexões acerca do trabalho do farmacêutico na Atenção Básica.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Entre as linhas de atuação do farmacêutico encontram-se as de farmácia e saúde pública. Na linha de saúde pública encontra-se, entre outras, a especialidade da Estratégia Saúde da Família. Já na linha de farmácia encontram-se as especialidades de assistência farmacêutica; atenção farmacêutica; atenção farmacêutica domiciliar; e dispensação, assim como demais especialidades (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013a). Assim, o profissional farmacêutico tem a possibilidade de atuar nessas áreas.

A assistência farmacêutica compreende as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle da qualidade e utilização (abrangendo a prescrição e a dispensação), favorecendo a permanente disponibilidade dos produtos segundo as necessidades da população, identificadas com base em critérios epidemiológicos (BRASIL, 1998). O conceito adotado para Atenção Farmacêutica no Brasil é

[...] um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2002).

O conceito de Atenção Farmacêutica tem diversos aspectos em comum ao conceito de seguimento farmacoterapêutico, descrito anteriormente. Os serviços farmacêuticos são um componente da Atenção Farmacêutica (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2016).

O seguimento farmacoterapêutico trabalha com a detecção, prevenção e resolução de PRM, que são “problemas de saúde, entendidos como resultados clínicos negativos, devidos à farmacoterapia que, provocados por diversas causas, conduzem ao não alcance do objetivo terapêutico ou ao aparecimento de efeitos não desejados” (SANTOS et al., 2004). Esses são divididos em categorias:

Necessidade:

PRM 1 – O doente tem um problema de saúde por não utilizar a medicação que necessita

PRM 2 – O doente tem um problema de saúde por utilizar um medicamento que não necessita

Efetividade:

PRM 3 – O doente tem um problema de saúde por uma inefetividade não quantitativa da medicação

PRM 4 – O doente tem um problema de saúde por uma inefetividade quantitativa da medicação

Segurança:

PRM 5 – O doente tem um problema de saúde por uma insegurança não quantitativa de um medicamento

PRM 6 – O doente tem um problema de saúde por uma insegurança quantitativa de um medicamento (SANTOS et al., 2004).

Um diferencial do seguimento farmacoterapêutico é que toda interação deve ser registrada. O método SOAP pode ser usado desde a primeira consulta. Em *Subjective* são registrados os dados do atendimento que não se constituem dados objetivos; deve-se buscar informações pertinentes a PRM e a relação com a enfermidade do usuário. Em *Objective* deve-se registrar os dados objetivos, como sinais vitais, resultados de exames, testes laboratoriais e exames físicos. Em *Assessment* são registradas as avaliações feitas pelo farmacêutico, com base nos dados subjetivos e objetivos, identificando as suspeitas de PRM, o que pode ser feito para a resolução desses problemas e as intervenções farmacêuticas a serem realizadas. Em *Plan*, deve-se registrar os acordos estabelecidos com o usuário para implementação do plano e a forma de monitoramento dos resultados obtidos (SOARES et al., 2016).

Os objetivos da Atenção Farmacêutica e do seguimento farmacoterapêutico são semelhantes: o alcance de resultados definidos individualmente com cada usuário, de acordo com as necessidades particulares, e o aumento da qualidade de vida, através da melhora da farmacoterapia desse usuário. Como exemplo de resultado definido, pode-se citar a redução da glicemia, a redução da hemoglobina glicada, o controle da Pressão Arterial, a realização de exercício físico diariamente, etc.

O conceito de qualidade de vida varia conforme o autor. Também pode variar entre diferentes indivíduos, pois envolve aspectos como a autoestima, bem-estar pessoal, capacidade funcional, nível socioeconômico, estado emocional, atividade intelectual, suporte familiar, estado de saúde e ambiente

em que se vive (VECCHIA et al., 2005). Portanto a melhora da qualidade de vida também pode ser subjetiva, dependendo da percepção de cada indivíduo.

Diversos estudos demonstraram alcance de resultados definidos e melhorias na qualidade de vida dos usuários com a implantação de serviço de seguimento farmacoterapêutico realizado por farmacêutico capacitado. Os estudos indicam o potencial que esse profissional tem para influenciar os resultados obtidos pelos pacientes com a farmacoterapia.

Dentre esses estudos, o desenvolvido por Souza et al. (2009) teve resultados extremamente positivos, com redução da pressão arterial (PA) por todos os usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em acompanhamento e obtenção de níveis de Pressão Arterial (PA) normais por 60% dos usuários, demonstrando “a importância e a necessidade do serviço de atenção farmacêutica aos usuários de medicamentos, conduzindo à melhora dos resultados clínicos do tratamento da hipertensão arterial sistêmica” (p. 105).

Em outro estudo, realizado por Plácido, Fernandes e Guarido (2009) no ambulatório de um hospital privado, houve a resolução de 93,1% dos PRM somente com orientação e seguimento farmacoterapêutico de indivíduos com Diabetes Mellitus (DM) e demais morbidades. Os PRM encontrados incluíram tratamento farmacológico desnecessário, uso de fármaco inadequado, reação adversa a medicamento e dose sobreterapêutica. Os PRM não resolvidos se deram por falta de poder aquisitivo para adquirir o medicamento indicado pelo médico e pela escolha de outro indivíduo em seguir com o analgésico já utilizado, ao invés de trocá-lo pelo medicamento indicado para o tratamento da artrite reumatoide.

Em estudo feito por Marques et al. (2009) com pacientes com qualquer morbidade (sendo HAS, DM e ansiedade as mais comuns), foi possível resolver diversos problemas de saúde. O PRM mais comum foi o PRM 4, sendo necessária, em 80,8% dos casos, apenas uma intervenção farmacêutica. A intervenção mais comum foi de aumentar a adesão ao tratamento.

Um quarto estudo, realizado por LIMA et al. (2016) em uma farmácia popular, demonstrou resultados parecidos quanto à atuação do farmacêutico: o

seguimento farmacoterapêutico trouxe resultados positivos relacionados à farmacoconomia, otimização da terapia farmacológica, prevenção e solução de PRM e benefícios na adesão ao tratamento em idosos com diferentes perfis clínicos. O PRM mais frequente foi relacionado a reação adversa a medicamento, seguido de dificuldade de adesão ao tratamento, sendo que 70% dos participantes apresentaram este último. Além de melhorar a adesão ao tratamento, o seguimento farmacoterapêutico possibilita a aproximação do farmacêutico com o usuário e permite focar no paciente através da melhora da farmacoterapia, da preservação da segurança do paciente e da garantia do Uso Racional de Medicamentos (URM) (LIMA et al., 2016).

Resultados semelhantes foram encontrados por diversos outros autores, indicando que o serviço de seguimento farmacoterapêutico traz benefícios para os usuários. Os benefícios relatados incluem: redução da PA em usuários com HAS, melhora da adesão ao tratamento, melhora do problema de saúde, conhecimento das doenças que os usuários apresentam (AMARANTE et al., 2010), redução da glicemia de jejum em usuários com DM tipo 2 (MACEDO et al., 2005; CARVALHO et al., 2011), redução da glicemia pós-prandial e da hemoglobina glicada em usuários com DM tipo 2 (CARVALHO et al., 2011), contribuição com o sucesso terapêutico dos usuários (SANTOS et al., 2006), diminuição ou eliminação das interações medicamentosas indesejáveis, diminuição das reações adversas a medicamentos, esclarecimento de dúvidas em relação ao uso de medicamentos, promoção do URM, contribuição para melhor qualidade de vida aos idosos, redução do número de PRM e redução de custos (COUTO, ALBUQUERQUE e MEDEIROS, 2007). Há evidência de melhora de adesão ao tratamento até mesmo em pacientes em uso de Terapia Antirretroviral (TARV) em seguimento farmacoterapêutico (VIELMO et al., 2014).

Percebe-se que o serviço ofertado de seguimento farmacoterapêutico pode trazer benefícios em diversas condições clínicas e situações, não havendo contraindicação da oferta do serviço para nenhum tipo de paciente.

Os estudos realizados foram capazes de mostrar a importância do farmacêutico na resolução de diversos problemas apresentados pelos usuários em decorrência do uso (ou não) de seus medicamentos, que podem ser

desconhecidos pelo médico e pelo restante da equipe de saúde. Assim, o farmacêutico é capaz de promover a melhora da adesão ao tratamento e melhora da qualidade de vida dos usuários do serviço de seguimento farmacoterapêutico (PLÁCIDO; FERNANDES; GUARIDO, 2009).

Devido ao potencial de gerar resultados benéficos para os usuários do serviço de seguimento farmacoterapêutico, escolheu-se estudar a percepção desses usuários acerca do trabalho do farmacêutico, já que essa pode vir a mudar após o uso do serviço, como indicado por FOPPA (2014). Em outras atividades de promoção à saúde em que o farmacêutico atua, também há indicativos de mudança na percepção dos usuários quanto à própria farmacoterapia (VINHOLES; ALANO; GALATO, 2009).

O serviço será ofertado em uma ESF que abrange bairros onde moram famílias com médio e baixo poder aquisitivo, em geral. A oferta desse serviço a esses usuários significa proporcionar a oportunidade de alcançar benefícios para si próprios que, possivelmente, não conseguiriam ter acesso em outro local, já que não teriam a possibilidade de adquirir tal serviço no setor privado. Além disso, o município de Marau não dispõe de nenhum outro serviço de farmácia como esse. Assim, essa pesquisa é inovadora no município.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa do tipo pesquisa-intervenção, realizado com o auxílio de diário de campo da pesquisadora, de coleta de características dos usuários do serviço de seguimento farmacoterapêutico e de realização de duas entrevistas semiestruturadas com o mesmo público.

4.2 Local e período de realização

O estudo será realizado entre março e dezembro de 2019 no ambiente da ESF São José Operário, localizada na Rua 21 de maio, 161, bairro São José Operário, Marau/RS e no domicílio dos usuários que fizerem uso do serviço – todos no território adstrito da ESF São José Operário, que compreende os bairros São José Operário, Frei Adelar e Nova Alternativa, além do Loteamento Busnello e do distrito industrial.

A pesquisadora reservará duas tardes por mês para a realização das consultas individuais.

4.3 Participantes da pesquisa

Serão convidados a participar da pesquisa e a utilizar o serviço usuários acima de 18 anos polimedicados e com dificuldade de adesão aos seus tratamentos medicamentosos, com qualquer morbidade.

A identificação dos usuários com esse perfil será feita pelas farmacêuticas durante todo o período de trabalho na ESF, durante os atendimentos na farmácia

até os acolhimentos multiprofissionais. Os usuários também poderão ser referenciados ao serviço pelos demais profissionais de saúde da ESF.

Inicialmente, o serviço, a pesquisa e a forma com que serão conduzidos serão explanados a todos os usuários que possivelmente venham a fazer parte do estudo. Quando do aceite do usuário em participar, este deverá assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) e o termo de consentimento para uso de voz (Apêndice C) voluntariamente, em duas vias.

Em seguida, será feita a coleta das características sociodemográficas dos participantes (Apêndice D) e realizada a primeira entrevista (Apêndice E). Caso não seja possível realizar a coleta desses dados neste encontro, novo encontro será agendado, conforme disponibilidade do usuário, para que sejam coletados.

Após a coleta das características e da primeira entrevista (apêndices C e D), será escolhida a melhor data e horário para a primeira consulta farmacêutica a ser feita no seu domicílio, com tempo de duração livre. A consulta também poderá ser feita na ESF, caso seja essa a preferência do usuário. O protocolo utilizado para a primeira consulta consta no Apêndice A (adaptado de FOPPA, 2014).

O seguimento farmacoterapêutico seguirá o método SOAP, conforme descrito por Soares et al. (2016). Após a primeira consulta, já será agendada a próxima a ser realizada na ESF São José Operário. Os encontros serão, então, agendados mensalmente para cada usuário na ESF São José Operário, com duração máxima de uma hora. Todos os registros serão feitos no prontuário eletrônico de cada usuário, utilizando o sistema informatizado disponibilizado pela Prefeitura Municipal de Marau (PMM). Durante as consultas também será feita a entrega dos medicamentos de uso contínuo disponíveis na farmácia da ESF.

Para tanto, a pesquisadora reservará dois turnos por mês para as consultas individuais. Devido às diversas atividades desenvolvidas na residência multiprofissional, a pesquisadora dispõe somente de dois turnos de trabalho mensais para a realização desta pesquisa, ou seja, oito horas mensais.

Devido à experiência prévia da pesquisadora, sabemos que as consultas do seguimento farmacoterapêutico demandam, em média, uma hora, considerando o tempo gasto com o usuário e o tempo utilizado para registro das informações no prontuário eletrônico. Portanto, serão atendidos até oito usuários por mês, o que delimita o número da amostra a oito usuários. Dessa forma, o tempo disponível da pesquisadora para as consultas individuais e coleta de dados é o principal delimitador da amostra.

A população final que comporá o estudo se refere aos usuários que utilizarem o serviço por pelo menos três meses (três consultas) desde o início da oferta do serviço. Considerou-se esse período como o mínimo para que se possa observar, efetivamente, algum resultado obtido com o serviço oferecido e refletir sobre o mesmo, assim como descrito por Armando, Uema e Solá (2005).

Na quarta consulta agendada com os usuários será realizada a segunda entrevista (Apêndice F).

A realização de consultas farmacêuticas continuará após a coleta dos dados para a pesquisa até que sejam atingidos os objetivos definidos com cada usuário, com o intuito de concluir o seguimento farmacoterapêutico e fornecer o melhor cuidado farmacêutico possível para os mesmos.

4.3.1 Critérios de inclusão

- Ser maior de 18 anos;
- Ser polimedicado;
- Ter dificuldade de adesão aos tratamentos medicamentosos para qualquer morbidade;
- Assinar, voluntariamente, o TCLE e o termo de consentimento para uso de voz.

3.3.2 Critérios de exclusão

- Não possuir fluência na língua portuguesa;
- Possuir algum tipo de deficiência autodeclarada que traga comprometimento cognitivo ou dificuldade de discurso.

4.4 Coleta de dados

Somente após a obtenção das assinaturas do TCLE e do termo de consentimento para uso de voz será possível iniciar a coleta de dados.

Quando possível, a coleta das características sociodemográficas dos participantes (Apêndice D) e a primeira entrevista (Apêndice E) serão realizadas no dia do aceite de participação na pesquisa. Caso não seja possível realizar a coleta desses dados neste encontro, novo encontro será agendado, conforme disponibilidade do usuário, para que sejam coletados.

As características sociodemográficas serão coletadas individualmente por meio de um questionário (Apêndice D), em sala reservada para este fim. A pesquisadora questionará o usuário sobre cada item que compõe o questionário e fornecerá as opções, quando houver, para que o usuário selecione uma. A pesquisadora anotará, por escrito, as respostas individuais de cada participante.

A primeira entrevista será realizada individualmente na sequência. Será feita em uma sala reservada para este fim com o auxílio de uma entrevista semiestruturada (Apêndice E), a qual guiará as perguntas a serem feitas aos participantes. A estrutura das perguntas poderá ser modificada de forma a facilitar a compreensão de seu significado por cada participante, sem alterar o sentido da pergunta. A entrevista acontecerá como uma conversa a fim de evitar a timidez dos participantes, sem induzir as respostas destes, e terá tempo de duração livre, conforme necessário para cada participante. Essa entrevista será gravada com o auxílio de aplicativo de gravação de voz em celular, o qual será

mantido na mesma sala, em local não visível ao participante, a fim de evitar sua timidez.

A segunda entrevista será realizada individualmente na quarta consulta agendada e terá a mesma estrutura que a primeira. Será feita em uma sala reservada para este fim e com o auxílio de uma entrevista semiestruturada com perguntas diferentes (Apêndice F), a qual guiará as perguntas a serem feitas. As perguntas poderão ser modificadas, da mesma forma, para facilitar a compreensão de cada participante. Essa entrevista também será gravada com o auxílio de aplicativo de gravação de voz em celular, com os mesmos cuidados tomados na primeira entrevista. Esta entrevista terá duração de tempo limitada a uma hora (tempo de duração da consulta mensal), devido aos demais agendamentos que serão feitos para o mesmo dia. As perguntas previstas no Apêndice F poderão não ser esgotadas, a depender de cada situação. A segunda entrevista será a última fase de coleta de dados para a pesquisa.

Também será utilizado diário de campo durante todas as consultas, entrevistas e visitas domiciliares, a fim de registrar a perspectiva da pesquisadora durante a coleta de dados, que acontecerá entre março e julho de 2019.

4.5 Processamento e análise dos dados

Todas as entrevistas individuais serão transcritas. Posteriormente serão analisadas por meio da análise de conteúdo. Essa metodologia pode ser usada em qualquer tipo de documento ou texto e permite fazer descrições sistemáticas dos conteúdos, sejam qualitativas ou quantitativas, a fim de interpretar e inferir conhecimentos a partir dos participantes e seus meios e atingir a compreensão dos seus significados (BARDIN, 2016).

Dependendo das categorias que forem construídas, poderão ser feitas relações com as características sociodemográficas dos participantes e com as vivências e percepções da pesquisadora, registradas no diário de campo.

4.6 Aspectos éticos

O projeto foi enviado para aprovação pela PMM, que autorizou a coleta de dados na ESF São José Operário (Apêndice G) e a realização da pesquisa.

O projeto será enviado para aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFFS, conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012). A pesquisa iniciará somente após a aprovação por este órgão.

No momento da coleta dos dados, os usuários do serviço entrevistados deverão assinar o TCLE e o termo de consentimento para uso de voz voluntariamente. O usuário que escolher não participar do estudo não sofrerá qualquer penalidade. Os que assinarem o TCLE e o termo de consentimento para uso de voz terão o direito de retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem qualquer penalidade. Os usuários que retirarem seus consentimentos poderão seguir utilizando o serviço de seguimento farmacoterapêutico, caso desejarem, mesmo sem participar da pesquisa. Caso desejarem desistir de utilizar o serviço de acompanhamento farmacoterapêutico e de participar da pesquisa em andamento, também o poderão fazer sem qualquer penalidade.

Este estudo pode trazer benefícios ao SUS e à Atenção Básica no sentido de identificar a percepção dos usuários quanto ao profissional e ao serviço farmacêutico oferecido. Os usuários obterão benefícios próprios quanto ao alcance de melhores resultados com sua farmacoterapia e melhora da qualidade de vida.

Os riscos aos quais os usuários estarão expostos serão de relembrar experiências passadas desagradáveis ou de se sentirem intimidados pela presença da pesquisadora durante a coleta de dados. Entretanto, os usuários estarão sempre acompanhados pela pesquisadora, que lhes prestará toda a assistência necessária.

Caso o risco de relembrar experiências desagradáveis venha a se concretizar, cada caso será avaliado individualmente pela pesquisadora e os usuários poderão ser referenciados ao serviço de psicologia disponível na ESF, sendo atendidos como os demais usuários do serviço, através do SUS. Quando for do desejo do usuário, a participação no seguimento farmacoterapêutico e na pesquisa serão mantidos.

Caso o risco de o usuário sentir-se intimidado pela presença da pesquisadora venha a se concretizar, cada caso será avaliado individualmente e a pesquisa será interrompida com aquele usuário. Em caso da ocorrência de riscos não previstos, a pesquisa será interrompida.

Todos os usuários que participarem da pesquisa terão garantidos o sigilo e anonimato em todas as fases da pesquisa. Somente as pesquisadoras terão acesso aos dados coletados. Logo após a finalização das entrevistas, as gravações serão salvas em computador e excluídas do celular, a fim de evitar a perda e exposição das informações. As gravações serão excluídas do computador após cinco anos.

O serviço seguirá sendo ofertado a esses usuários até que os objetivos definidos com cada um sejam atingidos. Assim poderão obter os melhores resultados possíveis através do seguimento farmacoterapêutico.

Os resultados obtidos ao final da pesquisa serão repassados individualmente aos usuários em momento oportuno, sem identificar os sujeitos da pesquisa. Os usuários que ainda estiverem em acompanhamento receberão a devolutiva dos resultados em um dos atendimentos agendados. Para os demais usuários que não estiverem mais em acompanhamento, será agendado um horário na ESF ou em seu domicílio, conforme sua preferência, para a devolutiva dos resultados. Somente será realizada a devolutiva com usuários que assim desejarem. Os resultados dessa pesquisa serão publicados em revista científica em tempo oportuno. Os participantes da pesquisa poderão solicitar o artigo científico publicado, que será, então, entregue ao mesmo.

5 RESULTADOS ESPERADOS

O histórico da participação dos usuários da ESF nos serviços ofertados sugere que a adesão e procura por este serviço será positiva, já que é uma comunidade que busca melhorias relacionadas à qualidade de vida. O principal resultado esperado dessa pesquisa é que os usuários do serviço demonstrem mudança na percepção sobre o trabalho da farmacêutica, além de compreender sua importância através do manejo da farmacoterapia e orientações, promovendo sua reflexão acerca dos benefícios obtidos (ou não) com o uso desse serviço.

Os benefícios esperados incluem a melhora na adesão aos tratamentos medicamentosos de todos os usuários do serviço, já que todos os selecionados terão essa dificuldade. Com a melhora da adesão, espera-se obter os resultados definidos individualmente com cada usuário, dentro das limitações dos mesmos. Diferentes resultados poderão ser alcançados por cada um, dependendo da condição na qual se encontravam no início do seguimento farmacoterapêutico. Durante e ao final do processo de seguimento farmacoterapêutico acredita-se que os usuários poderão obter melhora na sua qualidade de vida.

Como consequência da mudança de percepção acerca do trabalho da farmacêutica por meio da observação de resultados, espera-se haver a demanda de oferta do serviço a todos os usuários do território adstrito da ESF São José Operário com o perfil descrito por tempo indeterminado. Com a manutenção do serviço, a farmacêutica poderá atuar nas constantes e variáveis necessidades da população relacionadas à farmacoterapia.

Possivelmente haverá redução das demandas diárias dos demais serviços ofertados na ESF, pelos diferentes profissionais, visto que esse acompanhamento pode trazer redução na PA e controle da HAS (CASTRO et al., 2006) e DM (MACEDO et al., 2005), além de sucesso terapêutico nas mais diversas situações, como na asma (ZANGHELINI, 2013). Possivelmente os gastos em saúde pública a longo prazo relacionados aos usuários que utilizarem o serviço venham a ser menores, devido ao menor número de internações

hospitalares e de utilização de recursos que o seguimento farmacoterapêutico pode proporcionar a esses usuários.

Se, ao final da pesquisa, o seguimento farmacoterapêutico mostrar-se eficaz, assim como descrito por demais autores, e houver demanda para que seja ofertado continuamente, tem-se a intuito de proporcionar este serviço por tempo indeterminado à população adstrita da ESF.

6 RECURSOS

Os recursos financeiros necessários para o desenvolvimento do projeto estão listados no Quadro 1 a seguir, sendo todos recursos próprios.

Quadro 1 – Recursos financeiros necessários

Identificação do Orçamento	Tipo	Valor em Reais (R\$)
Combustível com transporte	Outros	100,00
Impressões e encadernações	Outros	200,00
Materiais de papelaria (três canetas, um pacote de etiquetas adesivas, fitas adesivas coloridas, um pacote de elástico fino, uma caixa de clips, um tubo de cola branca)	Outros	50,00
TOTAL		350,00

7 CRONOGRAMA

O cronograma de execução das atividades relacionadas ao projeto em questão, através dos meses do ano de 2018 e 2019 a partir do corrente mês está descrito no Quadro 2 a seguir.

Quadro 2 – Cronograma de execução

MÊS E ANO	10 2018	11 2018	12 2018	01 2019	02 2019	03 2019	04 2019	05 2019	06 2019	07 2019	08 2019	09 2019	10 2019	11 2019	12 2019
ATIVIDADE															
Revisão da literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Redação do projeto	X	X													
Qualificação do projeto		X													
Aprovação nos órgãos competentes			X	X	X										
Oferta do serviço						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Coleta dos dados						X	X	X	X	X					

REFERÊNCIAS

AMARANTE, L. C. et al. A influência do acompanhamento farmacoterapêutico na adesão à terapia anti-hipertensiva e no grau de satisfação do paciente. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Belo Horizonte, v. 3, n. 31, p.209-215, dez. 2010. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/49599614_A_influencia_do_acompanhamento_farmacoterapeutico_na_adesao_a_terapia_anti-hipertensiva_e_no_grau_de_satisfacao_do_paciente>. Acesso em: 10 out. 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2016. Disponível em: <<https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Resolução Nº 466, de 12 de Dezembro de 2012**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013**. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1554_30_07_2013.html. Acesso em 10 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998**. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. 1998. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html>. Acesso em: 30 out. 2018.

CARDOSO, C. L. Seguimento farmacoterapêutico num grupo de doentes crônicos: a importância da adesão. 2013. 128 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã. Disponível em: <<https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/3143/1/Cristiana%20Cardoso.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2018.

CARVALHO, F. D. et al. Influência do seguimento farmacoterapêutico sobre o tratamento medicamentoso de diabetes mellitus tipo 2 no Brasil: Revisão Sistemática. **R. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde**, São Paulo, v. 2, n. 2, p.5-10, maio 2011. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/224982718_Influencia_do_seguimento_farmacoterapeutico_sobre_o_tratamento_medicamentoso_de_diabetes_mellitus_tipo_2_no_Brasil_Revisao_Sistemica>. Acesso em: 10 out. 2018.

CASTRO, M.S. et al. Contribuição da atenção farmacêutica no tratamento de pacientes hipertensos. **Rev. Bras. Hipertens.** v.13, n.3, p. 198-202, 2006. Disponível em: <http://www.ceatenf.ufc.br/ceatenf_arquivos/Artigos/ATENFAR%20em%20pacientes%20hipertensos.pdf> Acesso em 13 ago 2018.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Resolução nº 572, de 25 de abril de 2013.** Dispõe sobre a regulamentação das especialidades farmacêuticas, por linhas de atuação. 2013a. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/572.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Resolução N. 585 de 29 de agosto de 2013:** Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. 2013b. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>. Acesso em: 10 out. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (Brasília). **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade:** contextualização e arcabouço conceitual. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016. 200 p. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/Profar_Arcabouco_TELA_FINAL.pdf>. Acesso em: 02 out. 2018.

COUTO, Breno Emídio; ALBUQUERQUE, Irineu Lima de; MEDEIROS, Maria Angelina da Silva. Uso abusivo de medicamentos por idosos em comunidade de Fortaleza - Ceará. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [s.l.], p.12-16, 2007. Fundação Edson Queiroz. <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2007.p12>. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/307794800_Uso_abusivo_de_medicamentos_por_idosos_em_comunidade_de_Fortaleza_-_Ceara_>. Acesso em: 10 out. 2018.

FOPPA, A. A.; CHEMELLHO, C.; FARIAS, M. R. Caracterização farmacoepidemiológica de indivíduos com Doença de Parkinson para implantação de serviço clínico farmacêutico. **Journal of Applied Pharmaceutical Sciences**. v. 3. n.1. p. 28-40. 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/note/Downloads/e6f2ee_851477d5c282466f913eb338773911b9.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2018.

FOPPA, A. A. et al. Medication therapy management service for patients with Parkinson's Disease: a before and after study. **Journal of Neurology and Therapy**. v. 5. n. 1. p. 85-99. 2016. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs40120-016-0046-4>>. Acesso em: 02 nov. 2018.

FOPPA, A. A. Qualificação do serviço farmacêutico clínico a partir dos dados de seguimento farmacoterapêutico a indivíduos com Doença de Parkinson. 2014. 231 f. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Assistência Farmacêutica) - Departamento de Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/123322>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

IVAMA, A. et al. (org.) **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PropostaConsensoAtenfar.pdf>>. Acesso: 13 ago. 2018.

LIMA, Tiago Aparecido Maschio de et al. ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO EM IDOSOS. **Arquivos de Ciências da Saúde**, [s.l.], v. 23, n. 1, p.52-57, 31 mar. 2016. Faculdade de Medicina de Sao Jose do Rio Preto - FAMERP. <http://dx.doi.org/10.17696/2318-3691.23.1.2016.229>. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/299574500_ACOMPANHAMENTO_FARMACOTERAPEUTICO_EM_IDOSOS>. Acesso em: 10 out. 2018.

MACEDO, B.S. et al. Projeto de implantação de atenção farmacêutica a pacientes portadores de Diabetes mellitus tipo 2 em programa de saúde da família. **Revista Eletrônica de Farmácia**; Suplemento. v. 2, n.2, p. 116-118, 2005. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/REF/article/viewFile/1990/1958>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

MARQUES, Luciene A.m. et al. Acompanhamento Farmacoterapêutico de Pacientes na Farmácia-Escola da Universidade Federal de Alfenas. **Latin American Journal Of Pharmacy**, [s.l.], v. 5, n. 28, p.688-694, 2009. Disponível em: <<https://studylibpt.com/doc/1470066/acompanhamento-farmacoterap%C3%AAutico-de-pacientes-na-farm%C3%A1cia>>. Acesso em: 12 out. 2018.

NASCIMENTO, Renata Cristina Rezende Macedo do et al.. Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 51, n. 2, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007136.pdf>. Acesso em: 18 out. 2018.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica**: proposta. 2002. Brasília – DF. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PropostaConsensoAtenfar.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2018.

PEREIRA, Leonardo Régis Leira; FREITAS, Osvaldo de. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 44, n. 4, p.601-612, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v44n4/v44n4a06.pdf>>. Acesso em: 09 out. 2018.

PLÁCIDO, Viviane Butara de; FERNANDES, Leonardo Parr dos Santos; GUARIDO, Cristiane Fátima. Contribuição da Atenção Farmacêutica para pacientes portadores de diabetes atendidos no ambulatório de endocrinologia da UNIMAR. **Rev. Bras. Farm.**, São Paulo, v. 3, n. 90, p.258-263, 2009. Disponível em: <<http://www.ceatenf.ufc.br/Artigos/23.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2018.

ROCHA, K. S. S.; RODRIGUES, R. C. Por que farmácia? Uma reflexão discente. Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica. 2015. Disponível em: <https://www.farmacia.ufmg.br/wp-content/uploads/2015/12/Relato-de-experi%C3%AAncia_Kerilin-Rafaela.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2018.

SANTOS, A. C. et al. Seguimento farmacoterapêutico em pacientes com tuberculose pulmonar através da Metodologia Dáder. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, [s.l.], v. 27, n. 3, p.269-273, 2006. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/49599456_Seguimento_farmacoterapeutico_em_pacientes_com_tuberculose_pulmonar_atraves_da_Metodologia_Dader>. Acesso em: 12 out. 2018.

SANTOS, H. et al. Segundo consenso de Granada sobre problemas relacionados com medicamentos. **Acta Medica Portuguesa**. v. 17. p. 59-66, 2004. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/303131921_Segundo_Consenso_de_Granada_sobre_Problemas_relacionados_com_Medicamentos>. Acesso em: 03 nov. 2018.

SOARES, Luciano et al (Org.). **Atuação clínica do farmacêutico**. Florianópolis: Ed. da Ufsc, 2016. 353 p. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/187553/5%20-%20Atua%C3%A7%C3%A3o%20cl%C3%ADnica%20do%20farmac%C3%AAutico%20e-book.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 10 out. 2018.

SOUZA, T.R.C.L. et al. Método Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico, Terceira Edição (2007): Um estudo piloto. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**; v. 30, n.1, p.105-109, 2009. Disponível em: [http://leg.ufpi.br/subsiteFiles/lapnex/arquivos/files/Metodo%20Dader%20de%20Seguimento%20Farmacoterapeutico,%20Terceira%20Edicao%20\(2007\)%20Um%20estudo%20piloto.PDF](http://leg.ufpi.br/subsiteFiles/lapnex/arquivos/files/Metodo%20Dader%20de%20Seguimento%20Farmacoterapeutico,%20Terceira%20Edicao%20(2007)%20Um%20estudo%20piloto.PDF). Acesso em: 13 ago. 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Farmácia Escola. **Seguimento farmacoterapêutico**. 2018. Disponível em: <<http://farmaciaescola.ccs.ufsc.br/seguinto-farmacoterapeutico/>>. Acesso em: 02 nov. 2018.

VECCHIA et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 8. n. 1. p. 246-52, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/rbepid/2005.v8n3/246-252/pt>>. Acesso em: 04 nov. 2018.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 12, n. 1, p.213-220, mar. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232007000100024>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000100024>. Acesso em: 14 out. 2018.

VIELMO, Laura et al. Atenção farmacêutica na fase inicial de tratamento da AIDS como fator importante na adesão aos antirretrovirais. **Rev. Bras. Farm.**, Santa Maria, v. 2, n. 95, p.617-635, 2014. Disponível em: <<http://www.rbfarma.org.br/files/646-Atencao-farmaceutica-na-fase-inicial-de>

tratamento-da-AIDS-como-fator-importante-na-adesao-aos-antirretrovirais--FINAL.pdf>. Acesso em: 10 out. 2018.

VINHOLES, E. R.; GALANO, G. M.; GALATO, D. A percepção da comunidade sobre a atuação do serviço de atenção farmacêutica em ações de educação em saúde relacionadas à promoção do Uso Racional de Medicamentos. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p.293-303, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902009000200012&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 16 nov. 2018.

ZANGHELINI, F. et al. Impacto da atenção farmacêutica na função pulmonar de pacientes com asma grave. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**. 2013, v. 34, n.3, p. 379-386. Disponível em: <<https://web.a.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=18084532&asa=Y&AN=94253558&h=HQuq2BM4pZKepzUQ%2btwaOSsWmpnG5swpBrV3FJfXKXrk6HW6Yiu9AV%2bh%2fYpA7gRhk0wTfo67jeu2Kq5HV5TMXg%3d%3d&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrINotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrnl%3d18084532%26asa%3dY%26AN%3d94253558>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

APÊNDICE A – PROTOCOLO DE SEGUIMENTO
FARMACOTERAPÊUTICO (adaptado de FOPPA, 2014)

Data: __/__/__

Dados pessoais

Nome: _____	Sexo: _____
Data de nascimento: __/__/__	
Telefone: (__) _____	
Endereço: _____	Ocupação: _____
—	

Conhecer o usuário

Genograma (Família e relações familiares)

Ecomapa (trabalho, amigos, comunidade e família)

Conhecendo a rotina

Fale sobre você

Conte sobre um dia normal da sua vida (trabalho, alimentação, atividade física, lazer, etc.)

Cigarro: _____ Álcool: _____ Café: _____ Chimarrão: _____ Água: _____
Sim/Não e frequência

Doença e tratamento

O que essa doença representa na sua vida (medos, experiências, ganho secundário, conhecimento da doença em si)?

O que você acha que poderia fazer para melhorar sua situação?

Como você se sente em relação ao seu tratamento?

Está satisfeito com seus medicamentos?

Doenças diagnosticadas e há quanto tempo:
Outras queixas:

Parâmetros clínicos

Peso: _____ kg Altura: _____ cm IMC = _____

PA: _____ x _____ mmHg Glicemia: _____

Possui alergias?

Você já teve alguma reação adversa a medicamento que utilizou anteriormente?

O que aconteceu quando usou esse medicamento?

O que aconteceu quando parou de usar esse medicamento?

Você teve que tomar esse medicamento novamente?

Medicamentos em uso

Nome:

Dose:	Posologia:
Prescritor:	Para que é?
Como se sente?	Desde quando?
Como toma?	Até quando?
Alguma dificuldade?	Algo estranho?

Nome:

Dose:	Posologia:
Prescritor:	Para que é?
Como se sente?	Desde quando?
Como toma?	Até quando?
Alguma dificuldade?	Algo estranho?

Nome:

Dose:	Posologia:
Prescritor:	Para que é?
Como se sente?	Desde quando?
Como toma?	Até quando?
Alguma dificuldade?	Algo estranho?

Nome:

Dose:	Posologia:
-------	------------

Prescritor:	Para que é?
Como se sente?	Desde quando?
Como toma?	Até quando?
Alguma dificuldade?	Algo estranho?

Nome:

Dose:	Posologia:
Prescritor:	Para que é?
Como se sente?	Desde quando?
Como toma?	Até quando?
Alguma dificuldade?	Algo estranho?

Nome:

Dose:	Posologia:
Prescritor:	Para que é?
Como se sente?	Desde quando?
Como toma?	Até quando?
Alguma dificuldade?	Algo estranho?

Nome:

Dose:	Posologia:
Prescritor:	Para que é?

Como se sente?	Desde quando?
Como toma?	Até quando?
Alguma dificuldade?	Algo estranho?

Nome:

Dose:	Posologia:
Prescritor:	Para que é?
Como se sente?	Desde quando?
Como toma?	Até quando?
Alguma dificuldade?	Algo estranho?

Nome:

Dose:	Posologia:
Prescritor:	Para que é?
Como se sente?	Desde quando?
Como toma?	Até quando?
Alguma dificuldade?	Algo estranho?

Nome:

Dose:	Posologia:
Prescritor:	Para que é?
Como se sente?	Desde quando?

Como toma?	Até quando?
Alguma dificuldade?	Algo estranho?

Tratamento não-farmacológico

Além desses medicamentos, o que você tem feito para cuidar da sua saúde (chás, dieta, atividade física, fisioterapia, grupos, etc.)?

Hospitalizações e/ou atendimento de urgência

--

Revisão dos sistemas

Caspa/seborreia	
Ouvido/audição	
Olhos/visão	
Nariz/rinite	
Boca/garganta/voz	
Mãos/unhas	
Pés/unhas	
Problemas de pele	
Dor muscular	
Dor de cabeça	
Dor nas articulações	
Dor nas costas/coluna	
Coração/dor no peito	
Pulmão/falta de ar	
Queimação/azia	
Dor de estômago	
Má digestão	

Constipação	
Diarreia/problemas hepáticos	
Edema	
Alteração renal	
Urina (ardor, dificuldade de urinar)	
Incontinência	
Tontura/vertigem	
Alucinações/pesadelos	

Registro clínico

Subjective

Objective

Assessment

Plan

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE)

**ESTUDO: SERVIÇO DE SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO:
PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS ACERCA DO TRABALHO DO
FARMACÊUTICO EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Prezado participante da pesquisa,

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa sobre o serviço de seguimento farmacoterapêutico oferecido pela Estratégia Saúde da Família (ESF) São José Operário do município de Marau. Esta pesquisa está associada ao Trabalho de Conclusão de Residência da aluna Camila Fontana Roman da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade e é orientado pela professora Alessandra Regina Müller Germani, da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

Este estudo tem como objetivo geral analisar a percepção dos usuários do território adstrito da ESF São José Operário em relação ao trabalho do farmacêutico neste ambiente antes e após a implantação do serviço de seguimento farmacoterapêutico. Durante a pesquisa você irá responder a um questionário sobre suas características sociodemográficas, respondendo às perguntas que a pesquisadora fizer. Cada resposta será anotada por escrito. Você também participará de duas entrevistas, em momentos diferentes, sobre sua percepção sobre o farmacêutico na ESF São José Operário, antes e após utilizar o serviço de seguimento farmacoterapêutico. Durante as duas entrevistas serão feitas perguntas e suas respostas serão gravadas por meio do uso de aplicativo no celular da pesquisadora.

Este estudo pode trazer benefícios ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à Atenção Básica no sentido de identificar a percepção dos usuários quanto aos profissionais e aos serviços farmacêuticos oferecidos.

Este estudo possui o risco de você relembrar experiências passadas desagradáveis ou de se sentir intimidado(a) pela presença da pesquisadora durante a coleta de dados, durante a qual você estará sempre acompanhado(a) pela pesquisadora, que lhe prestará toda a assistência necessária.

Caso você lembre experiências desagradáveis, você poderá ser referenciado(a) ao serviço de psicologia disponível na ESF, se necessário, sendo atendido(a) como os demais usuários do serviço, através do SUS. Você poderá continuar utilizando o serviço de seguimento farmacoterapêutico e participando da pesquisa, se desejar.

Caso você se sinta intimidado(a) pela presença da pesquisadora, a pesquisa será interrompida, mas você poderá continuar usando o serviço de seguimento farmacoterapêutico, se desejar. Em caso da ocorrência de riscos não previstos, a pesquisa será interrompida.

Estando de acordo em participar, as pesquisadoras serão as únicas a terem acesso aos dados e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo, mas sempre existe a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntária e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei. Os resultados deste trabalho serão publicados em artigo científico e poderão ser apresentados em encontros ou congressos e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade. Sinta-se à vontade em deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ter qualquer prejuízo. Você pode escolher deixar de participar da pesquisa e continuar a utilizar o serviço de seguimento farmacoterapêutico, se desejar.

Ao final de toda a pesquisa, você receberá uma devolutiva sobre os resultados obtidos pela pesquisadora. Será agendado um horário com a pesquisadora para que você receba essas informações, caso desejar. Após a publicação dos resultados em revista científica, você também poderá solicitar o artigo científico à pesquisadora, que lhe entregará uma cópia.

Duas vias deste documento estão sendo rubricadas e assinadas por você e pelas pesquisadoras. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação na pesquisa. Você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação. Caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido(a) nos termos da lei. Caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em

decorrência da pesquisa, poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

A pesquisadora responsável compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. Caso tenha alguma dúvida sobre os procedimentos ou sobre o projeto, você poderá entrar em contato com a pesquisadora a qualquer momento pelo telefone (48) 99834-0980 ou pelo telefone (54) 3342-0827 (entre 07:30 e 17:00), e-mail camila.fontana.roman@gmail.com, endereço: Rua 21 de maio, nº 161, bairro São José Operário, CEP 99150-000, Marau – RS. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS pelo telefone (49) 2049-3745, e-mail cep.uffs@uffs.edu.br ou pessoalmente na Universidade Federal da Fronteira Sul, Bloco da Biblioteca, Sala 310, 3º andar, localizada na Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul, Chapecó, Santa Catarina, Brasil, CEP 89815-899.

Eu,....., portador(a) do documento de identidade (RG) nº....., li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive da pesquisadora todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido(a) e optei por livre e espontânea vontade participar da pesquisa.

Marau, de de 2019

Assinatura do participante:

Agradecemos antecipadamente a sua colaboração.

Camila Fontana Roman

E-mail: camila.fontana.roman@gmail.com

Telefone: (48) 99834-0980

Alessandra Regina Müller Germani

E-mail: alessandragermani@uffs.edu.br

Telefone: (54) 99904-9794

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE VOZ

Eu, _____, RG _____, permito que a pesquisadora Alessandra Regina Müller Germani obtenha gravação de voz de minha pessoa para fins da pesquisa científica/educacional intitulada “Serviço de Seguimento Farmacoterapêutico: Percepção dos Usuários Acerca do Trabalho do Farmacêutico em uma Estratégia Saúde da Família”.

Concordo que o material e as informações obtidas relacionadas a **minha pessoa** possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, **minha pessoa** não deve ser identificada por nome ou qualquer outra forma.

As gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e sob sua guarda. Terão acesso aos arquivos as pesquisadoras Alessandra Regina Müller Germani e Camila Fontana Roman.

Assinatura do Participante da Pesquisa:

Alessandra Regina Müller Germani

_____, ____ de _____ de 2019

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO DE CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES

1. Sexo: a) Masculino b) Feminino

2. Idade: _____ anos

3. Estado civil: a) Solteiro b) Casado c) Divorciado d) Viúvo e) Separado

4. Endereço da residência:

2.1 Residência é: a) Própria b) Alugada c) Outros: _____

5. Possui alguma deficiência? a) Sim b) Não

3.1. Em caso afirmativo, indique qual(quais) o(s) tipo(s):

a) Deficiência Física

b) Deficiência visual

c) Deficiência mental

d) Deficiência auditiva

e) outro: especificar _____

6. Nível de escolaridade:

a) Analfabeto

b) Ensino fundamental incompleto

c) Ensino fundamental completo

d) Ensino médio incompleto

e) Ensino médio completo

f) Superior incompleto

g) Superior completo

7. Você trabalha? a) Sim b) Não

8. Você recebe Benefício de Prestação Continuada de Assistência Social (BPC)? a) Sim b) Não

9. Qual a renda mensal do seu grupo familiar? (soma do rendimento de todos que contribuem com a renda)

Salário Mínimo 2018 = R\$ 954,00

a) Menos de 1 Salário Mínimo (até R\$ 954,00)

b) De 01 a 03 Sal. Mínimos (de R\$ 954,00 a R\$ 2.862,00)

c) De 03 a 06 Sal. Mínimos (de R\$ 2.862,00 a R\$ 5.724,00)

d) De 06 a 10 Sal. Mínimos (de R\$ 5.724,00 a R\$ 9.540,00)

e) Mais de 10 Sal. Mínimos (acima de R\$ 9.540,00)

10. Quantas pessoas residem em sua casa que dependem da renda (incluindo você e o provedor da renda)? _____pessoas

11. Quando você adoecer recorre a quais serviços de saúde?

a) Hospital Público/ SUS

b) Planos de saúde particular

c) Serviços médico do sindicato

d) Serviços médico particular

e) Outros: _____

APÊNDICE E – ROTEIRO DA PRIMEIRA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

- 1) Você já ouviu falar sobre o profissional farmacêutico?
- 2) Quem é o profissional farmacêutico para você? O que você pensa dele?
- 3) Quais atribuições (funções) você acredita que o farmacêutico desempenha?
- 4) Como você avalia as profissionais farmacêuticas na ESF São José Operário?
- 5) Para você, é importante a presença do farmacêutico na ESF?

APÊNDICE F – ROTEIRO DA SEGUNDA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

- 1) De que forma você acha que o profissional farmacêutico interfere no seu estado de saúde?
- 2) Usar o serviço de seguimento farmacoterapêutico permitiu enxergar o profissional farmacêutico de forma diferente?
- 3) Você considera o serviço de seguimento farmacoterapêutico importante?
- 4) Para você, qual é o significado de usar o serviço de seguimento farmacoterapêutico?
- 5) O serviço mudou alguma coisa na sua vida? O que? Como?
- 6) Como você avalia: a explicação da farmacêutica sobre a ação dos seus medicamentos? O interesse da farmacêutica pela sua saúde? A ajuda da farmacêutica no uso dos seus medicamentos? O empenho da farmacêutica em resolver os problemas que você tem com seus medicamentos? A responsabilidade que a farmacêutica assume com o seu tratamento? As orientações da farmacêutica sobre como tomar os seus medicamentos? Os serviços da sua farmácia em geral? As respostas da farmacêutica às suas perguntas? O empenho da farmacêutica em manter ou melhorar a sua saúde? O empenho da farmacêutica para assegurar que os seus medicamentos façam o efeito esperado? A explicação da farmacêutica sobre os possíveis efeitos adversos dos medicamentos?
- 7) Você conversa com outras pessoas (parentes, amigos, vizinhos) sobre o que conversamos nas consultas farmacêuticas?
- 8) Qual a probabilidade de você seguir utilizando esse serviço?
- 9) Você indicaria esse serviço para algum familiar, amigo ou vizinho?


APÊNDICE G – TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO



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

Termo de Ciência e Concordância da Instituição

Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, **Fernanda Garbin**, representante legal da instituição Secretaria Municipal de Saúde de Marau/RS, envolvida no projeto de pesquisa intitulado "Serviço de seguimento farmacoterapêutico: percepção dos usuários acerca do trabalho do farmacêutico em uma Estratégia Saúde da Família", declara estar ciente e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, salientando que os pesquisadores deverão cumprir os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e as demais legislações vigentes.



Fernanda Garbin

Coordenadora de Ações em Saúde de Marau



Camila Fontana Roman

Farmacêutica Residente – Pesquisadora responsável

Marau, 13 de novembro de 2018

CAPÍTULO III

RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO

1. BREVE INTRODUÇÃO

Esta pesquisa está inserida no contexto do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), sendo os campos de prática duas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Marau, Rio Grande do Sul: ESF Santa Rita e ESF São José Operário. O programa é composto pelos núcleos de enfermagem, farmácia e psicologia, sendo a pesquisadora desta pesquisa farmacêutica.

Como componente inicial do TCR, realizou-se diagnóstico situacional em saúde do município de Marau, com ênfase na ESF São José Operário, onde a pesquisadora atua. Neste foram abordados diversos pontos que influenciam a saúde da população, desde aspectos históricos, territoriais, geográficos e educacionais até detalhamentos das redes de saúde. A partir do diagnóstico foram identificadas diversas fragilidades da rede de saúde, das quais os residentes deveriam selecionar a que julgassem importante e construir seu TCR sobre este assunto.

A segunda fase foi constituída da construção do projeto de pesquisa-intervenção a ser desenvolvida na ESF de atuação de cada residente. Após a construção conjunta com cada orientador, os residentes qualificaram seus projetos perante suas bancas. O trabalho de campo em pesquisa a partir da qualificação está sendo descrito neste relatório.

O objetivo geral da pesquisa em questão é de analisar a percepção dos usuários do território adstrito da ESF São José Operário em relação ao trabalho do farmacêutico antes e após a utilização do serviço de seguimento farmacoterapêutico. Como objetivos específicos, tem-se:

- 1) Disponibilizar o serviço de seguimento farmacoterapêutico a usuários do território adstrito da ESF São José Operário polimedicados e com dificuldade de adesão aos seus tratamentos medicamentosos;
- 2) Traçar resultados a serem atingidos com cada usuário, a depender da demanda individual;

- 3) Alcançar os resultados anteriormente definidos com cada usuário do serviço e promover a melhoria da sua qualidade de vida;
- 4) Compreender a percepção dos usuários quanto ao uso desse serviço;
- 5) Contribuir com as reflexões acerca do trabalho do farmacêutico na Atenção Básica (AB).

Desta forma, espera-se que, com os resultados obtidos nesta pesquisa, as farmacêuticas da ESF São José Operário poderão decidir futuramente a respeito da oferta deste ou outros serviços farmacêuticos na AB, com base nos benefícios obtidos pela população e no reconhecimento da importância deste.

2. LOGÍSTICA E AS ETAPAS DA COLETA DE DADOS

2.1 Logística prévia a coleta de dados

A qualificação da pesquisadora, em novembro de 2018, teve como banca as professoras Alessandra Regina Müller Germani e Jeanice de Freitas Fernandes. Logo após a qualificação, a pesquisadora realizou uma reunião com sua orientadora, na época a professora Andrea Nobre Viana, para avaliação das sugestões dadas pela banca. Como sugestões principais foram elencadas a revisão do título do trabalho, dos objetivos e da metodologia de análise dos dados. As recomendações que a pesquisadora e sua orientadora acharam adequadas foram alteradas, não tendo levado todas as sugestões em consideração. O título do trabalho, por exemplo, não foi alterado no momento por motivos de documentação para a submissão ao Comitê de Ética.

Feitas todas as alterações necessárias, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) no dia primeiro de dezembro de 2018.

Ao final de dezembro do mesmo ano, a professora orientadora Andrea Nobre Viana desligou-se da UFFS devido a motivos pessoais. Conforme sugestão da orientadora, no momento, a pesquisadora convidou a professora Alessandra Regina Müller Germani para ser a orientadora deste projeto a partir da qualificação, já que já havia avaliado o projeto durante a banca e possuía vínculo com a instituição, além de conhecimento sobre o tema a ser trabalhado. A mesma aceitou a orientação deste projeto.

O primeiro parecer após a submissão do projeto foi liberado na Plataforma Brasil em 29 de janeiro de 2019. As pendências para as quais foram solicitados esclarecimentos foram as seguintes:

1. Modificar o pesquisador responsável pelo projeto na folha de rosto, plataforma Brasil e no projeto, pois essa função cabe ao orientador e não a aluna de residência;
2. Anexar na plataforma uma cópia do Instrumento de coleta de dados;

3. Apresentar termo para autorização da gravação de voz (modelo disponível na página do CEP UFFS);
4. Os pesquisadores devem descrever as medidas a serem adotadas caso os riscos identificados venham a se concretizar;
5. Esclarecer como os pesquisadores realizarão a devolutiva dos resultados aos participantes;
6. Esclarecer como se dará o processo de coleta de dados e os procedimentos que os sujeitos serão submetidos;
7. Esclarecer como será feita a análise dos dados coletados nas entrevistas e diários de campo;
8. Esclarecer quais os critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos da pesquisa;
9. Esclarecer o critério utilizado para a definição da amostra da pesquisa;
10. Apresentar os riscos e benefícios, procedimentos que os sujeitos irão ser submetidos e a forma de devolutiva dos resultados da pesquisa.

Por se tratarem de correções consideradas simples, o projeto ficou pendente, na modalidade “ad referendum”, quando não há a necessidade de passar por nova reunião para aprovação. A correção solicitada que foi mais trabalhosa foi a relativa à modificação do pesquisador responsável. Isso ocorreu devido ao fato de que tanto a pesquisadora quanto a orientadora estavam em férias e distantes de Passo Fundo. Devido à necessidade de diversas assinaturas em documentos específicos, houve a demora em conseguir tais assinaturas. Quando todas as assinaturas foram coletadas, a solicitação de modificação de pesquisador responsável foi enviada via Plataforma Brasil.

Após algumas semanas esperando a modificação de pesquisador responsável, período durante o qual não era possível alterar o projeto pela plataforma, a atualização foi aceita em 14 de março de 2019. Neste momento, o projeto passou a aparecer somente na página da pesquisadora responsável, não sendo possível a pesquisadora residente acessar a projeto na plataforma para enviar as correções solicitadas pelo primeiro parecer.

Passaram-se alguns dias até que foi adicionada a pesquisadora como equipe de pesquisa e indicado que a mesma fizesse as alterações necessárias no projeto. Foi solicitada a impressão de nova folha de rosto e nova coleta das assinaturas das responsáveis. Assim que as assinaturas foram coletadas, as correções foram submetidas à apreciação do CEP em 26 de março de 2019.

As correções feitas estão descritas no Apêndice 1. Passada pela reavaliação da relatoria, um novo parecer foi liberado no dia primeiro de abril de 2019. Neste consta a aprovação final do projeto sob o CAAE 03973518.7.0000.5564.

No dia três de abril de 2019 a pesquisadora participou de reunião de equipe semanal da ESF. Incluiu à lista de pautas o assunto desta pesquisa. Explicou, então, os objetivos da pesquisa, os procedimentos que seriam feitos e os critérios de inclusão e exclusão dos participantes da pesquisa. Finalizou solicitando auxílio da equipe na identificação e encaminhamento de usuários com o perfil necessário para utilizar o serviço de seguimento farmacoterapêutico que seria ofertado. Solicitou especial ajuda das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) na identificação dos oito usuários que fariam parte da pesquisa.

Dessa forma, já na semana seguinte foi possível identificar diversos nomes que seriam adequados para a pesquisa. Alguns foram excluídos pela pesquisadora por participarem do programa Remédio em Casa ou por terem algum tipo de vínculo profissional com a pesquisadora, o que poderia influenciar nos resultados. Definiram-se os oito usuários que seriam, então, convidados.

As ACS foram orientadas sobre os procedimentos que seriam feitos durante o primeiro contato. Assim, no dia 15 de abril de 2019 a pesquisadora iniciou os convites para participação na pesquisa. Foram realizadas visitas domiciliares (VD) para o convite de cada usuário, em conjunto com as ACS correspondentes, a fim de facilitar o acesso e formação de vínculo com o usuário. Até o dia 26 de abril de 2019, todos os oito usuários foram convidados a participar, sendo que todos aceitaram. Na data de 27 de abril, todas as primeiras entrevistas semiestruturadas estavam transcritas.

2.2 Instrumentos de coleta de dados

Há quatro instrumentos de coleta de dados para esta pesquisa. O primeiro trata-se de um questionário para coleta de características sociodemográficas. Ao coletar tais dados, a pesquisadora explicou a todos os usuários que se houvesse alguma pergunta que não gostariam de responder, não haveria qualquer problema.

Nenhum participante da pesquisa recusou responder nenhuma das questões da primeira entrevista. A única dificuldade encontrada com o questionário foi a compreensão dos usuários quanto à própria renda. Muitos não sabiam de que fonte recebiam sua renda, se do Benefício de Prestação Continuada (BPC) da Assistência Social ou do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Porém as ACS, que já conhecem o histórico de cada família, conseguiram auxiliar para que essas questões fossem respondidas corretamente.

O questionário foi respondido por todos os usuários logo após a assinatura voluntária do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Consentimento para Uso de Voz.

Em seguida, todos os usuários aceitaram responder a primeira entrevista semiestruturada, a qual é o segundo instrumento de coleta de dados. Esta entrevista foi gravada com auxílio de aplicativo no celular da pesquisadora. A entrevista mais longa durou sete minutos e 10 segundos, já que a maioria dos usuários não sabia descrever quem era o profissional farmacêutico e quais funções desempenha. Assim, as entrevistas se tornaram breves, mas valiosas em informações.

As perguntas programadas foram seguidas com pequenas alterações. Foi necessário o acréscimo de uma pergunta no meio das demais, sendo “você conhece quem são as farmacêuticas que trabalham na Estratégia Saúde da Família (ESF)?”, para poder fazer a conexão com as demais perguntas.

Todas as entrevistas foram transcritas de forma direta e particular pela pesquisadora, sem o auxílio de nenhum programa. Algumas observações de caráter qualitativo foram anotadas logo abaixo de cada transcrição.

Ao final da VD realizada foi agendada a primeira consulta farmacêutica a ser realizada no domicílio de cada usuário. Alguns usuários solicitaram que todos os encontros aconteçam em sua residência, devido a dificuldades de locomoção. Ficou combinado com os mesmos que será feito da forma mais adequada, conforme solicitação individual.

A segunda entrevista semiestruturada, que é o terceiro instrumento de coleta de dados, foi feita na quarta consulta farmacêutica com cada usuário. Dessa forma, cada consulta foi realizada em um momento diferente, dependendo dos agendamentos que foram possíveis com cada usuário a cada mês. Até o momento, foram feitas somente duas entrevistas semiestruturadas nessa fase da pesquisa. Em dois casos, houve perda dos participantes da pesquisa, portanto serão utilizados somente os dados coletados na primeira entrevista semiestruturada para esses usuários. Os critérios de perda da pesquisa estão detalhados no decorrer deste relatório. Durante a aplicação do instrumento da segunda entrevista semiestruturada, foi necessário excluir algumas das perguntas, que não mais faziam sentido para o contexto em que se encontravam.

O quarto instrumento de coleta de dados refere-se ao diário de campo. A pesquisadora anotou, por escrito, suas percepções acerca dos momentos relacionados a este trabalho. Foram feitas anotações relevantes que corroboraram os dados coletados por meio das entrevistas.

2.3 Perdas e recusas

Foi definido pela pesquisadora que as perdas são relativas aos usuários que não completarem quatro consultas farmacêuticas dentro do período da pesquisa. No momento inicial do estudo, todos os indicados aceitaram participar, portanto não houve perdas iniciais. Além disso, todos responderam a todas as perguntas do questionário de características sociodemográficas e da primeira entrevista semiestruturada.

Definiu-se que, mesmo que ocorram perdas no estudo, os usuários não serão substituídos, devido ao pouco tempo disponível para a realização do trabalho,

considerando que é necessário o acompanhamento farmacoterapêutico por quatro meses antes da realização da segunda entrevista semiestruturada.

Uma das usuárias, logo após a terceira consulta, mudou-se de município, impedindo o acompanhamento e a realização da segunda entrevista semiestruturada. Já com outra usuária houve quebra de vínculo com todos os profissionais da ESF. Em momento de suspeita, os profissionais da ESF enviaram ofício ao Conselho Tutelar (CT) em relação a possível situação de violência sexual contra sua neta, que morava com a participante. O CT realizou VD e informou à família que o ofício havia sido encaminhado pela ESF. Dessa forma, no momento da quarta consulta, logo após a VD do CT em sua residência, a usuária recusou-se a receber a pesquisadora, já que esta possui vínculo com a ESF. Foram realizadas três tentativas de contato por VD, sem sucesso. Definiu-se este como o número de tentativas de contato aceitas. Após três tentativas, considerou-se a participante como perda da pesquisa, assim como a primeira usuária. Dessa forma, serão utilizados os dados coletados até o momento para ambas as usuárias.

Duas outras usuárias, quando da data da terceira consulta, estavam em internação hospitalar, postergando o seguimento farmacoterapêutico e as fases da pesquisa. Entretanto foi mantido contato individual, com visitas hospitalares e domiciliares, para acompanhar a situação das mesmas durante a internação. Até o momento, ambas se encontram em situação crítica de saúde, uma em ambiente domiciliar e outra ainda em internação hospitalar.

2.4 Preparação e organização do banco de dados

As anotações no diário de campo iniciaram tão logo começaram as atividades de coleta de dados.

As características sociodemográficas de todos os usuários foram agrupadas. Foram calculados média e desvio padrão para a idade e número de pessoas que dependem da renda familiar.

As primeiras entrevistas semiestruturadas foram transcritas manualmente pela pesquisadora em arquivo Microsoft Office Word. Os arquivos dos áudios foram salvos no computador pessoal da pesquisadora e armazenados de forma a não possibilitar a identificação dos participantes da pesquisa. O mesmo foi feito com cada transcrição.

No dia 10 de maio de 2019 iniciou-se a organização dos dados da primeira entrevista semiestruturada em planilha do Excel, a fim de fazer a análise desses dados.

Logo após a realização das entrevistas semiestruturadas da segunda fase da pesquisa, estas foram transcritas e já organizadas na mesma planilha do Excel que está sendo utilizada para a organização dos dados. Até o momento foram transcritas as duas entrevistas que foram realizadas.

3. POTENCIALIDADES E DESAFIOS ENFRENTADOS DURANTE A COLETA DE DADOS

Por maior que tenha sido a facilidade em lidar com os usuários em relação ao acompanhamento farmacoterapêutico individual de cada um, houve muitos desafios durante a execução da pesquisa. O principal foi relacionado ao tempo.

Primeiramente, no segundo ano da residência as profissionais devem cumprir estágios obrigatórios, se ausentando da ESF em diversos momentos. Durante o segundo ano também há o desenvolvimento das atividades do estágio de gerenciamento, demandando tempo de trabalho em alguns turnos durante o trabalho na ESF, mas principalmente nos finais de semana e feriados, que poderiam ter sido utilizados para o desenvolvimento das atividades relacionadas ao TCR, desde transcrição de entrevistas e análises de dados. Além disso, a participação em eventos científicos em outras cidades, nos quais pode haver a participação das residentes, também dificultou o agendamento dos usuários, principalmente quando da necessidade do reagendamento.

Houve momentos em que a pesquisadora se deslocou até a moradia dos usuários a fim de realizar as consultas farmacêuticas e os usuários não se encontravam no domicílio, por motivos diversos. Uma das usuárias, por ser analfabeta, nunca sabia quando a pesquisadora agendava para fazer visita em sua casa, mesmo com a entrega do lembrete com a data e horário da próxima consulta, pois nenhum familiar a auxiliava nesse sentido. Em outros momentos alguns usuários esqueceram o agendamento e não se encontravam em casa. Estas situações demandaram reagendamento da consulta, o que se tornou bastante difícil devido aos poucos horários disponíveis para tal atividade. Com a ampla gama de atividades já desenvolvidas normalmente pelas residentes, há dificuldade no agendamento de usuários durante o horário de trabalho na ESF.

Além de tudo, havia sido planejado que cada consulta demandaria cerca de uma hora, portanto quatro usuários poderiam ser atendidos por turno. Porém, nem todos os usuários tinham disponibilidade nos turnos possíveis de agendamento e, como vários deles tinham dificuldade de locomoção, a pesquisadora precisou agendar

as consultas em ambiente domiciliar, o que demandou maior tempo de deslocamento da pesquisadora até os domicílios. Assim, foi possível o agendamento de, no máximo, três usuários por turno, necessitando de, no mínimo, três turnos por mês para o acompanhamento desses usuários.

4. RELATO E DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO

As consultas farmacêuticas iniciaram com a primeira usuária no dia 29 de abril de 2019. Após cada consulta, a próxima já é agendada. Para isso, foi desenvolvido um lembrete para anotar a data e horário da próxima consulta com o usuário, como é de costume da ESF, facilitando, assim, a adesão dos usuários na consulta. O modelo utilizado encontra-se no Apêndice 2.

As primeiras consultas de todos os usuários foram finalizadas no dia 15 de maio de 2019. As próximas consultas foram feitas em sequência, conforme a necessidade de cada usuário.

Até o presente momento, duas usuárias já realizaram a quarta consulta, duas realizaram a segunda consulta e os demais realizaram a terceira consulta farmacêutica, devido aos motivos descritos neste relatório.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E ENCERRAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO

A intervenção seguirá sendo feita, conforme a necessidade individual de cada usuário, ou seja, a intervenção não se encerra com o fim da coleta dos dados para a pesquisa em andamento. A coleta dos dados será encerrada assim que todas as entrevistas semiestruturadas da segunda fase da pesquisa forem feitas, ou seja, assim que todos os usuários passarem pela quarta consulta farmacêutica. Entretanto, as consultas farmacêuticas seguirão sendo agendadas até que os usuários possam receber alta do serviço, conforme demanda individual.

Dessa forma, encerra-se este relatório, que teve por objetivo descrever as etapas desde a defesa do projeto de pesquisa à banca de qualificação até as fases que já foram realizadas até o momento. O trabalho seguirá sendo desenvolvido conforme cronograma contido no projeto de pesquisa submetido e aprovado pelo CEPESH. As próximas etapas que serão realizadas são: término da coleta de dados, transcrição e organização das entrevistas; análise dos dados; escrita do artigo científico e defesa do TCR à banca.

APÊNDICE 1 - FORMULÁRIO DE RESPOSTA ÀS PENDÊNCIAS DO CEP/UFS

Título do projeto: SERVIÇO DE SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO: PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS ACERCA DO TRABALHO DO FARMACÊUTICO EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador responsável: Alessandra Regina Müller Germani

CAAE: 03973518.7.0000.5564

Data do parecer consubstanciado: 29/01/2019

1.Item de pendência:

Modificar o pesquisador responsável pelo projeto na folha de rosto, plataforma Brasil e no projeto, pois essa função cabe ao orientador e não a aluna de residência.

Há algum documento anexado para a pendência

() sim, nome: _____ (x) não

Resposta da pendência 1: Foi feita solicitação para alteração do pesquisador responsável ao CEP, com o uso de documento para tal. A solicitação já foi autorizada pelo CEP, portanto a pesquisadora responsável passou a ser a professora Alessandra Regina Müller Germani. A folha de rosto foi reimpressa com a nova pesquisadora responsável, assinada e escaneada novamente na plataforma Brasil.

2.Item de pendência:

Anexar na plataforma uma cópia do Instrumento de coleta de dados.

Há algum documento anexado para a pendência

(x) sim, nome: APÊNDICEAProtocolodeSeguimentoFarmacoterapêutico;
APÊNDICEDQuestionáriodeCaracterísticasSociodemográficas;
APÊNDICEERoteiroPrimeiraEntrevistaSemiestruturada;
APÊNDICEFRoteiroSegundaEntrevistaSemiestruturada () não

Resposta da pendência 2: Todos os instrumentos de coleta de dados foram anexados à plataforma individualmente, conforme solicitado.

3.Item de pendência:

Apresentar termo para autorização da gravação de voz (modelo disponível na página do CEP UFFS)

Há algum documento anexado para a pendência

(x) sim, nome: APENDICECTermodeConsentimentoparaUsodeVoz () não

Resposta da pendência 3: O termo de consentimento para uso da voz foi acrescentado ao projeto e anexado à plataforma, conforme solicitado.

4.Item de pendência:

Os pesquisadores devem descrever as medidas a serem adotadas caso os riscos identificados venham a se concretizar.

Há algum documento anexado para a pendência

() sim, nome:_____ (x) não

Resposta da pendência 4: As medidas a serem adotadas caso os riscos venham a se concretizar foram acrescentadas no projeto e no TCLE. São as seguintes:

Caso o risco de relembrar experiências desagradáveis venha a se concretizar, cada caso será avaliado individualmente pela pesquisadora e os usuários poderão ser referenciados ao serviço de psicologia disponível na ESF, sendo atendidos como os demais usuários do serviço, através do SUS. Quando for do desejo do usuário, a participação no seguimento farmacoterapêutico e na pesquisa serão mantidos.

Caso o risco de o usuário sentir-se intimidado pela presença da pesquisadora venha a se concretizar, cada caso será avaliado individualmente e a pesquisa será interrompida com aquele usuário. Em caso da ocorrência de riscos não previstos, a pesquisa será interrompida.

5.Item de pendência:

Esclarecer como os pesquisadores realizarão a devolutiva dos resultados aos participantes.

Há algum documento anexado para a pendência

() sim, nome: _____ (x) não

Resposta da pendência 5: Essas informações foram acrescentadas ao projeto e ao TCLE. São as seguintes:

Os resultados obtidos ao final da pesquisa serão repassados individualmente aos usuários em momento oportuno, sem identificar os sujeitos da pesquisa. Os usuários que ainda estiverem em acompanhamento receberão a devolutiva dos resultados em um dos atendimentos agendados. Para os demais usuários que não estiverem mais em acompanhamento, será agendado um horário na ESF ou em seu domicílio, conforme sua preferência, para a devolutiva dos resultados. Somente será realizada a devolutiva com usuários que assim desejarem. Os resultados dessa pesquisa serão publicados em revista científica em tempo oportuno. Os participantes da pesquisa poderão solicitar o artigo científico publicado, que será, então, entregue ao mesmo.

6.Item de pendência:

Esclarecer como se dará o processo de coleta de dados e os procedimentos que os sujeitos serão submetidos.

Há algum documento anexado para a pendência

() sim, nome: _____ (x) não

Resposta da pendência 6: O processo de coleta de dados foi melhor desenvolvido no projeto e os procedimentos aos quais os sujeitos serão submetidos foram esclarecidos tanto no projeto quanto no TCLE. A sequência de eventos nos quais os participantes estarão envolvidos está descrita a seguir:

Inicialmente, o serviço, a pesquisa e a forma com que serão conduzidos serão explanados a todos os usuários que possivelmente venham a fazer parte do estudo. Quando do aceite do usuário em participar, este deverá assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) e o termo de consentimento para uso de voz (Apêndice C) voluntariamente, em duas vias. Somente após a

obtenção das assinaturas do TCLE e do termo de consentimento para uso de voz será possível iniciar a coleta de dados.

Em seguida, será feita a coleta das características sociodemográficas dos participantes (Apêndice D) e realizada a primeira entrevista (Apêndice E). Caso não seja possível realizar a coleta desses dados neste encontro, novo encontro será agendado, conforme disponibilidade do usuário, para que sejam coletados.

As características sociodemográficas serão coletadas individualmente por meio de um questionário (Apêndice D), em sala reservada para este fim. A pesquisadora questionará o usuário sobre cada item que compõe o questionário e fornecerá as opções, quando houver, para que o usuário selecione uma. A pesquisadora anotará, por escrito, as respostas individuais de cada participante.

A primeira entrevista será realizada individualmente na sequência. Será feita em uma sala reservada para este fim com o auxílio de uma entrevista semiestruturada (Apêndice E), a qual guiará as perguntas a serem feitas aos participantes. A estrutura das perguntas poderá ser modificada de forma a facilitar a compreensão de seu significado por cada participante, sem alterar o sentido da pergunta. A entrevista acontecerá como uma conversa a fim de evitar a timidez dos participantes, sem induzir as respostas destes, e terá tempo de duração livre, conforme necessário para cada participante. Essa entrevista será gravada com o auxílio de aplicativo de gravação de voz em celular, o qual será mantido em local próximo ao participante.

Após a coleta das características e da primeira entrevista (apêndices D e E), será escolhida a melhor data e horário para a primeira consulta farmacêutica a ser feita no seu domicílio, com tempo de duração livre. A consulta também poderá ser feita na ESF, caso seja essa a preferência do usuário. O protocolo utilizado para a primeira consulta consta no Apêndice A (adaptado de FOPPA, 2014).

O seguimento farmacoterapêutico seguirá o método SOAP, conforme descrito por Soares et al. (2016). Após a primeira consulta, já será agendada a próxima a ser realizada na ESF São José Operário. Os encontros serão, então, agendados mensalmente para cada usuário na ESF São José Operário, com duração máxima de uma hora. Todos os registros serão feitos no prontuário eletrônico de cada usuário, utilizando o sistema informatizado disponibilizado pela Prefeitura Municipal de Marau (PMM). Durante as consultas também será feita a entrega dos medicamentos de uso contínuo disponíveis na farmácia da ESF.

Na quarta consulta agendada com os usuários será realizada a segunda entrevista individual (Apêndice F). Esta terá a mesma estrutura que a primeira entrevista. Será feita em uma sala reservada para este fim e com o auxílio de uma entrevista semiestruturada com perguntas diferentes da primeira (Apêndice F), a qual guiará as perguntas a serem feitas. As perguntas poderão ser modificadas, da mesma forma, para facilitar a compreensão de cada participante. Essa entrevista também será gravada com o auxílio de aplicativo de gravação de voz em celular, com os mesmos cuidados tomados na primeira entrevista. Essa entrevista terá duração de tempo limitada a uma hora (tempo de duração da consulta mensal), devido aos demais agendamentos que serão feitos para o mesmo dia. As perguntas previstas no Apêndice F poderão não ser esgotadas, a depender de cada situação. A segunda entrevista será a última fase de coleta de dados para a pesquisa.

A pesquisadora também utilizará diário de campo durante todas as consultas, entrevistas e visitas domiciliares, a fim de registrar a perspectiva da pesquisadora durante a coleta de dados, que acontecerá entre março e julho de 2019.

A realização de consultas farmacêuticas continuará após a coleta dos dados para a pesquisa até que sejam atingidos os objetivos definidos com cada usuário, com o intuito de concluir o seguimento farmacoterapêutico e fornecer o melhor cuidado farmacêutico possível para os mesmos.

7.Item de pendência:

Esclarecer como será feita a análise dos dados coletados nas entrevistas e diários de campo.

Há algum documento anexado para a pendência

() sim, nome: _____ (x) não

Resposta da pendência 7: Essas informações foram adicionadas ao projeto, sendo as seguintes:

Todas as entrevistas individuais serão transcritas. Posteriormente serão analisadas por meio da análise de conteúdo. Essa metodologia pode ser usada em qualquer tipo de documento ou texto e permite fazer descrições sistemáticas dos conteúdos, sejam qualitativas ou quantitativas, a fim de interpretar e inferir

conhecimentos a partir dos participantes e seus meios e atingir a compreensão dos seus significados (Bardin, 2016).

Dependendo das categorias que forem construídas, poderão ser feitas relações com as características sociodemográficas dos participantes e com as vivências e percepções da pesquisadora, registradas no diário de campo.

8.Item de pendência:

Esclarecer quais os critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos da pesquisa;

Há algum documento anexado para a pendência

() sim, nome:_____ (x) não

Resposta da pendência 8: Os critérios de inclusão e de exclusão da pesquisa foram acrescentados ao projeto e à plataforma. São os seguintes:

Critérios de inclusão:

- Ser maior de 18 anos;
- Ser polimedicado;
- Ter dificuldade de adesão aos tratamentos medicamentosos para qualquer morbidade;
- Assinar, voluntariamente, o TCLE e o termo de consentimento para uso da voz.

Critérios de exclusão:

- Não possuir fluência na língua portuguesa;
- Possuir algum tipo de deficiência autodeclarada que traga comprometimento cognitivo ou dificuldade de discurso.

9.Item de pendência:

Esclarecer o critério utilizado para a definição da amostra da pesquisa;

Há algum documento anexado para a pendência

() sim, nome:_____ (x) não

Resposta da pendência 9: O critério utilizado para a definição da amostra da pesquisa foi esclarecido no projeto, sendo as informações adicionadas ao projeto:

A pesquisadora reservará dois turnos por mês para as consultas individuais. Devido às diversas atividades desenvolvidas na residência multiprofissional, a pesquisadora dispõe somente de dois turnos de trabalho mensais para a realização desta pesquisa, ou seja, oito horas mensais.

Devido à experiência prévia da pesquisadora, sabemos que as consultas do seguimento farmacoterapêutico demandam, em média, uma hora, considerando o tempo gasto com o usuário e o tempo utilizado para registro das informações no prontuário eletrônico. Portanto, serão atendidos até oito usuários por mês, o que delimita o número da amostra a oito usuários. Dessa forma, o tempo disponível da pesquisadora para as consultas individuais e coleta de dados é o principal delimitador da amostra.

10.Item de pendência:

Apresentar os riscos e benefícios, procedimentos que os sujeitos irão ser submetidos e a forma de devolutiva dos resultados da pesquisa;

Há algum documento anexado para a pendência

() sim, nome: _____ (x) não

Resposta da pendência 10: Essas informações foram adicionadas ao projeto e ao TCLE, anexados à plataforma.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



CONSULTA FARMACÊUTICA
SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO
ESF – São José Operário

Nome: _____

Data: ____/____/____ Horário: _____ hs.

Local: _____

3342-0827

CAPÍTULO IV

MANUSCRITO

**(RE)CONHECIMENTO DA PROFISSÃO FARMACÊUTICA:
PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS DE UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMILIA**

**(RE)CONHECIMENTO DA PROFISSÃO FARMACÊUTICA: PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS DE UMA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**(RE)COGNITION OF THE PHARMACEUTICAL PROFESSION: PERCEPTION OF USERS IN A
FAMILY HEALTH STRATEGY**

Camila Fontana Roman¹

Alessandra Regina Müller Germani²

Carine Müller Mayer³

¹ Farmacêutica, Universidade Federal da Fronteira Sul, camila.fontana.roman@gmail.com, [contribuição para a concepção e delineamento do estudo, aquisição, análise e interpretação dos dados, elaboração do artigo, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.](#)

² Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutora em Extensão Rural, Universidade Federal da Fronteira Sul, alessandragermani@hotmail.com, [contribuição para a concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, elaboração do artigo, revisão crítica do conteúdo intelectual, orientação do trabalho e aprovação final da versão a ser publicada.](#)

³ Farmacêutica, Prefeitura Municipal de Marau, carimmayer@gmail.com

Autor correspondente: Camila Fontana Roman

Endereço postal: R. Rech, 505, Bairro Santa Cruz, Concórdia – SC CEP: 89703-130

Telefone: (48) 99834-0980

E-mail: camila.fontana.roman@gmail.com

RESUMO

Esse trabalho teve como objetivo analisar a percepção dos usuários do território adstrito de uma Estratégia Saúde da Família de um município de pequeno porte do Norte do Rio Grande do Sul, em relação ao trabalho do farmacêutico antes e após a utilização do serviço de seguimento farmacoterapêutico. A pesquisa teve abordagem qualitativa do tipo pesquisa-intervenção. A técnica de coleta de dados consistiu na aplicação de um questionário para levantamento das características sociodemográficas dos sujeitos da pesquisa; na realização de duas entrevistas semiestruturadas sobre a percepção dos usuários acerca da atuação do farmacêutico, mediante a aplicação do seguimento farmacoterapêutico pelo método *Subjective Objective Assessment Plan*; e na observação com registro em diário de campo. Os dados foram analisados utilizando-se o Método de Análise de Conteúdo, sendo construídas duas categorias de análise: Alguns equívocos sobre a atuação do farmacêutico na percepção dos usuários e Percepções sintonizadas com o papel do farmacêutico. Nota-se que os usuários confundiram o farmacêutico com outros profissionais da saúde, em especial psicólogos, enfermeiros e médicos. Entretanto, outros identificaram atividades farmacêuticas compatíveis com as desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família que frequentam. Por conta disso, indica-se a necessidade de manutenção desse serviço e a possibilidade de implantação de novos serviços farmacêuticos nessa comunidade. Também se faz necessária a participação desse profissional nas atividades da comunidade para que o mesmo seja reconhecido pela população.

PALAVRAS-CHAVE: Serviços Comunitários de Farmácia; História da Farmácia; Relações Profissional-Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

This study aimed at analyzing the perception of users of the territory of a Family Health Strategy in a small city of Northern Rio Grande do Sul, regarding the pharmacist's work before and after the use of the pharmacotherapeutic follow-up service. The research had a qualitative approach of research-intervention type. The data collection technique consisted of applying a questionnaire to collect the sociodemographic characteristics of the subjects; conducting two semi-structured interviews about users' perceptions of the pharmacist's performance through the application of pharmacotherapeutic follow-up by the Subjective Objective Assessment Plan method; and observation with registration in a field diary. Data were analyzed using the Content Analysis Method, and two categories of analysis were built: Some misconceptions about the pharmacist's performance in the users' perception and Perceptions tuned to the pharmacist's role. It was found that users confused the pharmacist with other health professionals, especially psychologists, nurses and doctors. However, other identified pharmaceutical activities compatible with those developed in the Family Health Strategy they attend. As a result, the need to maintain this service and the possibility of implementing new pharmaceutical services in this community are highlighted. It is also necessary that this professional participate in the community activities so as to be recognized by the population.

KEYWORDS: Community Pharmacy Services; History of Pharmacy; Professional-Patient Relations; Quality of Health Care.

1 INTRODUÇÃO

A atuação farmacêutica passou por significativas mudanças desde o surgimento até os dias atuais. Historicamente, o farmacêutico iniciou sua atuação de forma muito próxima aos pacientes, acolhendo-os, manipulando e administrando os medicamentos. Porém, com o passar do tempo e com o avanço da ciência, percebe-se que foi se distanciando e inserindo-se em áreas mais voltadas para as ações técnicas. Esse distanciamento das pessoas provocou recentemente um movimento de resgate da sua atuação clínica junto aos pacientes e também em relação à importância de se desenvolver um trabalho envolvendo os demais profissionais de saúde.¹

Nesta perspectiva, os processos formativos passaram a ser repensados e os currículos nas Universidades revistos no sentido de propiciar uma formação humana e ética do farmacêutico, lembrando e reconquistando o papel que já foi desempenhado nas comunidades em que atuavam.¹ Um passo importante neste sentido tem sido dado com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Sistema Único de Saúde (SUS), que requer que se tenha uma equipe multidisciplinar atuando para promover a saúde e prevenir doenças.

Porém o farmacêutico não constitui a equipe mínima da ESF², sendo que sua atuação ocorre de forma integrada a uma ou mais equipes, conforme necessidade local.³ Entretanto, no contexto da saúde pública, o farmacêutico é visto como aquele que garante o abastecimento de medicamentos nas farmácias, atuando em algumas fases do ciclo da Assistência Farmacêutica (AF) relacionadas ao medicamento.⁴

Estudos demonstram que o profissional é pouco valorizado pelos serviços que pode disponibilizar para além da dispensação de medicamentos.⁵ Porém a profissão precisou acompanhar os avanços em relação aos cuidados e se fazer presente nos espaços do SUS⁶, que tem entre suas atribuições a “[...] execução de ações [...] de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica [...]”.⁷ Desta maneira, a prática farmacêutica foi se reorganizando, formando uma corrente de pensamento e prática profissional que passou a ser conhecida como Atenção Farmacêutica. Esse conceito é definido no Brasil como:

[...] um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida.⁸

Dentro deste contexto, o profissional pode ofertar consultas farmacêuticas. Essas podem ser definidas como o atendimento realizado pelo farmacêutico com o usuário, com a finalidade de “[...] obter os melhores resultados com a farmacoterapia e promover o Uso Racional de Medicamentos [...]”.⁹

Durante as consultas podem ser ofertados serviços farmacêuticos. Esses lidam com diagnóstico e tratamento de doenças, ou com promoção, manutenção e recuperação da saúde⁹, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da população. Podem ser diretamente destinados ao paciente, incluindo nos serviços de Atenção Básica (AB) e no domicílio.¹⁰

Neste contexto, um serviço que pode ser ofertado é o acompanhamento/seguimento farmacoterapêutico, o qual é definido como:

[...] um componente da Atenção Farmacêutica e configura um processo no qual o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do usuário relacionadas ao medicamento, por meio da detecção, prevenção e resolução de Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM), de forma sistemática, contínua e documentada, com o objetivo de alcançar resultados definidos, buscando a melhoria da qualidade de vida do usuário.^{11:19}

Há diferentes métodos que podem ser utilizados na prática do seguimento farmacoterapêutico. Na literatura, os mais citados são os métodos Dáder, Pharmacotherapy WorkUp (PW), Therapeutic Outcomes Monitoring (TOM) e *Subjective, Objective, Assessment, Plan* (SOAP), ainda sem comprovação de qual método teria o melhor desempenho. O método SOAP de registro clínico, estruturado a partir do Registro Médico Orientado por Problemas (RMOP)¹², é amplamente utilizado por profissionais de saúde e compreendido por todos.¹³

O seguimento farmacoterapêutico utiliza encontros com o usuário para a realização de intervenções farmacêuticas que objetivam:

prevenir o surgimento de reações adversas; otimizar os efeitos farmacológicos do tratamento prescrito; verificar os motivos/fatores que levam à não adesão ao tratamento [...] buscando estratégias para aumentar a adesão; verificar interações medicamentosas e que possuam um efeito clínico negativo; e acordar junto ao usuário melhores horários para a tomada de medicamentos [...].¹⁴

Nesse contexto, o objetivo deste trabalho compreendeu: analisar a percepção dos usuários do território adstrito de uma ESF de município de pequeno porte no Norte do Rio Grande do Sul, em relação ao trabalho do farmacêutico antes e após a utilização do serviço de seguimento farmacoterapêutico.

3 MÉTODOS

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo pesquisa-intervenção, realizado entre abril e setembro de 2019 em uma ESF de município do Norte do Rio Grande do Sul. Os procedimentos metodológicos adotados compreenderam a realização de pesquisa bibliográfica e de campo.

Em relação à pesquisa de campo, oito sujeitos foram convidados a participar e a utilizar o serviço de seguimento farmacoterapêutico, os quais foram identificados pelas três farmacêuticas da ESF e pelos demais profissionais da equipe. Como critério de inclusão considerou-se que deveriam ser maiores de 18 anos; polimedicados; ter dificuldade de adesão aos tratamentos medicamentosos para qualquer morbidade; e assinar, voluntariamente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e de consentimento para uso de voz. Para o conceito de polifarmácia, utilizou-se a definição de Nascimento et al.¹⁵, que considera o uso de cinco ou mais medicamentos.

Como critérios de exclusão, considerou-se não possuir fluência na língua portuguesa; possuir algum tipo de deficiência autodeclarada que trouxesse comprometimento cognitivo ou dificuldade de discurso; e/ou ter recebido intervenções farmacêuticas pela farmacêutica pesquisadora desde seu início de atuação na ESF.

Seis dos participantes do estudo eram mulheres. Os usuários tinham, no início da pesquisa, entre 60 e 74 anos (média de 68 anos), quatro eram casados e quatro viúvos, cinco não haviam concluído o ensino fundamental e os demais eram analfabetos. No momento, não exerciam atividade laboral e todos tinham renda familiar de até três salários mínimos. Em relação ao número de integrantes nas famílias, este variou de um até seis membros e que dependiam dessa renda. Todos faziam uso do SUS, acrescido de plano de saúde suplementar ou aquisição de serviços privados por três dos usuários. Devido a características individuais, alguns apresentavam dificuldade de locomoção.

Ao longo da pesquisa, houve a perda de três participantes, a primeira por mudança para outro município, a segunda por deterioração do estado de saúde, impossibilitando a continuidade da participação na pesquisa, e a terceira por quebra de vínculo com a equipe da ESF. Para a terceira usuária, foram realizadas três tentativas de restabelecimento de vínculo, sem sucesso.

Foram usadas diferentes técnicas de coleta de dados. A primeira se referiu à aplicação de um questionário para levantamento das características sociodemográficas dos participantes do estudo. Após, foram realizadas duas entrevistas semiestruturadas sobre a percepção dos usuários acerca da atuação do farmacêutico, sendo que os dados foram levantados mediante a aplicação do seguimento farmacoterapêutico. A primeira foi conduzida após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a segunda foi conduzida na quarta consulta de seguimento farmacoterapêutico, período considerado como o mínimo para que se possa observar, efetivamente, algum resultado obtido com o serviço oferecido e refletir sobre o mesmo.¹⁶ Ambas foram registradas por gravação de voz.

O seguimento farmacoterapêutico seguiu o método SOAP, conforme descrito por Soares et al.¹³ Este foi escolhido dentre os demais por já ser feito uso do RMOP na ESF onde a pesquisa foi conduzida. A primeira consulta, entretanto, foi estruturada com o auxílio de instrumento adaptado de Foppa¹⁷, que mescla os instrumentos utilizados pelos métodos PW

e Dáder. Esse instrumento objetiva obter informações sobre os usuários acerca da família, relações familiares e comunitárias, rotina, histórico de doenças e tratamentos, tratamentos não-farmacológicos, histórico de internações hospitalares, entre outros.

As demais consultas, realizadas na ESF ou no domicílio, abrangeram as necessidades de cada usuário, com a definição de resultados a serem obtidos individualmente e a realização de intervenções farmacêuticas. Foram agendadas mensalmente e a realização destas continuou após o término da coleta dos dados até que foram atingidos os objetivos definidos com cada usuário, com o intuito de concluir o seguimento farmacoterapêutico e fornecer o melhor cuidado possível aos mesmos. Além destas técnicas, utilizou-se a observação com registro em diário de campo.

Os dados foram analisados por meio do Método de Análise de Conteúdo, que, de acordo com os pressupostos teóricos de Bardin¹⁸, prevê o desenvolvimento de três etapas, quais sejam: Pré-análise, Exploração do Material e Tratamento dos resultados. Neste sentido, a pré-análise dos dados incluiu a transcrição e organização dos dados das entrevistas e do questionário aplicado, além de reunir os diários de campo. Após, foi feita a exploração do material, com levantamento das categorias de análise por aproximação. Ao final, foram tratados por meio da discussão dos dados com apoio da literatura disponível e feitas inferências sobre os mesmos.

Esta pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) sob o CAAE 03973518.7.0000.5564. Os indivíduos foram codificados com a letra U (usuário) e numerados de um a oito, a fim de impedir sua identificação.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1 ALGUNS EQUÍVOCOS SOBRE A ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO NA PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS

A partir da análise das entrevistas e da literatura pertinente, observou-se que muitos dos equívocos que são apresentados pelos usuários sobre a atuação do farmacêutico têm relação com a atuação e, conseqüentemente, com a formação profissional. Ao resgatarmos a história da formação no Brasil, evidencia-se que em 1962 foi determinado o primeiro currículo mínimo do curso de Farmácia, propondo a formação como Farmacêutico Bioquímico, gerando uma mudança no caráter da atuação do profissional, pois:

[...] promoveu uma maior fragmentação de conteúdos e afastou o farmacêutico de sua vocação original, a manipulação e a dispensação em farmácias [...]. O egresso, então, era cada vez mais preocupado com o domínio da técnica, e menos com as relações humanas.¹⁹

Com o passar dos anos, outras mudanças foram sendo desencadeadas nos Cursos de Farmácia, sempre alinhadas com uma visão tecnicista da profissão.²⁰ Neste sentido, analisando a realidade do estudo, notou-se na ESF que algumas das farmácias foram formadas por meio de currículos que continham esse viés técnico, refletindo em suas práticas.

Transpondo esse debate para o cenário internacional, percebe-se que, com o incentivo da indústria farmacêutica, o profissional, por muitos anos, acabou se dedicando à pesquisa e à produção em massa de novos fármacos e, posteriormente, ao marketing e comercialização destes. Estes fatos ocorreram principalmente nos Estados Unidos da América, mas influenciaram o processo formativo e conseqüentemente o comércio em outros países, como o Brasil. Desta forma, os objetivos das farmácias passaram a ser de obter lucros para as empresas produtoras de fármacos, que possuem:

[...] elevada concentração de poder, conferindo-lhe a potencialidade para influir em decisões políticas [...]. Nesse sentido, a pressão da indústria farmacêutica na formação de práticas profissionais que lhe sejam favoráveis não pode ser ignorada no campo da saúde: da medicina medicalizante à transformação da farmácia em estabelecimento comercial e descaracterização do farmacêutico como profissional da saúde.^{21:46}

Portanto, verifica-se que foram anos de influência do comércio de fármacos no mundo, o que, aliada à política assistencialista do governo, ao marketing agressivo em relação ao uso de remédios, ao domínio de mercado das patentes e ao controle do conhecimento, levou a um consumo desnecessário, mas extremamente lucrativo a poucas instituições. Enquanto isso, o elemento central da prática farmacêutica mudou o seu foco, “[...] do sujeito paciente, para o objeto medicamento [...]”^{1:11} e, desta maneira, o “[...] farmacêutico foi excluído do processo de cuidado [...]”^{21:50} e se distanciou do usuário e dos demais trabalhadores da saúde.¹

Esse distanciamento pode ser notado na rotina de trabalho, em que os usuários buscam a “farmácia” da ESF ou vêm para “pegar seus remédios”, ao invés de buscarem outros serviços do profissional. Em estudo realizado por Naves et al., usuários não viam farmacêuticos como profissionais de saúde. Em muitos municípios, é comum que outros trabalhadores forneçam medicamentos, sendo que os usuários podem confundir o farmacêutico com esses e mesmo com balconistas, que realizam atendimentos em estabelecimentos privados.²²

Essas situações levaram, então, a uma perda na identidade profissional e uma “falta de reconhecimento da sociedade e dos demais profissionais sobre quais são ou seriam as contribuições, responsabilidades e finalidade deste profissional para o sistema de saúde”.^{1:11} Em estudo realizado por Alencar, Nascimento e Alencar²³, os usuários não citaram a farmácia quando foram questionados sobre os serviços da unidade de saúde em que eram atendidos, sinalizando que a dispensação ocorre de forma mecanizada e impessoal pelo farmacêutico, portanto é vista como uma simples entrega e não é reconhecida pela população.

Além da perda de identidade por parte do profissional farmacêutico provocada pelo processo formativo, a fragilidade do entendimento do próprio profissional quanto ao seu papel e atribuições²⁴ reflete na atuação deste na AB e, conseqüentemente, na percepção dos usuários. Desta maneira, tanto na fala de alguns entrevistados, como em estudos que vêm sendo desenvolvidos sobre esse tema²⁵, identifica-se certa confusão com outros trabalhadores da saúde, sendo que parte da população não sabe descrever qual é a função do farmacêutico e o que o diferencia dos demais.

Porém, essa situação vem se modificando aos poucos, a partir da mudança curricular que ocorreu nas Universidades em 1996, que propôs a formação generalista do farmacêutico.²⁰ Neste “novo” processo formativo que resgata o vínculo do profissional com os usuários, algumas farmacêuticas que atuam na ESF foram formadas, porém somente uma teve a formação voltada para a atuação clínica do farmacêutico.

Em relação à confusão com outros profissionais, durante a análise dos dados das entrevistas identificou-se que o farmacêutico havia sido confundido com o psicólogo, talvez devido ao caráter do seguimento farmacoterapêutico, um serviço que abrange aspectos da vida cotidiana dos usuários. O fator de cuidado e atenção pode ter proporcionado a percepção de que a farmacêutica se assemelha à psicóloga, profissional que possui contato com a população nessa ESF. A pergunta abaixo reflete esse aspecto:

U2: “Tu é tipo uma psicóloga?”

Notou-se, também, confusão com o papel do enfermeiro, quando os entrevistados mencionaram que:

U4: “Tanto o enfermeiro que nem o anestesista, assim, é um farmacêutico”

U3: “É a enfermeira que vem trazer o remédio”

Quanto ao enfermeiro, por mais que existem diversas diferenças entre as profissões, ambas têm atribuições em comum. Por exemplo, farmacêutico e enfermeiro podem aplicar medicamentos injetáveis e aferir a Pressão Arterial (PA), assim como reconhecido pelos usuários:

U2: “Vê a pressão né”

U7: “Se chegar uma pessoa lá que precisar injeção, eles dão... É a função do farmacêutico”

Nesses casos citados pelos entrevistados, ainda que sejam atribuições em comum, reforçaram a confusão entre as categorias, já que na ESF em questão as farmacêuticas não costumam aplicar injetáveis ou aferir PA. Na maior parte das farmácias privadas do município os farmacêuticos também não aplicam injetáveis.

Em relação à categoria médica, também confundida, possivelmente os usuários não conseguiram diferenciar o farmacêutico devido ao conhecimento que este tem acerca dos diagnósticos, exames laboratoriais e protocolos de tratamento, além das orientações repassadas quanto ao uso dos medicamentos e cuidados não farmacológicos de maneira semelhantes à médica da equipe, o que se torna rotina e de contato dos usuários na ESF:

U5: “O povo tão dizendo que tem só doutora muito boa lá [na farmácia]”

U2: “A farmacêutica [...] vai perder pouco pra uma médica, né. [...] Quando você chega eu já digo, hoje veio a minha médica”

Possivelmente os usuários também não saibam identificar os outros profissionais da saúde e quais suas atribuições, dificultando ainda mais a caracterização do farmacêutico. Em estudo realizado por Kirchner, Granzotto e Menegatti²⁶, em que foram entrevistados trabalhadores de um hospital, os próprios profissionais de saúde tiveram dificuldade em identificar as características relacionadas ao psicólogo. Por exemplo, para o psicólogo que atua no contexto hospitalar, 53% dos entrevistados apontou como importante a capacidade de prescrição de medicamentos, o que demonstra a confusão do psicólogo com outras categorias.

Pode-se inferir, ainda, que a vestimenta utilizada pelas farmacêuticas na ESF estudada facilite a confusão, já que, muitas vezes, utilizam jaleco branco, assim como as enfermeiras, técnica de enfermagem, médica, dentista e técnica em saúde bucal da mesma equipe. Nas

falas trazidas pelos participantes nenhum usuário soube identificar quem eram as farmacêuticas da ESF responsáveis pelo território de sua residência:

U6: “Conheço só tu”

U7: “Conheço, mas não sei o nome dele... Um loiro alto... Como é que é o nome dele?” [referindo-se ao enfermeiro da ESF]

As falas dos entrevistados de certo modo corroboraram o que foi relatado por Ferreira, Moura e Souki²⁷, de que a profissão é pouco conhecida e valorizada. Entretanto, muitas vezes o farmacêutico não tem o costume de se apresentar como tal, o que pode dificultar o reconhecimento por parte dos usuários e contribuir para confundi-lo com as demais categorias.

Há cinco anos, essa ESF conta com Residência Multiprofissional em Saúde, onde atuam duas farmacêuticas residentes. Neste sentido, percebe-se que há maior integração destas com a comunidade, até pela exigência da formação em serviço, viabilizando que haja um reconhecimento da população pelo trabalho realizado, pois inclui a participação em grupos de cuidado, visitas domiciliares, atividades na escola e nas empresas da região.

A inserção do farmacêutico no SUS iniciou-se com a revisão das práticas a fim de reaproximar o profissional do usuário, sendo a ESF um contexto onde pode trabalhar de forma multiprofissional e interdisciplinar²⁸, “no tratamento da doença, na promoção da saúde e na melhoria da qualidade de vida [...]”, compreendendo “[...] o paciente de maneira mais ampla e integrada [...]”.^{20:55} A inserção na ESF está diretamente ligada ao novo perfil do egresso do curso de Farmácia, sendo que esse ambiente permite ao farmacêutico mais dinamismo em suas ações, ampliando-as para “atuações desvinculadas diretamente da prescrição médica”.^{28:5}

4.2 PERCEPÇÕES SINTONIZADAS COM O PAPEL DO FARMACÊUTICO

Nesse contexto histórico de surgimento da profissão farmacêutica, esse era visto como o elaborador do medicamento, o boticário, que manipulava e administrava os medicamentos aos doentes.¹⁹ Essa atuação foi identificada pelos participantes da pesquisa quando foram questionados sobre quem era o farmacêutico para eles:

U5: “Ele dava remédio [...] conforme a doença, era remédio tudo caseiro [...] era de planta. Ele tinha na casa dele, que nem uma farmácia”

U4: “É um que medica... a medicação, os remédios...”

Olhando para a história, segundo Rang et al., “[...] desde os primórdios da civilização [...] remédios à base de ervas foram largamente utilizados, farmacopeias foram escritas, e o mercado dos boticários floresceu [...].^{29:1} Com a descoberta da América, ervas e raízes foram levadas para a Europa, enquanto “[...] no Brasil, nos tempos coloniais, os boticários, que eram na verdade “curandeiros ambulantes”, percorriam as populações montados em burros mascateando remédios e drogas para doenças humanas e animais”.^{30:246}

Em razão da influência europeia, nos primórdios do ensino do Brasil havia uma disciplina de farmácia como cadeira ofertada aos alunos em cursos de medicina. Somente em 1839 surgiram as primeiras escolas de farmácia em Minas Gerais. No entanto, os farmacêuticos graduados e os boticários não eram diferenciados pela população.³⁰

A população pesquisada, idosa, geralmente está mais ligada aos conhecimentos tradicionais da cultura local, principalmente acerca do uso de plantas medicinais e outras formas de cuidado. Apesar da possibilidade de atuação com plantas medicinais e fitoterapia³¹, o farmacêutico contemporâneo não é associado com esta área, sendo que os usuários buscam pessoas da própria comunidade que possuem conhecimentos populares sobre esse assunto.

Ainda assim, atualmente o farmacêutico tem a possibilidade de prescrever medicamentos, sejam os isentos ou não de prescrição médica.³² Também deve prescrever

orientações não farmacológicas para que os usuários tenham o cuidado integral de que necessitam.

Mesmo com toda a dificuldade encontrada pelos próprios farmacêuticos e pelos usuários de identificarem e corretamente apontarem as atribuições deste profissional da saúde, houve diversas situações em que os usuários identificaram atribuições do farmacêutico, representando principalmente as exercidas na ESF, com as quais têm contato regularmente, uma vez que todos os participantes utilizam o SUS. Em virtude disso, acredita-se que o contato desses usuários com as farmacêuticas da ESF seja mais intenso do que com farmacêuticos que atuam em outros contextos e que isso possa ter influenciado no conhecimento das ações realizadas neste âmbito.

Entre as atividades relacionadas ao farmacêutico que foram identificadas pelos usuários inclui-se o atendimento na farmácia, manutenção dos estoques, dispensação, orientação quanto ao uso dos medicamentos e ao acesso aos medicamentos em falta ou não padronizados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), conferência das validades dos medicamentos, descarte de medicamentos, etc., como demonstrado a seguir:

U1: “Cuidam das farmácias, que atendem as farmácias, que entendem da farmácia, dos remédios [...], provendo o remédio pras pessoas, não pode errar o remédio, tem que saber qual é o remédio que dá, marcar o remédio na hora certa, como tem que tomar tudo”

U2: “É bom que tu controla, né, tu vê o que tem [dos medicamentos], o que tá faltando. Se às vezes me esqueço de algum, tu me avisa”

U7: “Vem a farmacêutica ali, ela explica o remédio, o remédio tá vencido, ela olha pra tomar isso, tal hora, tal hora não...”

Evidencia-se aqui a necessidade social de garantir a segurança relacionada ao uso de medicamentos em um novo contexto¹ de atuação do farmacêutico, sendo a atuação clínica essencial nos dias atuais, assim como descrito pela Resolução nº 585 (2013) do Conselho Federal de Farmácia, em que “[...] o farmacêutico contemporâneo atua no cuidado direto ao

paciente, [...] redefinindo sua prática a partir das necessidades dos pacientes, família, cuidadores e sociedade”.⁹

Ainda assim, nota-se que as descrições sobre as atividades se relacionaram a uma atuação técnica, sendo que os participantes não reconheceram atividades clínicas ou de cuidado farmacêutico. Quanto à atuação em contextos diferentes, onde se pode incluir a atuação em análises clínicas, farmácia industrial, hospitalar, de manipulação e outras em que o farmacêutico é conhecido historicamente²⁸, notou-se que os usuários não trouxeram descrições. Ferreira, Moura e Souki²⁷ trazem que a imagem do farmacêutico visualizada pela população e até mesmo por outros profissionais de saúde está geralmente associada a farmácias e drogarias, sendo a dispensação a atividade mais relacionada com o mesmo, assim como observado neste estudo. Ademais, a faixa etária e a escolaridade dos participantes levam a pensar que esse grupo pode ter uma percepção diferente do farmacêutico do que outros em diferentes contextos.

Ficou claro, durante a realização do acompanhamento, a satisfação dos usuários em receber uma profissional da saúde para um acompanhamento mensal, sendo que:

[...] a qualidade do trabalho do farmacêutico é avaliada pela sua educação, acolhimento, atendimento, disponibilidade e atenção prestada à sociedade, sua atitude enquanto profissional de saúde, postura ética e pelos conhecimentos adquiridos sobre os medicamentos²⁷.

Relataram de diversas formas essa satisfação, como demonstrado a seguir:

U2: “É bom a gente ter uma pessoa pra conversar, né, e vir atender a gente, né. Eu fico faceira, eu gosto que você venha”

U1: “Eu só achei bom, você participando. E sempre dá o exemplo. Eu sempre gostei de você”

Essas falas evidenciam a necessidade dos pacientes e da sociedade em relação ao cuidado e acolhimento pelo profissional de saúde e demonstram que esse espaço pode ser preenchido pelo farmacêutico. Em alguns casos, os usuários ficavam sozinhos durante todo o dia e eram carentes de companhia, o que pode ter colaborado para a boa adesão ao serviço, boa recepção nas visitas domiciliares e no vínculo estabelecido.

O vínculo entre profissional e usuário garante a “segurança no que concerne ao atendimento de suas necessidades”^{33:6}, sendo que a base dessa relação depende da “confiança, do respeito, da atenção, da escuta e de um olhar diferenciado dos profissionais para com os usuários e vice-versa”^{33:6}, devendo ser inerente aos profissionais no contexto da ESF. O vínculo é imprescindível para que o usuário tenha boa adesão à terapia medicamentosa, além do alcance dos objetivos definidos em conjunto com o usuário.³³ Dessa forma, é possível inferir que o seguimento farmacoterapêutico depende do vínculo profissional-usuário para o alcance dos seus objetivos.

As falas dos usuários também demonstram a receptividade para com a possível manutenção e ampliação deste serviço e da implantação de novos serviços nessa comunidade. Esse serviço, se oferecido a toda a população, poderia gerar, a médio e longo prazo, economia aos cofres públicos. Os gastos poderiam ser reduzidos na compra de medicamentos, na atuação dos médicos e outros profissionais da ESF, na redução dos PRM, evitando efeitos colaterais, internações hospitalares e melhorando a qualidade de vida dos usuários, podendo, inclusive, reduzir a demanda desses nas ESF. Além disso, pode gerar uma economia de tempo para o próprio usuário e para os profissionais, pois estarão se recuperando em menor tempo de adversidades e prevenindo demais problemas que poderão surgir com o consumo inadequado de fármacos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desse estudo foi analisar a percepção dos usuários em relação ao trabalho do farmacêutico antes e após a utilização do serviço de seguimento farmacoterapêutico. Diante disso, notou-se que a percepção não sofreu alterações significativas da primeira para

a segunda entrevista, como era esperado, uma vez que as respostas foram semelhantes nos dois momentos. O tempo para a realização do estudo pode ter sido uma das limitações, já que a segunda entrevista foi feita no quarto encontro com os usuários, e não ao fim do acompanhamento.

Mesmo assim, os usuários foram capazes de trazer percepções sobre o farmacêutico, muitas sintonizadas com a sua atuação, porém outras equivocadas. As percepções se mostraram, em sua maioria, relacionadas com o contexto de atuação da farmacêutica, pois envolveram as atividades realizadas pelo farmacêutico ou outros profissionais da ESF estudada.

Ao final do estudo, notou-se a obtenção de resultados individuais positivos pelos usuários, seja pela avaliação da farmacêutica, pelos resultados de exames laboratoriais e acompanhamento dos sinais vitais, como também por relatos ao final do acompanhamento pelos usuários ou por outros profissionais da ESF. Os usuários e familiares vivenciaram e puderam conhecer, ao longo do seguimento farmacoterapêutico, outro lado da profissão: do atendimento domiciliar, de acordo com as necessidades individuais e levando em consideração a cultura, crenças e conhecimentos de cada um.

A dinâmica de atuação dessa equipe se mostra diferenciada daquelas que não contam com a residência neste município, já que a residência proporciona espaços de diálogo e trocas de conhecimento entre os diferentes trabalhadores. Nesses espaços, observou-se que o trabalho da farmacêutica também passou a ser reconhecido de forma diferenciada por esses profissionais, que perceberam a obtenção de resultados positivos com os participantes.

Isso nos permite entender que a mudança da percepção da população acerca do farmacêutico é gradual e contínua. Positiva, principalmente com a atuação em equipes multiprofissionais de saúde, visto que o objetivo é comum: melhoria da qualidade de vida do usuário. São essenciais a participação e o contato constante do farmacêutico com a comunidade.

Alinhado a estas questões, salienta-se a importância da continuidade deste serviço a esta comunidade, já que o seguimento farmacoterapêutico vai se fortalecendo na medida em que os usuários o utilizam e o recomendam para outros. Assim, resultados podem alcançar

mais pessoas e, em tempo oportuno, as economias e resultados coletivos poderão ser observados nessa comunidade, além do maior reconhecimento do profissional.

Para isso, é necessária a sensibilização tanto do farmacêutico como dos demais integrantes da equipe, na perspectiva de garantir que o serviço seja oficialmente estruturado, bem como o tempo necessário para o desenvolvimento destas ações. Neste contexto, o apoio da gestão se mostra essencial para garantir esse espaço e a liberação das demais atividades profissionais para exercer esta, que pode demandar visitas domiciliares e tempo para estudo dos casos.

Recomenda-se que mais estudos acerca da atuação do farmacêutico sejam feitos. A percepção da população sobre esse profissional poderia ser avaliada em diferentes contextos, assim como por outros trabalhadores da saúde, pelos gestores e pelos próprios farmacêuticos. Ainda, outros serviços farmacêuticos poderiam ser estruturados nessa ESF, podendo avaliar os resultados em diferentes grupos da população.

REFERÊNCIAS

¹ Saturnino LTM, Perini E, Luz ZP, Modena CM. Farmacêutico: um profissional em busca de sua identidade. Rev Bras Farm, 2012;93(1)10-6. Disponível em: <http://www.rbfarma.org.br/files/rbf-2012-93-1-2.pdf>.

² Brasil. Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. (2017). Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

³ Brasil. Ministério da saúde. Nota técnica n. 3/2020 DESF/SAPS/MS. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil.pdf>.

⁴ Pereira LRL, Freitas O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. Rev Bras Ciênc Farm, 2008;44(4)601-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v44n4/v44n4a06.pdf>

⁵ Rocha KSS, Rodrigues RC. Por que farmácia? Uma reflexão discente. Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica, 2015. Disponível em: https://www.farmacia.ufmg.br/wp-content/uploads/2015/12/Relato-de-experi%C3%Aancia_Kerilin-Rafaela.pdf

⁶ Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde, 2014. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf

⁷ Brasil. Lei no. 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.

⁸ Organização Pan-Americana da Saúde. Consenso brasileiro de Atenção Farmacêutica: proposta, 2002. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PropostaConsensoAtenfar.pdf>

⁹ Conselho Federal de Farmácia. Resolução n. 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>

¹⁰ Conselho Federal de Farmácia. Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual, 2016. Disponível em: http://www.cff.org.br/userfiles/Profar_Arcabouco_TELA_FINAL.pdf.

¹¹ Ivama A, Noblat L, Castro MS, Oliveira NVBV, Jaramillo NL, Rech N, organizadores. Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta, 2002. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PropostaConsensoAtenfar.pdf>.

¹² Weed LL. Medical records that guide and teach (concluded). Yearbook of medical informatics. 1999. Disponível em: <http://www.columbia.edu/itc/hs/medinfo/g6080/misc/articles/Weed-Part2.pdf>.

¹³ Soares L, Farias MR, Leite SNL, Campese M, Manzini F, organizadores. Atuação clínica do farmacêutico, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/187553/5%20-%20Atua%C3%A7%C3%A3o%20cl%C3%ADnica%20do%20farmac%C3%AAutico%20e-book.pdf?sequence=1>.

¹⁴ Universidade Federal de Santa Catarina. Farmácia Escola. Seguimento farmacoterapêutico, 2018 Disponível em: <http://farmaciaescola.ccs.ufsc.br/seguimento-farmacoterapeutico/>.

¹⁵ Nascimento RCRM, Álvares J., Guerra Júnior AA, Gomes IC, Silveira MR, Costa EA et al. Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. Rev Saúde Pública, 2017; 51(2). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007136.pdf

¹⁶ Armando P, Uema S, Solá N. Valoración de la satisfacción de los pacientes con el seguimiento farmacoterapêutico. Seguir farmacoter, 2005;3(4):205-12. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/28101816_Valoracion_de_la_satisfaccion_de_los_pacientes_con_el_seguimiento_farmacoterapeutico

¹⁷ Foppa AA. Qualificação do serviço farmacêutico clínico a partir dos dados de seguimento farmacoterapêutico a indivíduos com Doença de Parkinson. [Dissertação de mestrado online]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Ciências Farmacêuticas. Programa de Pós-graduação em Assistência Farmacêutica, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/123322>.

¹⁸ Bardin L. Análise de conteúdo. 1st ed. São Paulo: Edições 70; 2016. Disponível em: <https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>

¹⁹ Mendonça LG, Ferreira FR, Larocque LR. Trajetória da educação farmacêutica e o lugar da deontologia e ética na formação humanista: uma discussão curricular. Currículo Sem Fronteiras, 2017;17(2)458-84.

²⁰ Cecy C. Diretrizes curriculares: dez anos. Pharm Bras, 2011;80:53-6. Disponível em: http://cebrim.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/130/053a060_boletim_abenfarbio.pdf

²¹ Santos RI. Concepções de assistência farmacêutica no contexto histórico Brasileiro. [Tese de Doutorado online]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-graduação em Farmácia. Centro de Ciências da Saúde, 2011. Disponível em: <https://core.ac.uk/reader/30376671>.

²² Naves Janeth de Oliveira Silva, Castro Lia Lusitana Cardozo de, Carvalho Christine Maria Soares de, Merchán-Hamann Edgar. Automedicação: uma abordagem qualitativa de suas motivações. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2010; 15(Supl 1): 1751-1762. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700087&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700087>.

²³ Alencar TOS, Nascimento MAA, Alencar BR. Assistência farmacêutica na Estratégia Saúde da Família: uma análise sobre o acesso. Rev. Bras. Farm. 2013; 94 (3): 219 – 226. Disponível em: <http://www.rbfarma.org.br/files/rbf-v94n3-04.pdf>.

²⁴ Farina SS, Romano-Liebe NS. Atenção farmacêutica em farmácias e drogarias: existe um processo de mudança? Saúde Soc, 2009;18(1)7-18. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n1/02.pdf>

²⁵ Xavier ADF, Barros ACO, Moura EAS, Chagas PCB, Silva L. Percepção da população sobre a atuação do profissional farmacêutico. Anais da IX Semana de Iniciação Científica Faculdade de Juazeiro do Norte, 2017. Disponível em: <http://www.fjn.edu.br/sic2017/app/aprovados/article.php?uid=65&aid=55>.

²⁶ Kirchner LF, Granzotto MD, Menegatti CL. Concepções da equipe de saúde de um hospital de Curitiba/Paraná sobre a prática de psicologia. Estudos Interdisciplinares em Psicologia.

2012 jun.; 3(1): 24-40. Disponível em: <http://www.uel.br/seer/index.php/eip/article/view/12070/11452>.

²⁷ Ferreira LC, Moura LRC, Souki GQ. A imagem profissional: um estudo sobre o farmacêutico. *Race* 2016;15(2)1007-34. Disponível em: <http://editora.unoesc.edu.br/index.php/race>

²⁸ Ricieri M, Previatti D, Campese M, Constantini H, Montrucchio D, Kades A, Buffon M, Furman I. O farmacêutico no contexto da Estratégia em Saúde da Família, que realidade é esta? 2006. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/academica/article/view/9047/6322>
<http://dx.doi.org/10.5380/acd.v7i2.9047>.

²⁹ Rang H.P, Dale MM; Ritter J; Flower RJ. *Farmacologia*. 7th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

³⁰ Pereira ML, Nascimento MMG. Das boticas aos cuidados farmacêuticos: perspectivas do profissional farmacêutico. *Rev Bras Farm*, 2011;92(4)245-52. Disponível em: <http://www.rbfarma.org.br/files/rbf-2011-92-4-2-245-252.pdf>

³¹ Conselho Federal de Farmácia. Resolução n. 459, de 28 de fevereiro de 2007. Dispõe sobre as atribuições do farmacêutico no âmbito das plantas medicinais e fitoterápicos e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/459.pdf>

³² Conselho Federal de Farmácia. Resolução n. 586, de 29 de agosto de 2013. Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências. Conselho Federal de Farmácia. Disponível em: http://www.cff.org.br/userfiles/file/noticias/Resolu%C3%A7%C3%A3o586_13.pdf.

³³ Coelho Márcia Oliveira, Jorge Maria Salette Bessa. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2009; 14(Supl 1): 1523-1531. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800026&lng=en.

INSTRUÇÕES PARA AUTORES

REVISTA SAÚDE EM REDES

Diretrizes para Autores

Os artigos devem ser originais e não terem sido publicados, nem submetidos, a outro periódico. Os autores assumem a responsabilidade de que o trabalho não foi publicado anteriormente ou está sob avaliação por outro periódico.

O periódico Saúde em Redes não realiza qualquer cobrança de taxa de submissão dos originais enviados, nem cobra custos de tradução ou revisão, se necessários.

Uma vez enviados os originais, os mesmos serão submetidos a avaliação por pareceristas na forma de duplo cego (double blind peer review), onde os pareceristas não terão acesso aos dados e identidade dos autores, bem como estes em relação aos pareceristas. O resultado das avaliações é encaminhado pelos editores aos autores intermediando o processo de avaliação.

Aspectos Éticos: os artigos originais devem necessariamente ter seguido os princípios éticos contidos nas Resoluções 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional Conselho de Saúde (<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> e <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>, respectivamente) ou princípios equivalentes válidos no país de origem do manuscrito e terem passados pela aprovação do Comitê de Ética da instituição de origem, sendo necessário ser claramente indicado na descrição do método, com o número do protocolo.

Cada pessoa designada como autor deve ter participado ativamente no trabalho e assumir a responsabilidade pública por parte do artigo, para a qual contribuiu. Reconhecimento da autoria deve ser baseado em contribuições substanciais para o seguinte:

1. concepção e delineamento, aquisição de dados, ou análise e interpretação dos dados;
2. elaboração do artigo ou revisão crítica do conteúdo intelectual;
3. aprovação final da versão a ser publicada.

Os autores devem atender todas as três condições. O documento apresentado deverá ter sido lido com atenção por todos os autores, que devem concordar com o seu conteúdo. Sobre os direitos autorais, consulte o item especial. Direitos Autorais. Políticas editoriais Autores são convidados a consultar as Políticas da Rede UNIDA, no menu para aprender sobre o foco e o escopo, do processo de revisão por pares da revista, a declaração de conflito de interesses e outras políticas editoriais.

INSTRUÇÕES GERAIS

- É solicitado gentilmente aos autores para seguirem atentamente todas as instruções para a preparação do manuscrito. Só será enviado aos colaboradores (revisores) manuscritos que estão em estrita conformidade com as normas especificadas.
- Os artigos podem ser escritos em Português, Inglês, Espanhol ou Italiano e o estilo deve ser claro e conciso. Autores são fortemente aconselhados a enviar o manuscrito em sua forma final após a realização de uma verificação ortográfica.
- Os artigos devem ser digitados em Word (Microsoft Office), em uma página tamanho A4, configurado com espaçamento 1,5, margens laterais de 2,5 cm, fonte Calibri 12, recuo de primeira linha a direita de 1,25cm, com espaçamento de 10pt entre parágrafos (geralmente basta adicionar espaço depois de parágrafo no item próprio no word). Os textos devem estar apresentados com margem justificada.
- Use a formatação automática para criar recuo no início dos parágrafos, e não a tecla de espaço ou tab.
- O tamanho de cada documento não deve exceder 2 MB.
- A ordem é a seguinte para todos os manuscritos: primeira página, resumo, resumo traduzido (abstract), palavras-chaves, texto, agradecimentos (se houver), referências, tabelas, figuras. Veja abaixo os detalhes sobre a preparação de cada um desses elementos, "Estrutura do manuscrito".
- As unidades de medida devem seguir o Sistema Internacional de Unidades.
- Abreviaturas podem ser utilizadas. Na primeira citação, a palavra deve ser escrita por extenso, seguido da sigla entre parênteses. Não use abreviaturas nos resumos.

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

1. Primeira página

1.1 Título: conciso e explicativo em português e inglês, máximo de 150 caracteres com espaços;

1.2 Autores: nome completo, titulação, instituição e e-mail;

1.3 Autor correspondente: nome, endereço postal, telefone e e-mail para publicação;

1.4 Descreva a autoria baseado em contribuições substanciais. Observação: a página de título é retirado do arquivo fornecido aos colaboradores.

2. Resumo e palavras-chave estruturados

2.1 Resumo: deve ter até 250 palavras. Os resumos devem ser estruturados da seguinte forma: - Artigo original: Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusões. - Artigo de revisão: Objetivos, Fonte de dados, Resumo das conclusões (Para a definição de cada tipo de artigo, consulte a seção Políticas, encontrado no menu).

2.2 Palavras-chave: Devem conter pelo menos três palavras-chave, não ultrapassando seis, ser separadas por ponto e vírgula e deve ser consultado em "Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)", publicado anualmente e está disponível em <http://decs.bvs.br>.

2.3 Abstract e Keyword: Deverá ter um resumo traduzido para inglês. Quando o idioma do texto for em inglês, o resumo deverá ser traduzido para o português. E keyword poderá ser também tirado do DECS, não precisará ser traduzido.

3. Texto

3.1 Artigo Original: deve conter no máximo 5.000 palavras (excluindo tabelas e referências) e apresentar um máximo de 40 referências. O número total de tabelas e figuras não deve ser maior que cinco. O texto original do artigo deve seguir um formato estruturado: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Considerações finais, Referências.

Também são aceitos artigos originais separados com subtítulos, não excluindo a Introdução, Considerações Finais e Referências.

3.1.1 CITAÇÕES

Formatação

Números arábicos, sobrescritos. Ex: 1²
Ordenadas consecutivamente

Com indicação de páginas. Ex. 12:381

Citações de referências sequenciais separadas por vírgula, sem espaço entre elas. Ex: 1,2,4,5,9

Citações de referências intercaladas separadas por vírgula, sem espaço entre elas. Ex: 8,14, 10,12,15

3.1.2 Notas de rodapé

Restritas ao mínimo necessário.
Indicadas por números romanos.

3.2 Revisão Sistemática: deve conter no máximo 6.000 palavras (excluindo tabelas e referências) e fornecer pelo menos 50 referências. O artigo de revisão pode apresentar um padrão menos rígido, incluindo Introdução, Métodos, Revisão da Literatura, Considerações finais e Referências.

3.3 Resenhas: deve conter no máximo 2.000 palavras. Devem primar pela objetividade e concisão. São compostos de resumos e comentários sobre importantes obras publicadas na Saúde Coletiva. Podem ser tanto obras clássicas, quanto obras recentemente disponibilizadas ao público.

4. Agradecimento (opcional): Devem ser breves e objetivos, apresentada no final do texto (antes das referências), incluindo apenas as pessoas ou instituições que contribuíram para o estudo.

5. Tabelas: As tabelas com suas legendas devem ser enviados em formato Word (Microsoft Office), sendo colocados após as referências em novas páginas. Todas as tabelas devem ser numeradas em ordem de aparecimento no texto. A legenda deve aparecer em sua parte superior, precedida da palavra "Tabela" seguida pelo número de ordem de ocorrência no texto em algarismos arábicos (por exemplo, Tabela 1, Tabela 2, etc.). Os títulos das tabelas devem ser auto-explicativo, para que as tabelas sejam compreendidas dispensando consulta ao texto. Explicações específicas ou mais detalhadas devem ser apresentadas imediatamente abaixo da tabela. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas e não usar espaços para separar colunas.

6. Figuras: Incluir gráficos, desenhos, fluxogramas, fotografias, gráficos, etc. Todas as ilustrações devem ser numeradas em ordem de aparecimento no texto. A legenda deve ser incluído na sua parte inferior, precedida da palavra "Figura", seguido do número de série de ocorrência no texto, em árabe, incluindo o seu modo de explicação (por exemplo, Figura 1, Figura 2, etc.). Mesmo que brevemente, esta informação deve ser clara e dispensar se referir ao texto ou fonte. Os dados produzidos em um arquivo de texto, como gráficos em Word, por exemplo, deve ser anexada depois de as tabelas no final do documento. Os arquivos de imagem devem ser enviados como anexo formato de documento. Jpg com resolução mínima de 300 dpi, para que eles sejam melhor visualizado on-line, mas não superior a 2 MB. As ilustrações em cores são aceitos para publicação eletrônica.

7. Referências: Devem ser numeradas em sobrescrito no texto, após a pontuação, classificados em ordem de aparecimento no texto e elaborar como o estilo de Vancouver. As normas e exemplos podem ser encontrados através do site: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. Todas as referências citadas no texto, e apenas eles, devem figurar na lista de referência que é numerada e colocada a seguir ao texto. Ao utilizar um programa de gerenciamento de referências (como o EndNote e Reference Manager), os códigos de campo devem ser desativado antes de enviar o documento, o texto é convertido em texto simples. Para converter referências adicionadas por Reference Manager ou Endnote para texto simples, o autor pode usar o seu próprio programa, que permite remover os códigos de campo (em "Remove Field Codes").

INSTRUÇÕES PARA ENVIO

As inscrições só podem ser feitas através deste site. Nós pedimos que os autores leiam todas as instruções antes de iniciar o processo de submissão. Um dos autores deverá se registrar no site, onde receberá um nome de usuário, senha e instruções sobre o processo de submissão. Uma vez cadastrado, o autor pode entrar no sistema a qualquer momento, com seu login e senha (acesso, no menu superior). Ao completar o registro inicial, o autor é enviado diretamente para a página do usuário, que lista as várias funções que o usuário pode tomar na revista (autor, revisor e leitor).

Clicando no papel de autor aparece para listar as suas submissões ativas e arquivadas, e uma nova submissão pode ser iniciada. O processo de submissão tem cinco etapas, com instruções disponíveis em cada um. O autor não precisa completar os 5 passos de cada vez e pode retomar a qualquer hora submissões listadas como "incompleto" na lista de submissões ativas. É essencial seguir rigorosamente as instruções que aparecerão na apresentação, com atenção aos dados, que devem ser cuidadosamente preenchidos.

Os nomes de todos os autores do artigo devem ser adicionado em apresentação do site, na mesma ordem em que aparecem na página de título do manuscrito, bem como os seus e-mails, casa instituições, títulos e funções. Preencha os campos para o título do artigo em Português e Inglês, resumo e abstract. Preencha todos os campos para o índice, que são importantes para o artigo a ser indexada em bases de dados. Identifique o idioma em que o artigo está redigido. Para iniciar o processo de inscrição e submissão, por favor "Submissão on-line".

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a 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.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".
2. A primeira página contém, além do título do artigo, os nomes, títulos, instituições de origem e endereços de todos os autores por e-mail, bem como o endereço postal e número de telefone do autor correspondente e descreve a contribuição. Estes dados também será concluída na Etapa 2 do processo de submissão.
3. Os arquivos para submissão estão em Word (Microsoft Office). O texto está em página A4, espaçamento 1,5, fonte Calibri 12. As figuras e tabelas estão incluídas na final do documento, após as referências. O tamanho de cada documento não é mais do que 2 MB.
4. O manuscrito contém todos os elementos textuais necessários, incluindo o Resumo (até 250 palavras e estruturado de acordo com as diretrizes da Revista) e palavras-chave e abstract.
5. Em Métodos, há aprovação explícita pelo Comitê de Ética em Pesquisa, ou correspondente na instituição de origem, quando necessário.
6. As referências são numeradas na ordem de aparecimento no texto e seu estilo segue as regras da revista (Vancouver). Se um programa tem sido utilizado para gerenciamento de referências, códigos de campo foram retirados do arquivo enviado, a fim de converter a lista de referências em texto simples.
7. Referências: Devem ser numeradas em sobrescrito no texto, após a pontuação, classificados em ordem de aparecimento no texto e elaborar como o Estilo Vancouver - Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, organizados pelo International Committee of Medical Journal Editors Vancouver Group. Os exemplos podem ser encontrados no site: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

Para auxílio no uso de Abreviatura dos títulos de periódicos (para as referências):
<http://portal.revistas.bvs.br/index.php?issn=0034-8910&lang=pt>

Todas as referências citadas no texto, e apenas elas, devem figurar na lista de referências que deverá ser numerada e colocada na sequência do texto. Ao utilizar um programa de gerenciamento de referências (como o *EndNote* e *Reference Manager*), os códigos de campo deve ser desativado antes de enviar o documento, o texto é convertido em texto simples. Para converter referências adicionadas por *Reference Manager* ou *Endnote* para texto simples, o autor pode usar o seu próprio programa, que permite remover os códigos de campo (em "Remove Field Codes").

8. Todos os autores do artigo foram informados sobre as políticas editoriais da revista. Os autores leram o manuscrito submetido estando em conformidade com o mesmo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste processo de construção foram apresentados os quatro capítulos correspondentes ao volume final, o que simboliza o fechamento das quatro disciplinas de Trabalho de Conclusão de Residência deste programa. O capítulo I buscou identificar os fluxos de trabalho da ESF São José Operário e as demandas da ESF que necessitavam de intervenção. O segundo capítulo objetivou construir o projeto de pesquisa a ser realizado sobre a demanda da ESF escolhida para a realização da intervenção proposta. O capítulo III buscou apresentar o desenvolvimento do projeto de pesquisa no campo, apresentando as dificuldades e mudanças durante o processo. Já o quarto capítulo é o fruto de todos os demais, ou seja, a construção final que deverá ser publicada em revista científica para que qualquer pessoa tenha acesso aos resultados dessa pesquisa.

Os objetivos finais desta pesquisa e deste volume final foram alcançados. A intervenção na comunidade foi concluída e o retorno à equipe multiprofissional será realizado o mais breve possível. Apesar disso, ainda pode haver a realização de outros estudos nessa comunidade em relação à atuação do farmacêutico.

A apresentação do artigo final a ser publicado em revista científica é de suma importância no processo da Residência Multiprofissional em Saúde, visto que esse processo permite a realização de pesquisa científica no âmbito da Atenção Básica, o compartilhamento dos saberes produzidos neste local e o aprimoramento das práticas em saúde, trazendo benefícios diretos à comunidade estudada.