



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

**MARIELE SALVI**

**CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO PARA DISPENSAÇÃO DE  
MEDICAMENTOS NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE UM  
MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL**

**PASSO FUNDO/RS**

**2021**

**MARIELE SALVI**

**CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO PARA DISPENSAÇÃO DE  
MEDICAMENTOS NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE UM  
MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL**

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

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Soares Fernandes

Coorientadora: Esp. Carine Muller Mayer

PASSO FUNDO/RS

2021

### **Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS**

Salvi, Mariele

Construção de um Protocolo para Dispensação de Medicamentos na Rede de Atenção Primária à Saúde de um Município do Sul do Brasil / Mariele Salvi. -- 2021. 118 f.:il.

Orientador: Doutor Marcelo Soares Fernandes

Co-orientadora: Especialista Carine Müller Mayer  
Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) -  
Universidade Federal da Fronteira Sul, Residência  
Multiprofissional em Saúde, Passo Fundo, RS, 2021.

1. Dispensação. I. Fernandes, Marcelo Soares, orient.  
II. Mayer, Carine Müller, co-orient. III. Universidade  
Federal da Fronteira Sul. IV. Título.

Elaborada pelo sistema de Geração Automática de Ficha de Identificação da Obra pela UFFS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

**MARIELE SALVI**

**CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO PARA DISPENSAÇÃO DE  
MEDICAMENTOS NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE UM  
MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL**

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  
09/02/2021, conforme Ata N° 01/2021.

Em função da Pandemia do novo coronavírus e as medidas de afastamento tomadas pela  
UFFS, esse Termo foi assinado apenas pelo Presidente da Banca

**BANCA EXAMINADORA**



Prof. Dr. Marcelo Soares Fernandes  
Orientador

Esp. Carine Müller Mayer  
Coorientadora

Profa. Dra. Caroline Rizzi – UFFS  
Membro examinador

Profa. Dra. Shana Ginar da Silva – UFFS  
Membro examinador

## RESUMO

O presente trabalho trata-se da apresentação das atividades realizadas para a execução do Trabalho de Conclusão de Residência durante o período de formação (anos 2019 a 2021) do Programa de Residência Multiprofissional em área da Saúde: Área de Concentração Atenção Básica da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo, sendo dividido em quatro capítulos. No *primeiro capítulo* é apresentado o diagnóstico territorial do município de Marau, Rio Grande do Sul, onde acontece a prática da residência, enfatizando-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) São José Operário, local de inserção da residente. No *segundo capítulo* apresenta-se o projeto de pesquisa-intervenção gerado a partir da construção do diagnóstico territorial, direcionado para o processo de dispensação de medicamentos da Assistência Farmacêutica do município. A pesquisa objetiva a construção de um protocolo de dispensação de medicamentos na rede de atenção primária à saúde do município de Marau a partir de uma avaliação deste processo. Esta avaliação é subsidiada por meio de uma abordagem exploratória e descritiva, resultante da aplicação de um questionário estruturado para os farmacêuticos do município. O *terceiro capítulo* traz o relatório de campo da pesquisa, tendo como objetivo descrever todas as etapas e fases da coleta de dados, evidenciando as potencialidades e desafios enfrentados durante este período. Para uma melhor visualização do processo são apresentadas fotos e descrição da forma mais clara possível da coleta e desenvolvimento. O *quarto capítulo* apresenta o artigo científico final elaborado para futura publicação em revista definida. Nele são apresentados os resultados, discussões e conclusão encontradas nesta pesquisa realizada.

**Palavras-chave:** Dispensação. Assistência Farmacêutica. Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

This paper shows the presentation of the activities carried out for the execution of the Residency Completion Work during the training period (years 2019 to 2021) of the Multiprofessional Residency Program in Health: Primary Care Concentration Area of the Federal University of the Southern Border, Campus Passo Fundo, and it is divided into four volumes. The *first chapter* presents the territorial diagnosis of the municipality of Marau, Rio Grande do Sul, where the residency takes place, and it emphasizes the Family Health Strategy (FHS) São José Operário, place where the resident is inserted. The *second chapter* presents the intervention research project created from the construction of the territorial diagnosis, directed to the process of dispensing medications of the pharmaceutical care in the city. Thus, the research aims to build a drug dispensing protocol in the primary health care network of the municipality of Marau from an evaluation of this process. This evaluation will be supported by an exploratory and descriptive approach, resulting from the application of a structured questionnaire for pharmacists in the municipality. The *third chapter* presents the research field report, with the objective of describing all the stages and phases of data collection, highlighting the potential and challenges faced during this period. For a better visualization of the process photos and description are presented in the clearest possible way of the collection and development. The *fourth chapter* presents the final scientific article prepared for future publication in a defined journal. It presents the results, discussions and conclusions found in this research.

**Keywords:** Dispensation. Pharmaceutical Care. Primary Health Care.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>CAPÍTULO I - DIAGNÓSTICO TERRITORIAL .....</b>	<b>8</b>
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO SUS E O PAPEL DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA.....	9
1.2	MUNICÍPIO DE MARAU/RS .....	10
1.3	SISTEMA E REDE DE SAÚDE LOCAL E REGIONAL .....	14
1.4	CONTEXTUALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO JOSÉ OPERÁRIO: CAMPO DE PRÁTICA .....	18
1.5	ESTRUTURA E PROCESSOS DE TRABALHO .....	20
1.6	CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO .....	24
1.7	PROPOSTA DE PESQUISA INTERVENÇÃO .....	26
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>28</b>
<b>2</b>	<b>CAPÍTULO II - PROJETO DE PESQUISA INTERVENÇÃO .....</b>	<b>31</b>
2.1	RESUMO INFORMATIVO .....	31
2.2	INTRODUÇÃO .....	32
<b>2.2.1</b>	<b>Tema .....</b>	<b>33</b>
<b>2.2.2</b>	<b>Problema .....</b>	<b>33</b>
<b>2.2.3</b>	<b>Hipóteses .....</b>	<b>33</b>
<b>2.2.4</b>	<b>Objetivos .....</b>	<b>33</b>
2.2.4.1	Objetivo geral .....	33
2.2.4.2	Objetivos específicos .....	33
<b>2.2.5</b>	<b>Justificativa .....</b>	<b>34</b>
<b>2.2.6</b>	<b>Referencial teórico .....</b>	<b>34</b>
2.2.6.1	Assistência Farmacêutica .....	34
2.2.6.2	Acesso a medicamentos .....	38
2.2.6.3	Uso Racional de Medicamentos .....	39

<b>2.2.7</b>	<b>Metodologia</b> .....	40
2.2.7.1	Tipo de estudo .....	40
2.2.7.2	Local e período de realização .....	40
2.2.7.3	População e amostragem .....	40
2.2.7.4	Variáveis e instrumentos de coleta de dados .....	41
2.2.7.5	Processamento e análise dos dados .....	41
2.2.7.6	Etapas para a construção do protocolo .....	42
2.2.7.7	Aspectos éticos .....	44
2.2.7.8	Resultados esperados .....	45
<b>2.2.8</b>	<b>Recursos</b> .....	45
<b>2.2.9</b>	<b>Cronograma</b> .....	46
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	47
	<b>APÊNDICES</b> .....	51
<b>3</b>	<b>CAPÍTULO III - RELATO DO TRABALHO DE CAMPO E PERCURSO DA INTERVENÇÃO</b> .....	62
3.1	BREVE INTRODUÇÃO .....	62
3.2	LOGÍSTICA E AS ETAPAS DA COLETA DE DADOS .....	63
<b>3.2.1</b>	<b>Logística prévia a coleta de dados</b> .....	63
<b>3.2.2</b>	<b>Instrumento de coleta de dados</b> .....	68
<b>3.2.3</b>	<b>Perdas e recusas</b> .....	69
<b>3.2.4</b>	<b>Preparação e organização do banco de dados</b> .....	70
3.3	POTENCIALIDADES E DESAFIOS ENFRENTADOS DURANTE A COLETA DE DADOS .....	70
3.4	RELATO E DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO .....	71
3.5	CONSIDERAÇÕES FINAIS E ENCERRAMENTO DE TRABALHO DE CAMPO.....	71
	<b>APÊNDICE</b> .....	73

<b>4</b>	<b>CAPÍTULO IV - ARTIGO CIENTÍFICO .....</b>	<b>80</b>
4.1	ARTIGO CIENTÍFICO .....	80
4.2	NORMAS DA REVISTA SELECIONADA .....	100
	<b>APÊNDICE .....</b>	<b>108</b>

## **1 CAPÍTULO I - DIAGNÓSTICO TERRITORIAL**

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) garante acesso integral e universal de forma gratuita para toda a população, abrangendo desde a atenção básica até a alta complexidade e ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental. Todos utilizam e dependem do SUS, sendo este um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde do mundo, com princípios e diretrizes que tiveram suas bases geradas na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Para que estes princípios e diretrizes sejam respeitados, os problemas e as necessidades sociais como educação, saneamento, segurança, transporte e necessidades de saúde precisam ser identificados e ações devem ser planejadas e implantadas. Para isto, uma ferramenta de grande relevância é o diagnóstico situacional dos territórios na atenção básica.

A construção de um diagnóstico territorial é realizada através de dados de sistemas de informação, legislações, livros, pessoas que atuam e observam o local de estudo e profissionais da saúde. Deve ser realizado por território de interesse, podendo identificar as condições de saúde e risco de uma determinada população, para que, assim, possam ser programadas e realizadas ações para a melhoria destes, garantindo a qualidade na atenção básica (SILVA; KOOPMANS; DAHER, 2016).

Sendo assim, um diagnóstico territorial foi realizado no município de Marau, Rio Grande do Sul, local onde acontece a prática do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo. Através desta elaboração, tornou-se possível o conhecimento do território, podendo viabilizar o atendimento da população de acordo com suas necessidades e princípios do SUS. Além disso, perceberam-se as principais fragilidades que acometem este espaço e realizou-se uma proposta de intervenção. O território aqui enfatizado foi a Estratégia Saúde da Família (ESF) São José Operário, local onde a residente está inserida como campo de prática.

## 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO SUS E O PAPEL DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA

De acordo com a Constituição Federal Brasileira de 1988, a “saúde é um direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988), direito conquistado através de muita luta em torno da Reforma Sanitária e da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. A partir disto, o conceito de saúde foi ampliado, passando a ser considerado sob sua determinação histórica e social, definindo-o como o “resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, tempo livre, liberdade, acesso e posse de terras e acesso aos serviços de saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986).

Através destes movimentos, foram lançadas as diretrizes para a construção do sistema público de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS), com uma proposta de ser descentralizado, com atendimento integral e pela primeira vez contando com a participação de usuários na tomada de decisões relacionadas à saúde (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Em 1990 o SUS foi finalmente institucionalizado através da Lei 8.080 (Lei Orgânica da Saúde) como um sistema regionalizado, hierarquizado e integralizado com prioridades preventivas e com financiamento das três esferas de governo: municipal, estadual e federal (BRASIL, 1990a).

Devido a este novo paradigma de saúde, tornou-se necessária a expansão e melhor organização do trabalho. Em 2006, portanto, foi publicada a Portaria 648, aprovando a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que determina a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como estratégia prioritária para a consolidação da Atenção Básica voltada para o trabalho em equipe, tendo a saúde da população como enfoque (BRASIL, 2006). Em 2017 a PNAB foi revisada pela Portaria nº 2.436 (BRASIL, 2017).

Os profissionais exigidos para uma equipe mínima de ESF são: um médico, um enfermeiro, um técnico em enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Através das Equipes de Saúde Bucal, profissionais como cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene bucal são inseridos nas ESF (BRASIL, 2017).

Em função de todas as características citadas acima, o SUS apresenta-se como uma excelente ferramenta para a formação de profissionais da saúde de forma

interdisciplinar e em diferentes níveis de atenção. Neste contexto inserem-se as Residências em Saúde, criadas e orientadas pela Lei 11.129 de 2005 (BRASIL, 2005).

Estas Residências em Saúde tem como objetivo a interação entre o conhecimento e a prática, a troca de experiências e o aprendizado na resolução de problemas de acordo com as realidades apresentadas, impactando diretamente na população usuária.

Hoje se torna cada vez mais necessária à atuação de profissionais qualificados e capacitados para garantir a integralidade dos serviços prestados, principalmente no atual cenário com cortes na saúde, como a recente EC 95 que reduzirá o orçamento destinado ao SUS pelos próximos 20 anos (BRASIL, 2016).

Diversos programas de residência estão disponíveis em todo o país, iniciando com 22 programas no ano de 2005 e expandindo para 1.500 programas em 2016 (SILVA, 2018). Estes programas abrangem as profissões: psicologia, enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, educação física, fonoaudiologia, ciências biológicas, medicina veterinária, odontologia, serviço social e terapia ocupacional (BRASIL, 1998).

A Universidade Federal da Fronteira Sul Campus Passo Fundo oferece a Residência Multiprofissional em Área da Saúde: Área de Concentração Atenção Básica para profissionais da saúde. Oferta vagas para enfermagem, psicologia e farmácia, tendo como campo de prática o município de Marau/RS, vizinho a Passo Fundo. Os núcleos profissionais são divididos em duas ESF do município, ESF Santa Rita e ESF São José Operário.

## 1.2 MUNICÍPIO DE MARAU/RS

O município de Marau localiza-se na região norte do Estado do Rio Grande do Sul, dentro da região conhecida também como planalto médio, a 269 km da capital, Porto Alegre. É considerado um município promissor, sendo referência em modernidade e qualidade de vida, investindo em mobilidade urbana, segurança, limpeza e revitalização dos espaços públicos. Merece destaque aspectos da cultura e turismo, entre eles o Caminho das Águas, a Rota das Salamarias e o Festival Nacional do Salame (PREFEITURA, s.d.).

Em 28 de fevereiro de 1955 foi emancipado, com colonização de imigrantes italianos iniciando em 1904 (PREFEITURA, s.d.). Segundo informações disponíveis no endereço eletrônico da Prefeitura Municipal, o nome do município refere-se ao cacique

de nome Marau, chefe de um bando de Coroados, que, conforme a história, percorria as selvas da Serra Geral em busca de alimento e foi morto em combate para proteger seu território.

Com relação à geografia, tem como limite os seguintes municípios: Passo Fundo, Mato Castelhano, Vila Maria, Camargo, Soledade, Gentil, Santo Antônio do Palma, Nicolau Vergueiro, Ernestina e Ibirapuitã.

Os principais rios são o rio Capinguí, afluente do rio Guaporé, que corta o município de norte a sul; o Rio Jacuí, localizado ao norte, na divisa com Passo Fundo, no qual foi construída a barragem de Ernestina; e o Rio Marau, que contorna a cidade nos lados leste e sul (PREFEITURA, s.d.).

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) (IBGE, 2017).

Em relação a economia, 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. Nas últimas décadas, a economia do município diferenciou-se com o aparecimento de indústrias (PREFEITURA, s.d.).

O município apresenta um Produto Interno Bruto (PIB) de R\$ 1.691.509,00. A indústria corresponde a 45,5% de participação na economia do PIB, seguido pelo setor de serviços com 35,7% e a agricultura se mantendo como setor importante. Inicialmente estas indústrias eram relacionadas ao setor frigorífico, e posteriormente expandiram-se para os setores metal-mecânico e couro. O setor terciário também se fortaleceu, com a cidade se tornando referência microrregional para o comércio e prestação de serviços. Com este crescimento econômico, ocorreu uma grande migração, e consequentemente

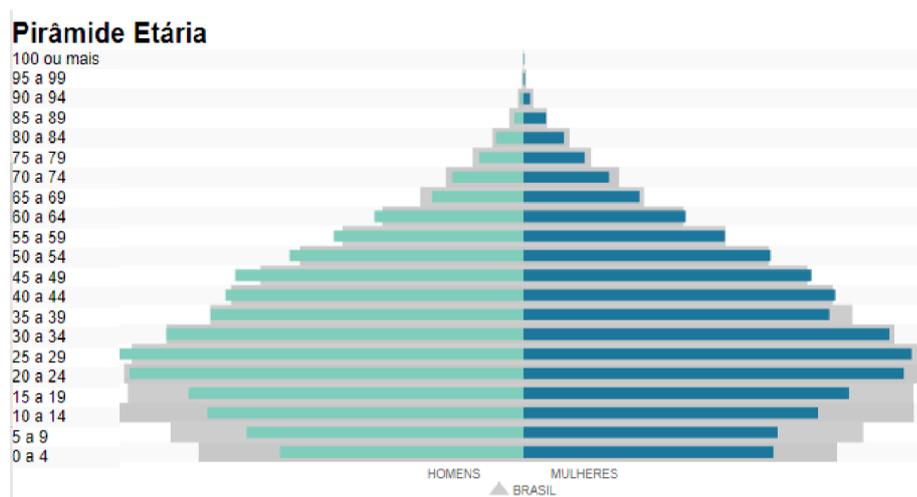
um alto crescimento demográfico (um dos maiores do Estado), o que demonstra que a população marauense atual é bastante diversificada, com moradores oriundos de várias regiões do estado e do país (PREFEITURA, 2017).

Segundo dados do IBGE (2017), em 2016 o salário médio mensal dos trabalhadores formais era de 2,4 salários mínimos, sendo que a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 41%. Na comparação destes dois dados com todo o estado do Rio Grande do Sul, o município ocupa as posições 114 e 36, respectivamente.

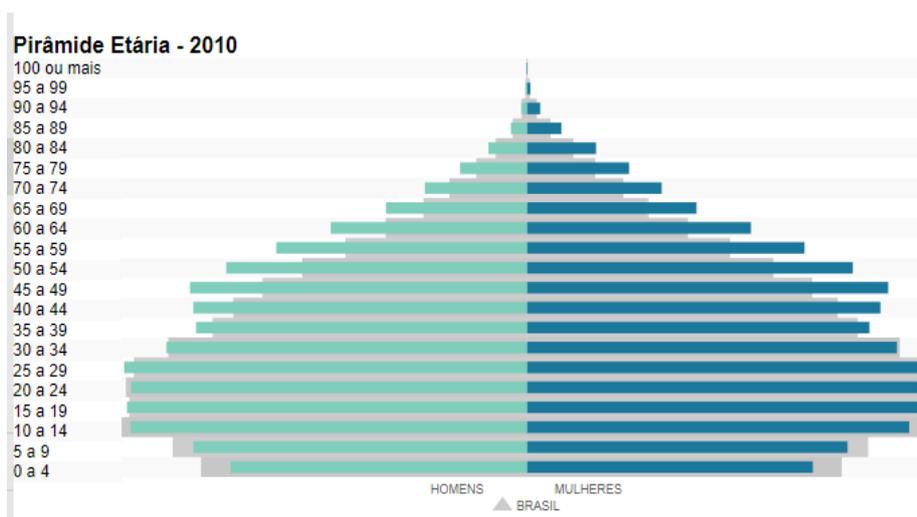
Atualmente, a população estimada é de 43.435 habitantes (IBGE, 2018) em uma área de 649,3 km<sup>2</sup>. No último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, a população do município era de 36.364 habitantes, sendo 31.558 (87%) de população urbana e 4.806 (13%) de população rural, com densidade demográfica de 56 habitantes/km<sup>2</sup>. Com relação ao gênero, neste mesmo censo o município apresentou 18.030 homens (49,6%) e 18.334 mulheres (50,4%) (PREFEITURA, 2017), seguindo a proporção correspondente ao Estado do Rio Grande do Sul, 48,72% homens e 51,28% mulheres, no mesmo ano (IBGE, 2018).

A população idosa (acima dos 60 anos) totaliza aproximadamente 3.990 pessoas, correspondendo a 11% da população total do município, com uma expectativa de vida de 75,9 anos. Este dado é superior à média do Estado, que corresponde a 74,64 anos. (PREFEITURA, 2017).

Abaixo, pode-se observar a pirâmide etária do município (gráfico 1) e compará-la com a do Estado (gráfico 2), sendo possível observar a distribuição da população nas diferentes faixas etárias e a divisão entre os sexos. As duas apresentam similaridade, com estreitamentos da base e do topo, correspondente, respectivamente, à população mais jovem e à população mais idosa, enquanto que o centro tem o trecho mais estendido, correspondente à população adulta.

**GRÁFICO 1.** Pirâmide etária do município de Marau, 2010.

FONTE: IBGE, 2017.

**GRÁFICO 2.** Pirâmide etária do estado do Rio Grande do Sul, 2010.

FONTE: IBGE, 2017.

No âmbito da educação, o município dispõe de 11 escolas de ensino fundamental, 12 escolas de Educação Infantil e 01 Unidade de Educação de Jovens e Adultos (SEJA). Destas escolas, 04 são estaduais e 02 particulares. O município também oferta ensino superior, ensino profissionalizante e atendimento a alunos com limitações/dificuldades de aprendizagem, onde compreendem-se as seguintes necessidades especiais: deficiência intelectual, física, visual, auditiva, autistas, entre outros. (PREFEITURA, 2017).

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) 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 suas atividades foram iniciadas em abril de 1987 com nove alunos, funcionamento até hoje (APAE, 2018).

Em 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade tiveram nota média de 6,2 no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB). Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 4,3. Na comparação com as cidades do Rio Grande do Sul, a nota dos alunos dos anos iniciais colocava esta cidade na posição 108 de 497. Considerando a nota dos alunos dos anos finais, a posição passava a 165 de 497. A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 94,5% em 2010. Isso posicionava o município em 482 das 497 cidades do estado (IBGE, 2017).

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.

Levando-se em consideração os dados epidemiológicos do município, a taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 7,52 a cada 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0,1 para cada 1.000 habitantes. (IBGE, 2017).

### 1.3 SISTEMA E REDE DE SAÚDE LOCAL E REGIONAL

O município de Marau pertence a macrorregião de saúde do Planalto (região 17) e a 6ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul (PREFEITURA, 2017).

Para iniciar suas ações em saúde, no dia 11 de maio de 1988 foi inaugurada no município a Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Atualmente, a SMS realiza a gestão de 12 Unidades de Saúde da Família, um posto de especialidades médicas e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). A implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) foi iniciada em 2002, sendo gradativamente ampliada até abranger 100% da população marauense, em 2013, contando com 12 equipes credenciadas junto ao Ministério da Saúde. Todos os serviços possuem computadores com acesso a internet e prontuário eletrônico, possibilitando a troca de informações (PREFEITURA, 2017).

As equipes das ESF são constituídas por 01 médico (40 horas/semanais), 01 enfermeira (40 horas/semanais), 01 técnica de enfermagem (40 horas/semanais), 01 psicóloga (20 horas/semanais), 01 cirurgião-dentista (20 horas/semanais), 01 auxiliar de consultório dentário (20 horas/semanais), 01 auxiliar administrativa (40 horas/semanais), 01 sanificadora (40 horas/semanais) e agentes comunitários de saúde (40 horas/semanais) (PREFEITURA, 2017).

Participando também das ESF estão os residentes multiprofissionais. O programa de Residência Multiprofissional com ênfase em Saúde da Família e Comunidade iniciou-se com a primeira turma em Marau no ano de 2013, com atividades desenvolvidas inicialmente na ESF Santa Rita e ESF Central III, sendo esta última substituída pela ESF São José Operário. Até agosto de 2015, o programa era coordenado pelo Grupo Hospitalar Conceição (GHC) de Porto Alegre e a partir de então a Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, passou a assumir a coordenação através da Portaria nº 911/GR/UFGS/2015 (UFGS, 2015). São ofertadas 6 vagas de residentes para cada ano de especialização, divididos entre as duas ESF que participam do programa.

O horário de funcionamento das ESF é das 07h30min às 11h30min e das 13 horas às 17 horas, sendo que durante este horário, também há a atuação de uma equipe de apoio, localizada junto à Secretaria Municipal de Saúde. Os profissionais disponíveis são pediatras, ginecologistas, psiquiatras e clínicos gerais. O clínico geral atende às demandas agudas excessivas das ESF durante seus horários de funcionamento após encaminhamento pelas ESF. Para as especialidades também é necessário encaminhamento. O apoio também funciona em horário estendido (das 18 horas às 22 horas), garantindo atendimento à população nos horários em que as ESF encontram-se fechadas, atendendo às demandas agudas.

Ainda como centros de referência para encaminhar pacientes que necessitam de apoio, há o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). O 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, enquanto que 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 (SJCDH, 2018).

Em relação ao controle social, definido pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, em 1991 foi iniciada a atuação do Conselho Municipal de Saúde (CMS), 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, 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, 1990b).

Também são desenvolvidos no município programas de Vigilância em Saúde, que visam à integralidade do cuidado e está inserida 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.

Para a promoção da saúde o Município de Marau conta com dois Polos de Academias da Saúde, sendo uma no Parque Municipal de Rodeio e outra localizada ao lado da ESF São José Operário. A instituição do Programa Academia da Saúde no âmbito do SUS se deu através da Portaria Nº 719, de 07 de abril de 2011, tendo como objetivo a implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer, contribuindo para modos de vida saudáveis (BRASIL, 2011a).

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. O Hospital Providência também contribui com a saúde da população, porém somente por meios privados, não dispondo de atendimentos via SUS. O município também 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 de Passo Fundo, município próximo à Marau.

O município participa do Programa Nacional de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que objetiva incentivar a melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos e minimizar déficits de acesso. O programa possui adesão voluntária e entre suas diretrizes propõe mudanças no modelo de gestão e

atenção, estímulo de desenvolvimento dos trabalhadores e orientação dos serviços em função das necessidades e satisfação dos usuários (BRASIL, 2011b).

Com relação a Assistência Farmacêutica do município de Marau, atualmente esta conta com 5 (cinco) farmacêuticas concursadas e 3 (três) farmacêuticas residentes alocadas nas ESF, Farmácia Central e vigilância sanitária. Os polos de distribuição da farmácia básica estão localizados nas ESF São José Operário, Planalto/Central III, Santa Rita, Progresso/Rural, Centro Social Urbano e a Farmácia Central localizada junto à SMS. Juntamente com esta última encontra-se a Farmácia de Dispensação de Medicamentos do Estado, que distribui medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica mediante a abertura de processos administrativos pelos usuários e também atende a demanda judicial do município.

A Farmácia Central (medicamentos básicos, especializados e judiciais) e a farmácia da ESF Centro Social Urbano atendem 40 horas por semana, enquanto que as da ESF Planalto e Progresso Rural atendem 20 horas e Santa Rita e São José Operário, além de 20 horas, estendem seus horários devido a presença das farmacêuticas residentes.

Dentro do componente básico, o município disponibiliza em torno de 215 medicamentos em sua lista, ressaltando-se que a mesma não se caracteriza como uma Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) por não ser formalmente aprovada e o município não possuir uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT). Além disso, esta lista não é de fácil acesso para a população, uma vez que não é disponibilizada pelo site da Prefeitura Municipal e os usuários necessitam se deslocar até uma unidade para obter estas informações. Segundo a Lei Federal nº 12.527, todo cidadão deve ter acesso a informações de órgãos públicos (BRASIL, 2011c).

Com a falta de uma CFT, a Assistência Farmacêutica fica comprometida, uma vez que não há existência de uma correta elaboração e atualização das listas de medicamentos, bem como inexistem protocolos de dispensação de definidas classes de medicamentos. A CFT é composta por uma equipe multiprofissional com conhecimento da legislação vigente, como médicos, enfermeiros, farmacêuticos, odontólogos, entre outros, que avaliam a melhor e mais efetiva relação custo-benefício para a seleção dos medicamentos que o município irá fornecer para sua população, promovendo assim a qualidade no uso e na otimização dos recursos (CFF, 2010).

#### 1.4 CONTEXTUALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO JOSÉ OPERÁRIO: CAMPO DE PRÁTICA

A ESF São José Operário foi inaugurada em 2006, localizando-se na Rua 21 de Maio, número 161. Abrange os bairros São José Operário, Frei Adelar, Nova Alternativa e Distrito Industrial/Loteamento Busnello.

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). Atualmente o Loteamento Busnello está descoberto.

No Distrito Industrial não deveriam haver habitações, embora estas existam. Não é uma área registrada, portanto não tem cobertura de Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e cadastro dos usuários. Isto gera diferenças entre o número de usuários cadastrados e a população que o território abrange. Estima-se pelo número de moradias que a população adstrita atinja cerca de 7.000 usuários, porém há 3.810 cadastrados.

Além deste espaço sem cobertura, outros fatores dificultam o cadastro de moradores. Primeiramente, há somente duas ACS concursadas trabalhando na ESF São José Operário, sendo as demais contratadas todos os anos, o que significa que são demitidas em dezembro e recontratadas no próximo ano. Em 2019 está prevista a realização de concurso para o preenchimento destas vagas. Outro fato importante é que muitos moradores dos bairros são adultos jovens que trabalham durante todo o dia, dificultando a visita da ACS para o cadastramento. Em outras situações, alguns moradores negam fazer seu cadastro na ESF, pois alegam não utilizar os serviços.

Como recursos sociais disponíveis, o território possui a Escola Municipal de Ensino Fundamental Darwin Marosin, Escola Municipal de Educação Infantil Monteiro Lobato, centro recreativo do SESI, igrejas, salão comunitário, centro espírita, dois campos de futebol e ginásio de esportes.

Entre as atividades que a ESF realiza citam-se as consultas médicas, odontológicas, de enfermagem, psicológicas, assistência farmacêutica, atendimento ambulatorial, imunizações, visitas domiciliares da equipe, limpeza, desinfecção e esterilização de instrumentos, pré-natal e puericultura, notificações, coleta de preventivo, administração de medicamentos, teste de glicemia capilar, testes rápidos de HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C, teste de gravidez, verificação de pressão arterial, retirada de pontos e curativos, lavagem otológica, entre outros.

Além destas atividades, através da equipe multiprofissional da ESF são oferecidos à comunidade grupos de Atenção Primária à Saúde que geram benefícios tanto para os usuários participantes, como para os profissionais envolvidos, oportunizando uma aprendizagem crescente. Os grupos são: grupo de atividade física, que ocorre duas vezes por semana; grupo de artesanato Mãos de Fada, uma vez por semana; grupo “Cuidando da sua Saúde”, acontecendo quinzenalmente; atividades com alunos na escola Darwin Marosin mensalmente; atividades com adolescentes mensalmente; grupo de gestantes e grupo de Tabagismo.

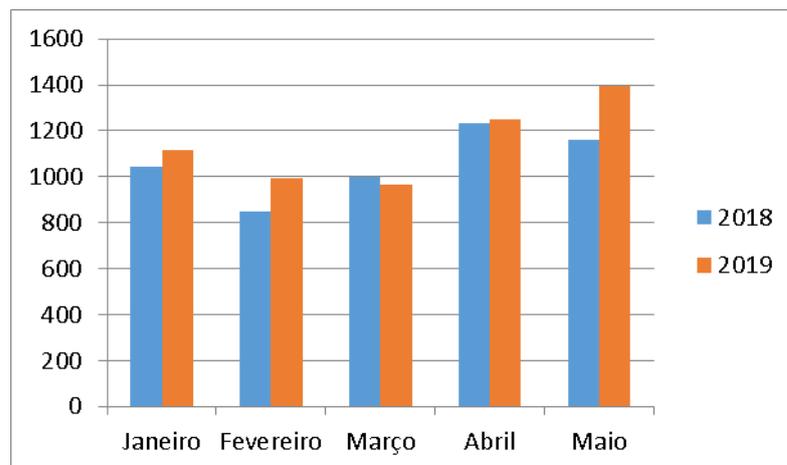
Uma vez por mês, na primeira quarta-feira, é realizado o Conselho Local de Saúde, espaço mantido para o controle social na unidade. São apresentadas as ações da ESF e os usuários trazem as necessidades e dúvidas da comunidade para que possam ser discutidas e a qualidade de vida melhorada.

Nos Conselhos Locais de Saúde, uma demanda bastante discutida é a questão da segurança, tanto no território em geral, como na escola Darwin Marosin. Usuários que participam trazem este tema como pauta em quase todos os encontros.

Embora a participação neste espaço seja por uma pequena parcela da população do território, esta é uma importante ferramenta que deveria estar presente em todas as ESF do município de Marau, e não somente nas duas em que se insere a residência multiprofissional (Santa Rita e São José Operário). O usuário consegue transmitir as principais demandas do território, que muitas vezes não conseguem ser observadas pela equipe da ESF, podendo alcançar resultados muito positivos na resolutividade dos problemas de saúde.

Com relação aos atendimentos realizados aos usuários do território, estes vêm aumentando conforme passam-se os anos, como apresentado no gráfico 3, em que são demonstrados os atendimentos nos meses de janeiro a maio comparando os anos de 2018 e 2019. Vale ressaltar que estes atendimentos referem-se à atendimentos médicos, odontológicos, dos profissionais da enfermagem, técnicos em enfermagem e psicólogos, sem abranger os atendimentos farmacêuticos, que não são gerados por relatórios.

**GRÁFICO 3.** Número de atendimentos da ESF São José Operário de janeiro à maio dos anos 2018 e 2019.



FONTE: Gestão Municipal de Saúde, 2019.

Além do número de atendimentos farmacêuticos não ser gerado por relatórios, os poucos que são apresentados são bastante confusos e não abrangem todas as informações necessárias para que sejam adquiridos dados completos sobre a assistência farmacêutica de Marau. Ademais, as farmacêuticas da ESF São José Operário não possuem acesso a muitos destes relatórios, ou seja, o acesso é restrito.

No momento da dispensação, por exemplo, não é exibida pelo sistema a última retirada do usuário por todas as unidades em que ele passou, somente fornece a retirada realizada na farmácia central do município. Isto acaba prejudicando o processo de dispensação em todas as unidades farmacêuticas e a gestão de recursos, uma vez que o usuário pode retirar a mesma medicação em farmácias distintas sem ser barrado.

Verifica-se a necessidade de protocolos, tanto para a área farmacêutica como para as outras áreas, a fim de que as atividades relacionadas à saúde sejam idênticas em todas as ESF do município, e não de acordo com o entendimento de cada profissional em determinadas situações.

### 1.5 ESTRUTURA E PROCESSOS DE TRABALHO

Como já mencionado, a ESF São José Operário foi inaugurada em 2006 e aconteceu através de uma adaptação ao que antes era uma escola. Esta tem seu funcionamento nos cinco dias da semana e com carga horária de 40 horas semanais

durante todo o ano, das 07h30min às 11h30min e das 13 horas às 17 horas, facilitando o acesso da população, conforme recomendado (BRASIL, 2017).

A unidade é composta por: recepção; dois banheiros destinados ao público e um aos funcionários; consultório médico; consultório de enfermagem com sanitário; dois consultórios de psicologia; sala de procedimentos; sala de vacinas; farmácia; sala de curativos; almoxarifado; sala de lavagem de materiais e outra de esterilização e cozinha e sala de atividades coletivas que dividem o mesmo espaço. Como a unidade possui profissionais de saúde bucal, há também o consultório odontológico equipado. Além desta estrutura interna descrita, ao lado da ESF há uma Academia da Saúde disponibilizada pelo município que é utilizada pela equipe de saúde e pacientes para realização do grupo de atividade física e, também, é frequentemente ocupada pela comunidade em geral (figura 1).

**FIGURA 1.** Academia da Saúde São José Operário.



Algumas barreiras para o acesso da população à unidade podem ser observadas como a falta de calçadas para deficientes, a falta de cobertura de uma microárea e inexistência de funcionamento fora de horário comercial, o que dificulta para os trabalhadores.

Quanto aos profissionais que atuam na unidade, verifica-se que além do que é preconizado pela PNAB para uma equipe mínima de ESF, atuam outros profissionais (BRASIL, 2017). São eles: um auxiliar administrativo (40 horas), uma enfermeira (40

horas), dois médicos (um contrato por 12 horas e uma médica do Programa Mais Médicos por 32 horas), uma farmacêutica (20 horas), uma dentista (20 horas), uma auxiliar de saúde bucal (20 horas), uma psicóloga (20 horas), uma técnica de enfermagem (40 horas), seis agentes comunitárias de saúde (40 horas), uma sanificadora (40 horas), cinco residentes (duas residentes de psicologia, uma residente de enfermagem e duas residentes de farmácia).

O processo de trabalho de uma ESF envolve vários aspectos e refletir sobre isso permite repensar o modelo de cuidado desenvolvido e quais elementos estão envolvidos nesse ato. A equipe de saúde acaba por necessitar de uma proximidade e acolhimento das demandas biológicas tanto quanto das demandas emocionais dos usuários. A partir disso, alguns arranjos são organizados para dar conta das subjetividades envolvidas nesses processos e das relações que vão se estabelecendo, no sentido de atender às necessidades de saúde da população (USFC, 2012).

Partindo disto, as consultas médicas e odontológicas funcionam através da distribuição de fichas e por agendamento. Atualmente, a ESF funciona com 10 fichas médicas distribuídas pela parte da manhã para o atendimento à tarde de segunda-feira a quinta-feira; e pela manhã são atendidos os pacientes agendados para os grupos de risco: gestantes, puericultura, idosos, hipertensos, diabéticos e deficientes físicos. Para os atendimentos odontológicos são distribuídas 5 fichas pela manhã nas quartas-feiras, quintas-feiras e sextas-feiras, e nas quintas-feiras e sextas-feiras a tarde são atendidos os pacientes agendados.

Para os episódios em que os usuários chegam à ESF e não conseguem passar por avaliação médica devido à falta de fichas, assegura-se o acolhimento com as devidas orientações e encaminhamentos. Este acolhimento geralmente é oferecido com profissionais de diferentes áreas juntamente com o enfermeiro, oferecendo um cuidado integral. Apesar da inexistência de protocolos, avalia-se o risco do paciente e de acordo com as necessidades apresentadas verifica-se a possível avaliação com a médica da ESF, o encaminhamento à equipe de apoio na Secretaria Municipal de Saúde ou em casos em que a demanda não é imediata, orienta-se a retornar em outra oportunidade para consulta médica.

O acolhimento deve ser realizado por todos os profissionais da equipe de saúde compartilhando saberes, angústias e realizando intervenções entre os profissionais e os usuários. No acolhimento assume-se a responsabilidade em resolver da melhor forma

possível o caso atendido, podendo ser trabalhado em todos os encontros nos serviços de saúde (UFSC, 2012).

Com relação aos profissionais de saúde bucal, como verificado, estes atuam somente 20 horas nesta ESF, o que está em desacordo com o que é previsto em lei. Considera-se ideal a atuação em tempo integral, ou seja, 40 horas semanais (BRASIL, 2017). Isto reflete na cobertura populacional pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal, que segundo dados do IDSUS (Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde), em 2011 ela estava estimada em 42,60% no município de Marau, sendo que o parâmetro foi de 50% (IDSUS, 2011).

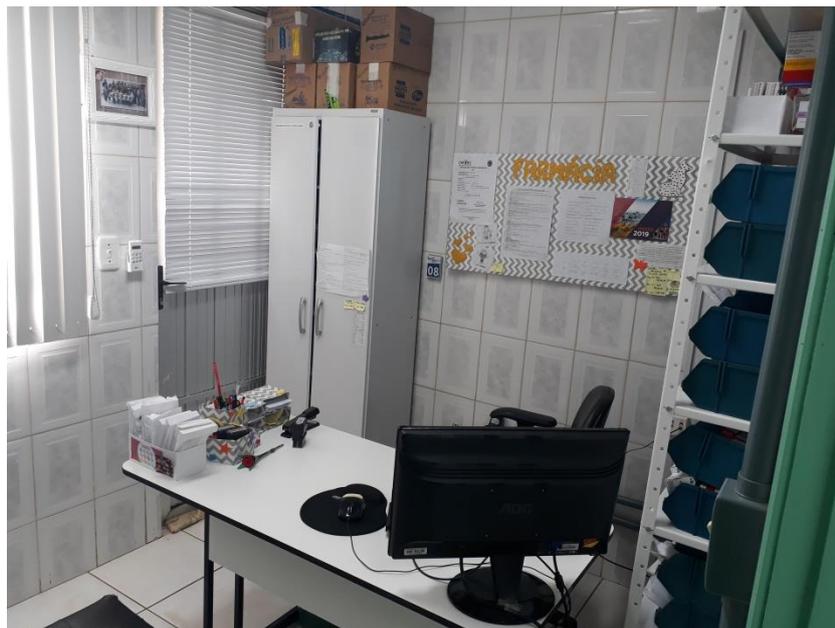
A equipe é responsável por mais de 3.000 pessoas, o que é estipulado para uma ESF, porém, como verificado anteriormente, muitos usuários não estão cadastrados, sendo este número maior que a realidade. Considerando a população cadastrada, o número de ACS seria suficiente para cobrir 100% do território, sendo que, por lei, cada profissional ACS deve ter um máximo de 750 pessoas em sua microárea (BRASIL, 2017).

Nesta ESF, como já mencionado, funciona uma das seis farmácias do município, abrindo em turnos diferenciados durante a semana com presença de farmacêutica em tempo integral (preceptora ou residente). Os turnos em que se encontra fechada são: terça-feira pela manhã (deslocamento à Secretaria Municipal de Saúde para atividades relacionadas ao programa de residência); quarta-feira à tarde (período destinado para realização de outras atividades pelas residentes) e quinta-feira pela manhã (realização de visitas domiciliares, educação permanente, matriciamento e reunião de equipe). A farmacêutica preceptora e responsável técnica permanece na unidade por apenas 20 horas, ou seja, somente no período da manhã, sendo que os turnos da tarde em que a farmácia fica aberta, as atividades são desenvolvidas somente pelas residentes.

Entre os serviços prestados pelas farmacêuticas estão a dispensação, orientação sobre o uso, descarte e possíveis interações medicamentosas que possam ocorrer, realização de visitas domiciliares, participação e atividades de grupo, entre outros.

Como pode-se visualizar na figura 2, o atendimento aos usuários não é realizado com a utilização de barreiras, como uma janela de vidro, por exemplo, o que fortalece a atenção farmacêutica e facilita o contato direto e vínculo entre o profissional e o usuário, conforme recomendado (CFF, 2010).

**FIGURA 2.** Farmácia ESF São José Operário.



Em relação aos outros profissionais atuantes na ESF, verifica-se que no caso da enfermagem, assim como na farmácia, há ausência de protocolos que acabam dificultando suas ações, entre elas a prescrição de medicamentos e solicitação de exames. Quanto às atribuições dos técnicos de enfermagem, observa-se que são realizadas as atividades de atenção à saúde e os procedimentos regulamentados para sua profissão. Cabe destacar que tanto enfermeiros, farmacêuticos, técnicos em enfermagem, psicólogas e equipe de saúde bucal participam quando possível de ações de promoção e prevenção junto à comunidade, conforme preconizado (BRASIL, 2017).

As psicólogas agendam acolhimentos e atendimentos através de demanda espontânea. Após o acolhimento os usuários passam para uma lista de espera e são chamados quando há disponibilidade de horário de acordo com a prioridade dos casos avaliados. Os acolhimentos e atendimentos são realizados nos dois consultórios reservados para a psicologia.

## 1.6 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

A população do território da ESF São José Operário é constituída predominantemente por adultos jovens que trabalham nas empresas localizadas nos bairros de abrangência, sendo a maior delas a Metasa, empresa de estruturas metálicas

localizada a poucos metros da unidade. O número de idosos também é grande, sendo que a maioria reside no bairro São José Operário, o mais antigo do território de abrangência.

Devido às várias empresas localizadas no Distrito Industrial, bairro de abrangência da ESF, há também grande quantidade de imigrantes que vem para trabalhar de países como Haiti e que possuem dificuldades de comunicação e uma situação econômica desfavorável. Além disso, observa-se que há grande rotatividade de famílias no território devido a esta presença de empresas, o que acaba dificultando o cadastro e visitas das ACS.

As gestantes também possuem um número representativo no território, sendo que atualmente estão em torno de 50 gestantes e um número considerável de adolescentes, dado que preocupa a ESF. Em quase todas as semanas, pelo menos uma gestação é detectada pelo teste rápido disponível.

Em relação às atividades econômicas desenvolvidas no território há predominância do comércio e oferta de serviços, tais como mercados, fruteiras, confeitarias, bares, eletrônicas, lojas de roupas, costureiras, lojas de artesanato, cabeleireiros, chapeação, lavagem automotiva, reciclagem de lixo e indústrias.

Os bairros contam com coleta seletiva de lixo orgânico e reciclável e a maioria das casas possui coleta de esgoto. O abastecimento de água varia conforme a área, podendo ser através da Companhia Riograndense de Saneamento (Corsan) ou por poços artesanais através da associação de moradores.

Um ponto que chama a atenção e é percebido no território, é alto índice de vulnerabilidade, com uso de drogas por jovens, de consumo de álcool por alguns usuários e diversos casos de violência doméstica, principalmente no Bairro Frei Adelar. Além disso, faltam locais para recreação.

Referente ao tipo de moradia, a maioria das casas é em alvenaria, em especial no bairro Nova Alternativa, que foi planejado inicialmente para ser um condomínio fechado. Devido a isso, para acessar outros locais da cidade, é necessário atravessar a RS-324, o que se torna um transtorno e perigo para os moradores.

## 1.7 PROPOSTA DE PESQUISA-INTERVENÇÃO

Através da realização do diagnóstico situacional, conseguiu-se ter um maior esclarecimento e entendimento da realidade do local em que este foi aplicado. Contém informações que tornam possível verificar as características positivas e o que já foi realizado para melhora da qualidade do serviço, bem como os principais problemas e fragilidades do município de Marau e da ESF São José Operário.

Desde o início da residência no campo de prática verifica-se a falta de protocolos. Não há protocolos estabelecidos para a atuação dos profissionais de um modo geral, principalmente para a enfermagem e o atendimento farmacêutico, fazendo com que as ações aconteçam de acordo com o entendimento de cada profissional.

Como farmacêutica, observou-se que na dispensação não existem critérios a serem respeitados. Um exemplo disto é a entrega de medicamentos analgésicos, em que não há uma quantidade limite estabelecida e cada profissional entrega uma quantidade diferente na farmácia em que atua no município.

O processo de dispensação é extremamente importante e pode ser definido, segundo Marin e colaboradores (2003) como “o ato farmacêutico de distribuir um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma prescrição elaborada por um profissional autorizado. Neste ato, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento.”

Aliado a isto, verifica-se que o abastecimento da farmácia básica do município é bastante instável. Existem momentos em que o desabastecimento atinge em torno de 40% do total de medicamentos disponibilizados, o que acaba por prejudicar diretamente os usuários. Neste território, a situação em que vive a população mostra que muitos usuários acabam por não aderir a tratamentos prescritos devido à ausência de poder de compra quando medicamentos estão em falta. O acesso a medicamentos essenciais é um assunto que há muito vem sendo discutido e estudado para que seja garantido a um maior número de pessoas, já que é um direito fundamental de todos os cidadãos (WANNMACHER, 2010).

Assim, uma dispensação inadequada acaba refletindo em torno do ciclo de Assistência Farmacêutica, a qual compreende um conjunto de ações voltadas para promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo o medicamento como insumo essencial e envolvendo as etapas de a seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação e utilização (BRASIL, 2004).

A programação, neste caso, é uma etapa com grande dificuldades, uma vez que não se consegue obter dados consistentes do consumo de medicamentos para uma correta aquisição (LEITE et al., 2015). Uma consequência disto, portanto, é o desabastecimento precoce à próxima licitação de compra.

Sendo assim, a proposta de pesquisa-intervenção será a elaboração de um protocolo de dispensação para o município de Marau. Para sua realização a ideia seria verificar com todas as farmacêuticas do município, através de um questionário estruturado, a demanda mais urgente e, a partir disto, formular um protocolo para posterior análise e implantação.

## REFERÊNCIAS

APAE. Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais. **Histórico**. 2018. Disponível em: <http://www.apaemarau.org.br/historico>. Acesso em: 15 jun. 2019.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 de set. de 1990a.

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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 de dez. de 1990b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998. Relaciona 14 (quatorze) categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação no CNS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 08 de out. de 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 de mai. de 2004.

BRASIL. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 01 de jul. de 2005.

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). **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 de mar. de 2006.

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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 8 abr. de 2011a.

BRASIL. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 de jul. de 2011b.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art.

37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 nov. de 2011c.

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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 dez. de 2016.

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). **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 de set. de 2017.

CFE. Conselho Federal de Farmácia. **A Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2010.

GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE. **G-mus**. 2019. Disponível em: <http://smsmarau.g-mus.com.br/agenda/relagendamentoss> Acesso em: 04 jun. 2019.

IDSUS. Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. **Pontuação de Indicadores por Município**. 2011. Disponível em: <http://idsus.saude.gov.br/mapas.html>. Acesso em: 16 jun. 2019.

IBGE. 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: 01 jun. 2019.

IBGE. 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/panorama>. Acesso em: 01 jun. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Conheça cidades e estados do Brasil. **População**. 2018. Disponível em: [https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm\\_source=portal&utm\\_medium=popclock&utm\\_campaign=novo\\_popclock](https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal&utm_medium=popclock&utm_campaign=novo_popclock). Acesso em: 01 jun. 2019.

LEITE, S. N.; FARIAS, M. R.; MANZINI, F.; MENDES, S. J.; ROVER, M. R. M. **Gestão da Assistência Farmacêutica: proposta para avaliação no contexto municipal: a experiência em Santa Catarina**. Florianópolis: editora UFSC, 2015.

MARIN, N.; LUIZA, V. L.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; MACHADO-DOS-SANTOS, S. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasil, 1986.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.21, p. 15-35, 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU. **História de Marau**. Disponível em: <http://www.pmmarau.com.br/conheca-marau/historia-de-marau>. Acesso em: 25 mai. 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU. Secretaria da Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021**. 2017.

SILVA, C. S. S. L.; KOOPMANS, F. F.; DAHER, D. V. O diagnóstico situacional como ferramenta para o planejamento de ações na Atenção Primária a Saúde. **Revista Pro-univerSUS**, v. 2, p. 30-33, 2016.

SILVA, L.B. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. **Revista Katálysis**, v.21, p.200-209, 2018.

SJCDH. Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos. 2018. Disponível em: <https://sjcdh.rs.gov.br/cras-e-creas>. Acesso em: 16 jul. 2019

UFFS. Universidade Federal da Fronteira Sul. **Portaria nº 911/GR/UFFS/2015**. Designa membros e representantes da COREMU. 2015. Disponível em: <https://www.uffs.edu.br/atos-normativos/portaria/gr/2015-0911>. Acesso em: 08 jun. 2019.

UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família. **Processo de Trabalho na Atenção Básica**. 2012. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1169>. Acesso em 18 jul. 2019.

WANNMACHER, L. Seleção de medicamentos essenciais: propósitos e consequências. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 3, p. 1-9, 2010.

## 2 CAPÍTULO II - PROJETO DE PESQUISA-INTERVENÇÃO

### 2.1 RESUMO INFORMATIVO

O processo de dispensação de medicamentos na atenção primária à saúde, quando bem estruturado, planejado e sistematizado de acordo com as particularidades de cada município, promove o acesso e o uso racional de medicamentos essenciais. Em vista disso, a presente pesquisa objetiva conhecer a realidade do processo de dispensação de medicamentos na rede de Atenção Primária à Saúde do município de Marau/RS, e a partir deste cenário construir um protocolo padronizado para este processo. Este estudo será subsidiado por meio de uma abordagem exploratória e descritiva, resultante da aplicação de um questionário estruturado para os farmacêuticos do município. Em uma segunda etapa, as informações obtidas do instrumento exploratório aplicado, serão confrontadas com as recomendações das boas práticas de dispensação vigente, segundo a literatura científica e diretrizes em vigor. A partir disso, serão identificados pontos sensíveis no processo de dispensação de medicamentos do município, que poderão ser qualificados, ou reorientados, por meio da implantação de um protocolo. Com a identificação dos pontos sensíveis ao processo de dispensação do município, a elaboração da proposta do protocolo seguirá as seguintes etapas: 1. Avaliação/diagnóstico do processo de dispensação de medicamentos; 2. Definição/seleção dos pontos do processo de dispensação passíveis de intervenção; 3. Definição do objetivo do protocolo proposto; 4. Atualização/revisão da literatura para embasar a elaboração do protocolo; 5. Proposição de procedimentos ou padronizações para alcançar o objetivo estabelecido; 6. Construção um fluxograma ou organograma; 7. Validação pelos profissionais que utilizarão o protocolo (realização de readequações); 8. Verificação de conflitos de interesse; 9. Identificar Limitações; 10. Protocolo (documento final); 11. Propor a implantação; 12. Devolutiva para os participantes da pesquisa (farmacêuticos). Este trabalho demonstrará a situação do processo de dispensação do município de Marau, contribuindo para o seu aperfeiçoamento com a criação de um protocolo.

Palavras-chave: Dispensação. Assistência Farmacêutica. Atenção Primária à Saúde.

## 2.2 INTRODUÇÃO

Os medicamentos são os recursos terapêuticos mais utilizados pela sociedade e desde a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS) são considerados como insumos prioritários para alcançar o nível máximo de direito a saúde (WHO, 2011).

A tendência de crescimento da sua demanda é cada vez mais evidente nos serviços de saúde, sendo a Assistência Farmacêutica na atenção primária à saúde a responsável pelo maior gasto das Secretarias de Saúde no Brasil, o que demonstra que planejamento e organização das ações envolvidas neste processo são elementos cruciais (MARIN et al., 2003).

A Assistência Farmacêutica engloba um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, possuindo o medicamento como enfoque. Ainda envolve pesquisa, desenvolvimento, produção, seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação e garantia da qualidade dos medicamentos e dos serviços, bem como o acompanhamento da utilização (BRASIL, 2004).

Na presença destes fatos, o comprometimento do farmacêutico nos serviços torna-se fundamental para o acesso e racionalização do uso de medicamentos, assim como protege os usuários de exposições a riscos, uma vez que assume o papel de profissional da saúde envolvido no cuidado ao paciente (SARTOR, FREITAS, 2014; MELO, CASTRO, 2017).

A maior visibilidade dos farmacêuticos nas farmácias da atenção primária à saúde se dá no processo de dispensação, uma vez que atende o maior número de pessoas, é amplamente disseminado e pode causar impacto para toda a sociedade (ANGONESI, RENNÓ, 2011).

Este processo de dispensação envolve a distribuição de um ou mais medicamentos a um paciente mediante a apresentação de uma prescrição, informando e orientando o usuário sobre o uso correto, possíveis eventos adversos e interações medicamentosas. Ainda deve ser realizado o acolhimento ao paciente e a verificação de problemas técnicos e legais da prescrição (MARIN et al., 2003; BRASIL, 2006; SANTOS et al., 2019).

Diante do exposto e considerando-se que a qualidade do uso de medicamentos está diretamente relacionada à qualidade dos serviços e que a dispensação ocupa um lugar significativo no cuidado em saúde quando necessária a farmacoterapia (SARTOR, FREITAS, 2014), acredita-se que o processo de dispensação na atenção primária

requiera destaque para que seja adequadamente praticado, com redução de gastos desnecessários, promoção de acesso e uso racional de medicamentos.

### **2.2.1 Tema**

Processo de dispensação de medicamentos na rede de Atenção Primária à Saúde.

### **2.2.2 Problema**

Como está organizado o processo de dispensação de medicamentos nas farmácias presentes na Atenção Primária à Saúde do município de Marau/RS?

### **2.2.3 Hipóteses**

Tem-se como hipótese deste estudo que o processo de dispensação não seja padronizado entre todas as farmácias da rede de Atenção Primária à Saúde do município de Marau/RS.

### **2.2.4 Objetivos**

#### **2.2.4.1 Objetivo geral**

Conhecer a realidade do processo de dispensação de medicamentos na rede de Atenção Primária à Saúde do município de Marau/RS, e a partir deste cenário construir um protocolo padronizado para este processo.

#### **2.2.4.2 Objetivos específicos**

- Realizar um diagnóstico do processo de dispensação de medicamentos do município de Marau/RS.
- Identificar pontos das etapas do processo de dispensação de medicamentos, sensíveis a necessidade de implantação do protocolo para melhoria do serviço.
- Propor a implantação do protocolo de dispensação de medicamentos na rede de Atenção Primária à Saúde do município de Marau/RS.

### **2.2.5 Justificativa**

A escolha do tema se deu através da observação do serviço na Estratégia Saúde da Família (ESF) São José Operário do município de Marau, Rio Grande do Sul, durante o primeiro semestre da realização do Programa de Residência Multiprofissional em Área da Saúde. Foi realizada a construção do diagnóstico territorial do município de Marau, com ênfase na ESF alocada, como componente inicial da disciplina de Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) 2019/1, obtendo-se um maior esclarecimento e entendimento da realidade local.

Devido a afeição da pesquisadora pelo ciclo da Assistência Farmacêutica, já tendo trabalhado com a etapa de seleção de medicamentos em sua dissertação de Mestrado, e por suas experiências no Sistema Único de Saúde ao longo de quase dez anos de vida profissional, verificou-se na etapa de dispensação do município de Marau uma possível e viável intervenção, uma vez que esta é a etapa com maior visibilidade dos farmacêuticos e que atende um grande número de pessoas.

Neste processo, observou-se a ausência de protocolos para a atuação dos profissionais do município, fazendo com que as decisões sejam tomadas de acordo com o entendimento de cada um, sem padronização para que todos os usuários sejam atendidos de maneira uniforme.

Ademais, uma dispensação inadequada acaba refletindo em torno de todo o ciclo de Assistência Farmacêutica, gerando gastos desnecessários e interferindo no uso racional de medicamentos, disponibilidade e acesso, prejudicando o direito de todo cidadão.

### **2.2.6 Referencial teórico**

#### **2.2.6.1 Assistência Farmacêutica**

A Atenção Primária à Saúde é uma estratégia de organização da atenção à saúde direcionada a solucionar a maioria das necessidades da população de forma regionalizada e sistematizada, com ações preventivas e curativas para indivíduos e comunidades (CONILL, 2008).

No Brasil, as concepções de Atenção Primária a Saúde só foram incorporadas a partir dos anos 80 com o movimento sanitário, sendo vigente até então o modelo

médico-privatista, não tendo a capacidade de fornecer uma atenção integral para a população brasileira, concentrando os recursos disponíveis para uma assistência medicalizada e hospitalocêntrica (MATTA, MOROSINI, 2009).

Os princípios da Reforma Sanitária foram utilizados para a incorporação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 90, regionalizado e hierarquizado, com garantia do direito à saúde mediante políticas sociais e econômicas e um acesso integral, universal e igualitário (BRASIL, 1990).

Com a implementação deste novo sistema, a saúde passou a ser vista de forma mais positiva, com qualidade de vida, e não mais como ausência de doenças (MARIN et al., 2003), além de garantir assistência terapêutica integral, incluindo também a assistência farmacêutica como sua responsabilidade (BRASIL, 1990).

Esta Assistência Farmacêutica dispõe-se a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade, sendo definida pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica aprovada em 2004 como:

Um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população. (BRASIL, 2004).

Nos últimos anos, a Assistência Farmacêutica teve maior notoriedade devido a influências tanto da Política Nacional de Medicamentos, como da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, ambas tendo como principal objetivo a ampliação do acesso aos medicamentos para a população e a definição dos municípios como os responsáveis pelo provimento dos medicamentos na atenção primária (BRASIL, 2004).

Assim, os municípios tornam-se responsáveis pela aquisição e pelo fornecimento dos medicamentos presentes na Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, os quais estão voltados aos principais problemas de saúde e programas da Atenção Primária (BRASIL, 2019).

Por ser complexa, a Assistência Farmacêutica preconiza que seus gestores sejam profissionais graduados em um curso superior, preferencialmente em Farmácia. A atuação do farmacêutico é definida como papel-chave, pois este é o único profissional que possui na sua formação a articulação de conhecimentos das áreas biológicas e

exatas, podendo, além de gerir, ocupar um lugar nas equipes multiprofissionais de atenção à saúde, ajudando na resolutividade de problemas de saúde, principalmente relacionados ao medicamento (BRASIL, 2004; MAGARINOS-TORRES et al., 2014; SATURNINO et al., 2012).

Como verificado no conceito citado acima, a Assistência Farmacêutica tem várias ações envolvidas, sendo a seleção considerada muito significativa, uma vez que serve como orientação para todos os passos seguintes. A partir dela é que vão ser determinados os medicamentos essenciais que serão disponibilizados para a população dos municípios brasileiros, gerando a REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais). A sua construção precisa ser orientada pelo paradigma da medicina baseada em evidências e pela RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais). Também necessita estar de acordo com as necessidades e com os dados epidemiológicos de cada município, além de possuir atualização frequente por uma equipe multiprofissional, denominada Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) (CFF, 2010).

A programação é um conjunto de atividades com o objetivo de determinar a quantidade e a qualidade dos medicamentos dentro dos recursos disponíveis, garantindo o acesso. A aquisição envolve a determinação do modelo de compra e o estabelecimento dos termos de contrato. O armazenamento inclui as condições adequadas e um controle de estoque eficaz. A distribuição supre as necessidades das unidades de saúde. E, finalmente, a utilização, o qual abrange o diagnóstico, a prescrição, a dispensação e o consumo de medicamentos pelo paciente (MARIN et al., 2003).

As atividades relacionadas à seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição são determinadas de componentes técnico-gerenciais do ciclo de Assistência Farmacêutica, dando conta da logística do medicamento, enquanto que a utilização é determinada de componente técnico-assistencial, visando o usuário e a utilização correta de medicamentos, o que impacta positivamente nas ações de saúde (MENDES et al., 2014; CORRER, OTUKI, SOLER, 2011).

Assim, as ações logísticas do medicamento não devem ser prioritárias na organização da Assistência Farmacêutica no SUS, mas atenção também deve ser voltada para o processo de dispensação inserido na utilização dos medicamentos (CORRER, OTUKI, SOLER, 2011). Geralmente nos serviços públicos, a gestão discute sobre questões de abastecimento e financiamento de medicamentos, com pouca preocupação

com a estruturação do serviço de dispensação, permitindo que profissionais com pouco conhecimento sobre esta ação a pratiquem nas farmácias (MARIN et al., 2003).

O processo de dispensação é extremamente importante e pode ser definido, segundo Marin e colaboradores (2003) como “o ato farmacêutico de distribuir um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma prescrição elaborada por um profissional autorizado. Neste ato, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento.” Assim, as atividades envolvidas com o processo de dispensação são o acolhimento, análise e avaliação da prescrição, separação dos medicamentos, registro de entrega, orientações sobre o uso correto, documentação das intervenções e entrega do produto farmacêutico (BRASIL, 2006; SARTOR, FREITAS, 2014).

Neste processamento de análise e avaliação da prescrição, cabe ao farmacêutico observar a legalidade da receita e se está completa (identificação do usuário, do medicamento, concentração, dosagem, forma farmacêutica, quantidade, local e data de emissão, assinatura e identificação do prescritor com número de registro no conselho profissional e notificação de prescrição adequada), a legibilidade e ausência de rasuras, e avaliar se a dose, a via de administração, a duração do tratamento e a dose cumulativa são apropriados (BRASIL, 2009a; CFF, 2010).

Com relação às orientações sobre o uso correto do medicamento, no momento da dispensação é que acontece o último contato do usuário com algum profissional de saúde, sendo, muitas vezes, o único com o farmacêutico (MARIN et al., 2003; CRF/SC, 2014), necessitando, portanto, assegurar que informações como o tempo e finalidade de uso, como e quando utilizar o medicamento, as possíveis reações adversas e interações medicamentosas e orientações sobre o acesso quando algum medicamento está indisponível sejam repassadas para o usuário no momento da entrega (MARIN et al., 2003; SARTOR, FREITAS, 2014).

Em pesquisa realizada em uma farmácia comunitária na cidade de Goiás, observou-se que após o desenvolvimento e implementação de um modelo de serviço de dispensação, houve resolução dos problemas relacionados a medicamentos (62,75%) e melhora do conhecimento dos pacientes em relação aos medicamentos utilizados (FERREIRA et al., 2016).

Sendo assim, verifica-se como necessária a organização do processo de dispensação, inclusive sendo indicado pelo Ministério da Saúde um manual padronizado, para que exista um fluxo do processo e que este seja conhecido por todos,

melhorando a qualidade do atendimento e fazendo com que todos os usuários o recebam igualmente (BRASIL, 2009b; LEITE et al., 2015).

Segundo pesquisa recente de Barros e colaboradores (2017), evidenciou-se que o acesso total aos medicamentos na atenção primária brasileira tem maior prevalência quando há existência de protocolos na dispensação, bem como a existência de um processo informatizado para a gestão da Assistência Farmacêutica (BARROS et al., 2017).

Em vista disso, o objetivo da dispensação é o acesso e o uso racional de medicamentos, sendo que para atingi-los torna-se necessário um processo estruturado, planejado e sistematizado, respeitando, principalmente, as particularidades de cada município (UFSC, 2011).

Apesar da sua importância e dos impactos positivos gerados com um processo de dispensação bem estruturado, no Brasil são escassos os estudos que orientem esse processo (SARTOR, FREITAS, 2014; SANTOS, et al., 2019; ANGONESI, RENNÓ, 2011), observando-se assim a necessidade do desenvolvimento de estratégias de qualificação.

#### 2.2.6.2 Acesso a medicamentos

De acordo com a Constituição Federal Brasileira de 1988, todos os cidadãos têm direito ao “acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde” (BRASIL, 1988). Assim, o Estado é quem deve garantir esses direitos por meio do SUS (BRASIL, 1990).

Inseridos nestas ações e serviços de garantia do direito a saúde, encontram-se também os medicamentos essenciais, que devem satisfazer as necessidades prioritárias de saúde da maioria da população, estando disponíveis regularmente nas formas farmacêuticas e quantidades adequadas, com garantia de qualidade e preços acessíveis (OMS, 2002).

O acesso a estes medicamentos ainda hoje é considerado um grande desafio mundial e é compreendido a partir do equilíbrio entre a disponibilidade, a capacidade aquisitiva, a acessibilidade geográfica e a aceitabilidade, sofrendo influências de fatores como gestores, indústria farmacêutica e realidade política (BOING et al., 2013; ROVER et al., 2016).

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, apenas dois terços da população mundial possui acesso regular aos medicamentos (WHO, 2011). A falta de acesso a medicamentos pode levar ao agravamento das doenças, assim como impactar negativamente na renda do usuário que necessite comprá-los. Segundo dados da pesquisa brasileira PNAUM (Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos), 2,6% dos indivíduos participantes não utilizaram os medicamentos prescritos devido a dificuldades financeiras (OLIVEIRA et al., 2016).

Ainda neste estudo foram apontadas altas prevalências de acesso para doenças crônicas não transmissíveis, atingindo 94,3% de acesso total, o que demonstra como a Assistência Farmacêutica se fortaleceu nos últimos anos, porém ainda há muitas melhorias a serem feitas, principalmente pelas diferenças significativas encontradas entre as diferentes regiões brasileiras e também pelo baixo acesso quando observadas as doenças agudas (PNAUM, 2014; OLIVEIRA et al., 2016).

#### 2.2.6.3 Uso Racional de Medicamentos

O Uso Racional de Medicamentos (URM) faz parte de uma das diretrizes prioritárias da Política Nacional de Medicamentos, sendo definido como:

Processo que compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas; e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade (BRASIL, 1998a).

Por este conceito, verifica-se que o URM envolve diversos atores sociais para a sua efetivação, como o governo, os profissionais da saúde e a sociedade. Para a implementação do URM são necessárias estratégias como a seleção de medicamentos essenciais, gerenciamento dos serviços farmacêuticos, dispensação e uso apropriado de medicamentos e educação dos usuários quanto a automedicação, interrupção e troca de medicamentos prescritos (ESHER, COUTINHO, 2017).

Segundo Esher e Coutinho (2017), o aumento excessivo no uso de medicamentos tem sido considerado como uma importante barreira para o alcance do URM. Uma medida tomada pelo Brasil, por exemplo, para diminuir a utilização indiscriminada da classe terapêutica antimicrobiana, foi a criação e implementação da RDC 20 em 2011, a qual dispõe sobre o controle de medicamentos à base destas

substâncias, determinando sua venda somente mediante retenção de prescrição e um prazo de validade de dez dias para a sua utilização (BRASIL, 2011).

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) não existem políticas básicas para a implementação da promoção do URM em mais de 50% de todos os países. Além disso, mais de 50% dos medicamentos são prescritos, dispensados e utilizados de forma incorreta (WHO, 2012).

O uso irracional de medicamentos impacta negativamente na saúde da população, sendo estimado que 3,5% das internações hospitalares são decorrentes de reações adversas a medicamentos, gerando grandes gastos com serviços de saúde (BOUVY, DE BRUIN, KOOPMANSCHAP, 2015).

Sendo assim, como uma boa parcela dos gastos públicos é destinada aos medicamentos (MARIN et. al, 2003), promover o uso adequado colabora com a contenção de recursos e melhora a qualidade dos tratamentos em saúde (MONTEIRO, LACERDA, 2016).

## **2.2.7 Metodologia**

### 2.2.7.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, exploratória e descritivo, do tipo pesquisa-intervenção.

### 2.2.7.2 Local e período de realização

O estudo será realizado entre março e dezembro de 2020 nas farmácias da rede de Atenção Primária à Saúde do município de Marau/RS.

### 2.2.7.3 População e amostragem

A população deste estudo consistirá de todos os farmacêuticos atuantes no processo de dispensação de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica do município de Marau, estimando-se um número de 4 farmacêuticos.

Serão excluídos os profissionais que não estejam atuando no processo de dispensação de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica do município de Marau.

#### 2.2.7.4 Variáveis e instrumentos de coleta de dados

Para a realização da pesquisa e investigação do processo de dispensação, os farmacêuticos do município atuantes na dispensação serão contatados pelos pesquisadores via telefone e convidados a participar deste projeto, tendo seus objetivos e método explicados. Aceitando a participação, será agendada uma visita em seu local de trabalho, que poderá ser na Unidade de Saúde ou na Farmácia Central do município, apresentando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) e, assim que assinado, será aplicado individualmente mediante entrevista pela pesquisadora um questionário estruturado (APÊNDICE B) para investigar o processo de dispensação. Este instrumento exploratório descritivo foi elaborado com questões abertas e fechadas norteadas pelas legislações vigentes e pesquisas de Sartor e Freitas (2014) e Santos e colaboradores (2018), com o objetivo de descrever o processo de dispensação, incluindo questões sobre: avaliação da prescrição e validade, conferência de aspectos qualitativos e quantitativos, orientação no fornecimento e registro de saída de medicamentos, cumprimento da Portaria nº 344/98 (medicamentos sujeitos a controle especial) entre outros.

#### 2.2.7.5 Processamento e análise dos dados

A análise dos indicadores obtidos pela aplicação do questionário será realizada por meio de frequências absolutas (n) para cada questão, sendo utilizadas tabelas para melhor visualização. Será possível identificar as etapas do processo de dispensação, possibilitando analisar semelhanças e diferenças do processo de dispensação na rede do município como um todo. Os indicadores obtidos serão confrontados com as normas e recomendações vigentes em relação às práticas de dispensação, bem como, pela literatura científica sobre a temática. A partir dessa análise, será possível identificar pontos sensíveis a serem melhorados no processo de dispensação de medicamentos do município. Baseado na identificação dos pontos sensíveis a melhorias do processo de dispensação, a etapa seguinte se dará pela construção de um protocolo que irá

estabelecer procedimentos ou orientações, no processo de trabalho, que contribuam com a melhoria do serviço.

#### 2.2.7.6 Etapas para a construção do protocolo

Um protocolo de organização de serviços deve estar em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, diretrizes das secretarias de saúde do estado e do município e com outros protocolos de serviço já existentes, caso isso ocorra (WERNECK, FARIA, CAMPOS, 2009).

As etapas da construção do protocolo que será desenvolvido e descritas a seguir foram adaptadas de Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço (WERNECK, FARIA, CAMPOS, 2009) e Guia para Construção de Protocolos Assistenciais de Enfermagem (PIMENTA et al., 2015):

**Etapa 1. Avaliação/diagnóstico do processo de dispensação de medicamentos:** realização de uma análise/avaliação para identificação ampla das potencialidades e fragilidades relacionadas a dispensação de medicamentos no contexto da atenção primária em saúde do município, etapa descrita anteriormente com a utilização do questionário (APÊNDICE B).

**Etapa 2. Definição/seleção dos pontos do processo de dispensação passíveis de intervenção:** identificar pontos das etapas do processo de dispensação de medicamentos sensíveis a necessidade de implantação de protocolo para melhoria do serviço, conforme já descrito anteriormente.

**Etapa 3. Definição do objetivo do protocolo proposto:** deixar claro os objetivos e metas propostos para a superação da situação inicial.

**Etapa 4. Atualização/Revisão da literatura para embasar a elaboração do protocolo:** as informações que irão subsidiar a construção do protocolo terão, por base, as informações atuais da literatura baseada em evidências científicas, como também, informações de manuais, normas técnicas, orientações e publicações legais no âmbito da Organização Mundial da Saúde (OMS), Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde Estadual e Municipal.

**Etapa 5. Proposição de procedimentos ou padronizações para alcançar o objetivo estabelecido:** essa etapa é a proposição de uma intervenção (por exemplo, procedimento ou padronização) para melhorar o processo de dispensação, em outras palavras, é a proposta inicial do protocolo. Essa proposição é fruto das etapas anteriores

e integra as necessidades de intervenção, identificadas no início do processo, com as informações oriundas da atualização/revisão, que irão orientar qual (ou quais) abordagem seria a mais adequada para a resolução do problema/melhoria do serviço. A proposição deverá deixar claro ou orientar quais ações (procedimento ou padronização) deverão ser seguidas, e de que forma.

**Etapa 6. Construção de um fluxograma ou organograma:** é a representação esquemática do fluxo de informações e ações sobre determinado processo que subsidia a avaliação e a tomada de decisão sobre determinado assunto. No caso do protocolo proposto, o fluxograma descreve de forma clara e concisa os passos/orientações para a execução do procedimento proposto.

**Etapa 7. Validação pelos profissionais que utilizarão o protocolo (realização de readequações):** a partir da concretização de uma proposta de protocolo, este deverá ser submetido aos farmacêuticos que participaram da entrevista inicial (primeira etapa, descrita anteriormente) para validação (ou não) do protocolo proposto, através de agendamento prévio de uma reunião entre a pesquisadora e todos os participantes em um mesmo momento. Isto se dará através de uma roda de conversa onde serão debatidos os pontos do protocolo, acatadas as sugestões e realizados eventuais ajustes/adequações para efetiva validação do protocolo.

**Etapa 8. Verificação de conflitos de interesse:** refere-se a aspectos de cunho comercial, econômico, financeiro, ideológico, religioso e político que podem interferir nos objetivos e resultados da pesquisa. Deverá ser verificado e claramente expresso pelos pesquisadores, através de uma autodeclaração de conflito de interesse (APENDICE C). Será avaliado se os pesquisadores possuem algum tipo de ligação com alguma instituição ou algum interesse que possa prejudicar os resultados, bem como parcialidade para as questões desenvolvidas durante a pesquisa. Será verificado se o protocolo não foi influenciado por fatores externos ou má conduta, como, por exemplo, troca de incentivos em detrimento de padronização de determinadas questões.

**Etapa 9. Identificar limitações:** o protocolo pode ter barreiras que dificultem um resultado esperado ou mesmo a sua implantação. Por exemplo, se houver necessidade de um curso preparatório para a equipe, para a correta utilização do protocolo, pode ser uma limitação para a sua correta implantação, especialmente se não houver apoio da gestão para essas ações. Necessidade de recursos financeiros adicionais pode ser outra limitação.

**Etapa 10. Protocolo (documento final):** formatar o protocolo de acordo com aspectos básicos das normas técnicas de publicações, como, por exemplo: capa, ficha técnica, apresentação, sumário, introdução (com justificativa, aspectos legais, objetivos e metodologia utilizada), conteúdo com o referencial técnico-científico, referências e anexos;

**Etapa 11. Propor a implantação:** após todas as etapas, o protocolo final criado será apresentado à gestão de saúde do município e, se possível, a outras esferas da gestão municipal. Isto será realizado por meio do agendamento prévio de uma reunião para apresentar o protocolo de dispensação e propor a implantação oficial, pela gestão municipal, através de Portaria ou equivalente.”

**Etapa 12. Devolutiva para os participantes da pesquisa (farmacêuticos):** após o término da pesquisa, será agendado, por telefone, uma reunião com os participantes da pesquisa para uma devolutiva sobre o trabalho desenvolvido. Serão apresentados os aspectos teóricos/conceituais, as análises das informações coletadas pelas entrevistas, a descrição de cada etapa do desenvolvimento do protocolo, os resultados, a versão final do protocolo de dispensação, e a proposta de implementação enviada à gestão municipal.

#### 2.2.7.7 Aspectos éticos

Este projeto de pesquisa foi encaminhado para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Marau/RS, com a finalidade de obter o termo de consentimento de ciência e concordância desta instituição, o qual encontra-se assinado no apêndice C.

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

Esta pesquisa pode trazer como benefícios diretos uma maior amparo na tomada de decisões por parte dos farmacêuticos. Além disso, ao mostrar a real situação da dispensação do município de Marau, poderá contribuir para a melhora do processo e indiretamente garantir um acesso igualitário aos medicamentos essenciais, proporcionando aos usuários maior segurança em seus tratamentos.

No que se referem aos riscos desta pesquisa, estes estão relacionados a algum constrangimento por parte dos participantes ao responder ao questionário. Para que isto

seja minimizado, as questões foram totalmente revisadas pelos pesquisadores, a fim de garantir a preservação da identidade e confidencialidade e não invadir a intimidade dos indivíduos participantes, direcionando-as somente a conteúdo relacionado ao interesse público. Os nomes dos entrevistados serão substituídos por códigos, para não serem identificados. Paralelamente a isso, os dados coletados ficarão sob guarda e responsabilidade dos pesquisadores por 5 anos após o término da pesquisa, sendo garantido o arquivamento destes, em arquivo físico e digital, sendo o físico armazenado pelo pesquisador responsável na Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) em armário com acesso restrito. Após este período de guarda, os arquivos físicos serão destruídos completamente e os digitais excluídos. Cuidado também será tomado para não interferir nas atividades cotidianas do município, acordando com os envolvidos o melhor horário para a aplicação deste instrumento, bem como utilizando o menor tempo possível. No caso de riscos não previstos ocorrerem em níveis acima dos aceitáveis, a atividade desenvolvida será interrompida.

#### 2.2.7.8 Resultados esperados

Com a finalização desta pesquisa, espera-se identificar as fragilidades e potencialidades no processo de dispensação, que poderão gerar melhorias na rotina do serviço. Com a construção do protocolo, acredita-se que os farmacêuticos do município compreendam e entendam a importância do seu uso. Caso este protocolo seja devidamente implementado futuramente, os atendimentos prestados nas farmácias municipais se tornarão padronizados, com usuários sendo tratados em condições iguais e com menor exposição de riscos no cuidado. Os farmacêuticos terão, também, respaldo para suas ações. Assim, acredita-se que, em médio a longo prazo, a Prefeitura Municipal de Marau poderá ter economia dos recursos financeiros destinados à compra de medicamentos, além de maior controle nas quantidades dispensadas e, portanto, na programação de compras a ser realizada em cada licitação.

#### 2.2.8 Recursos

Os gastos abaixo serão de responsabilidade da pesquisadora responsável, que arcará com todas as despesas necessárias para a realização deste estudo.



## REFERÊNCIAS

ANGONESI, D.; RENNÓ, M.U.P. Dispensação farmacêutica: proposta de um modelo para a prática. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, 2011.

BARROS, R. D.; COSTA, E.A.; SANTOS, D.B.; SOUZA, G. S.; ALVAREZ, J.; JUNIOR, A. A. G.; ACURCIO, F. A.; GUIBU, I. A.; COSTA, K.S.; KARNIKOWSKI, M. G. O.; SOEIRO, O. M.; LEITE, S.N. Acesso a medicamentos: relações com a institucionalização da assistência farmacêutica. **Revista de Saúde Pública**, v.51, p. 1s-11s, 2017.

BOING, A. C.; BERTOLDI, A. D.; BOING, A. F.; BASTOS, J. L.; PERES, K. G. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 691-701, 2013.

BOUVY, J.C.; DE BRUIN, M.L.; KOOPMANSCHAP, M.A. Epidemiology of adverse drug reactions in Europe: a review of recent observational studies. **Drug Safety**, v. 38, n. 5, 2015.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 de set. de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 de out. de 1998a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 de mai. de 1998b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 de mai. de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 100p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia\\_farmaceutica\\_atencao\\_basica\\_instrucoes\\_tecnicas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_farmaceutica_atencao_basica_instrucoes_tecnicas.pdf). Acesso em: 28 out.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC 44, de 18 de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 de ago. de 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 20, de 05 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação. **Diário Oficial da União**, Brasília, 06 de mai. de 2011.

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: 27 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2020.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

CFE. Conselho Federal de Farmácia. **A Assistência Farmacêutica no SUS.** Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2010.

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.1, n. 57, 2008.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F.; SOLER, O. Assistência Farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 2, n. 3, 2011.

CRF/SC. Conselho Regional de Farmácia de Santa Catarina. **O farmacêutico faz a diferença no SUS: Orientações aos gestores.** 2 ed. Florianópolis: CRF-SC, 2014.

ESHER, A.; COUTINHO, T. Uso racional de medicamentos, pharmaceuticalização e usos do metilfenidato. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.22, n. 8, 2017.

FERREIRA, T.X.A.M.; PRUDENTE, L.R.; DEWULF, N.L.S.; PROVIN, M.P.; MATROIANNI, P.C.; SILVEIRA, E.A.; AMARAL, R.G. Medication dispensing as an opportunity for patient counseling and approach to drug-related problems. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 52, n. 1, 2016.

LEITE, S. N.; FARIAS, M. R.; MANZINI, F.; MENDES, S. J.; ROVER, M. R. M. **Gestão da Assistência Farmacêutica: proposta para avaliação no contexto municipal: a experiência em Santa Catarina.** Florianópolis: editora UFSC, 2015.

MAGARINOS-TORRES, R.; PEPE, V. L. E.; OLIVEIRA, A. A.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Medicamentos essenciais e processo de seleção em práticas de

gestão da assistência farmacêutica em estados e municípios brasileiros. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 9, p. 3859-3868, 2014.

MARIN, N.; LUIZA, V. L.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; MACHADO-DOS-SANTOS, S. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MATTA, G.C.; MOROSINI, M.V.G. Dicionário da Educação profissional em Saúde. **Atenção Primária à Saúde**. 2009. Acesso em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>. Acesso em: 01 nov. 2019.

MELO, D. O.; CASTRO, L. L. C. A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, 2017.

MENDES, L. V.; CAMPOS, M. R.; CHAVES, G.C. SILVA, R. M.; FREITAS, P. S.; COSTA, K. S.; LUIZA, V. L. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. **Saúde Debate**, v. 38, p. 109-123, 2014.

MONTEIRO, E.R., LACERDA, J.T. Promoção do uso racional de medicamentos: uma proposta de modelo avaliativo da gestão municipal. **Saúde Debate**, v.40, n.111, p. 101-116, 2016.

OLIVEIRA, M. A.; LUIZA, V. L.; TAVARES, N. U. L.; MENGUE, S. S.; ARRAIS, P. S. D.; FARIAS, M. R.; DAL PIZZOL, T. S.; RAMOS, L. R.; BERTOLDI, A. D. Acesso a medicamentos para doenças crônicas no Brasil: uma abordagem multidimensional. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, supl. 2, 2016.

OMS. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Perspectivas Políticas sobre Medicamentos de la OMS – 4. **Selección de Medicamentos Esenciales**. Ginebra, 2002. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h3006s/h3006s.pdf>. Acesso em: 21 set. 2019.

PIMENTA, C.A.M.; LOPES, C.T.; AMORIM, A.F.; NISHI, F.A.; SHIMODA, G.T.; JENSEN, R. **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. São Paulo: COREN-SP, 2015.

PNAUM. Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil. **Primeiros Resultados**. 2014. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/18/PNAUM-cienciasus.pdf>. Acesso em: 28 set. 2019.

SANTOS, S. C.; ROCHA, K. S. S.; BOAVENTURA, T. C.; JESUS, E. M. S.; SILVESTRE, C. C.; SODRÉ-ALVES, B. M. C.; LYRA, D. P. Development and content validation of an instrument to document the dispensing of prescribed medicines. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**, p. 1-10, 2019.

SARTOR, V. B.; FREITAS, S. F. T. Modelo para avaliação do serviço de dispensação de medicamentos na atenção básica à saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n.5, p. 827-836, 2014.

SATURNINO, L.T.M.; PERINI, E.; LUZ, Z. F.; MODENA, C.M. Farmacêutico: um profissional em busca de sua identidade. **Revista Brasileira de Farmácia**, v. 93, n. 1, p.10-16, 2012.

ROVER, M. R. M.; VARGAS-PELAEZ, C. M.; FARIAS, M. R.; LEITE, S. N. Acceso a medicamentos de alto precio en Brasil: la perspectiva de médicos, farmacéuticos y usuarios. **Gaceta Sanitaria**, v. 30, n. 2, p. 106-116, 2016.

UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina. **Gestão da Assistência Farmacêutica: Módulo 4 - Serviços Farmacêuticos**. Florianópolis: UFSC, 2011.

WANNMACHER, L. Seleção de medicamentos essenciais: propósitos e consequências. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 3, p. 1-9, 2010.

WERNECK, M.A.F.; FARIA, H.P.; CAMPOS, K.F.C. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

WHO. World Health Organization. **The World Medicines Situation 2011 – Access To Essential Medicines as Part of the Right to Health**. Geneva, 2011. Disponível em: <https://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js18772en/>. Acesso em: 27 set.2019.

WHO. World Health Organization. **The Pursuit of Responsible Use of Medicines: Sharing and Learning from Country Experiences**. 2012. Disponível em: [https://www.who.int/medicines/areas/rational\\_use/en/](https://www.who.int/medicines/areas/rational_use/en/). Acesso em: 28 out. 2019.

## APÊNDICES

## **APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO PARA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL**. Esta pesquisa está associada ao Trabalho de Conclusão de Residência da residente Mariele Salvi da Residência Multiprofissional em Área da Saúde: área de concentração Atenção Básica e é orientada pelo professor Doutor Marcelo Soares Fernandes, da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

Este estudo tem como objetivo geral conhecer a realidade do processo de dispensação de medicamentos na rede de atenção primária à saúde do município de Marau/RS, e a partir deste cenário construir um protocolo padronizado para este processo. Durante a pesquisa você irá responder a um questionário estruturado sobre este processo, sendo farmacêutico atuante no processo de dispensação de medicamentos do município. Os dados coletados por meio deste, poderão demonstrar a real situação da dispensação do município de Marau, contribuindo para a melhora do processo e, conseqüentemente, maior uso racional de medicamentos, disponibilidade e acesso aos medicamentos essenciais. Após o término da pesquisa, será agendado uma reunião, por telefone, com os participantes da pesquisa para uma devolutiva sobre o trabalho desenvolvido. Serão apresentados os aspectos teóricos/conceituais, as análises das informações coletadas pelas entrevistas, a descrição de cada etapa do desenvolvimento do protocolo e, por último, a versão final do protocolo de dispensação apresentada para a gestão do município.

Os riscos desta pesquisa estão relacionados a algum constrangimento por parte dos participantes ao responder ao questionário. Para que isto seja minimizado, as questões foram totalmente revisadas pelos pesquisadores, a fim de garantir o sigilo e confidencialidade e não invadir a intimidade dos indivíduos participantes, direcionando-as somente a conteúdo relacionado ao interesse público. Os nomes dos entrevistados serão substituídos por códigos, para não serem identificados.

Estando de acordo em participar, os pesquisadores serão os únicos 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 conseqüências serão tratadas nos termos da lei. Os resultados deste trabalho poderão ser publicados em artigo científico ou 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, inclusive sem nenhum motivo, bastando informar, da maneira que achar mais conveniente, a sua desistência sem ter qualquer prejuízo. Duas vias deste documento estão sendo rubricadas e assinadas por você e pelos pesquisadores. 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.

O pesquisador 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 a qualquer momento pelo telefone (54) 99108-1479 ou pelo telefone (54) 3342-0827 (entre 07:30 e 17:00), e-mail [marielesalvi@hotmail.com](mailto:marielesalvi@hotmail.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](mailto: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,....., 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 2020.

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Agradecemos antecipadamente a sua colaboração.

---

Mariele Salvi  
E-mail: marielesalvi@hotmail.com  
Telefone: (54) 9 9108-1479

---

Marcelo Soares Fernandes  
E-mail: marcelo.fernandes@uffs.edu.br  
Telefone: (48) 9 9638-5225

## APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PARA FARMACÊUTICOS DO MUNICÍPIO

<b>Nome:</b>	
<b>Idade:</b>	<b>Sexo:</b>
<b>Estado civil:</b>	
<b>Formação:</b>	
<b>Instituição e ano de formação:</b>	
<b>Especialização ou Pós-Graduação:</b>	
<b>Tempo de atuação na Atenção Primária a Saúde:</b>	
<b>Tempo de atuação neste município:</b>	
<b>Telefone para contato:</b>	
<p><b>1 – No município há presença de Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)?</b></p> <p>( ) Sim      ( ) Não      ( ) Não sabe</p>	
<p><b>2 – As prescrições aceitas para a dispensação no município são somente as provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS)?</b></p> <p>( ) Sim      ( ) Não      ( ) Não sabe</p>	
<p><b>3 – O que é dispensação de medicamentos para você?</b></p> <hr/>	
<p><b>4 – No município, todas as prescrições são realizadas pela Denominação Comum Brasileira (DCB)?</b></p> <p>( ) Sim      ( ) Não      ( ) Não sabe</p> <p>Se não, estas prescrições são aceitas e realizada a dispensação dos medicamentos?</p> <p>( ) Sim      ( ) Não      ( ) Não sabe</p>	
<p><b>5 – Ao receber quem frequenta a farmácia, busca-se identificar quem é o usuário do medicamento?</b></p> <p>( ) Sim      ( ) Não      ( ) Não sabe</p> <p>Se sim, com que frequência?</p> <p>( ) sempre      ( ) na maioria das vezes      ( ) às vezes      ( ) raramente      ( ) nunca</p>	
<p><b>6 – Ao receber uma prescrição, esta é avaliada quanto aos critérios de prescrição?</b></p> <p>( ) Sim      ( ) Não      ( ) Não sabe</p> <p>Se sim, quais critérios abaixo são avaliados?</p>	

- Legibilidade e ausência de rasuras
- Identificação do usuário
- Identificação do medicamento, concentração, dosagem, forma farmacêutica e quantidade
- Modo de usar ou posologia
- Duração do tratamento
- Local e data da emissão
- Assinatura e identificação do prescritor com número de registro no respectivo conselho profissional
- Notificação de prescrição adequada
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_

Na falta de algum deles, o medicamento é dispensado?

- Sim
- Não
- Não sabe

**7 – Ao perceber uma inconformidade legal ou técnica na prescrição, qual providência é tomada?**

- Contato com o prescritor ( telefônico ou pessoalmente)
- Retorno da prescrição com orientações por escrito para o prescritor
- Outra. Qual? \_\_\_\_\_

**8 – A partir da data de emissão da prescrição, existe um prazo de validade para a dispensação de medicamentos não controlados (não pertencentes à Portaria 344/98) que não são de uso contínuo (analgésicos, anti-inflamatórios, antipiréticos)?**

- Sim
- Não
- Não sabe

Se sim, qual?

\_\_\_\_\_

**9 – Existe prazo de validade para receitas de medicamentos não controlados (não pertencentes à Portaria 344/98) de uso contínuo?**

- Sim
- Não
- Não sabe

Se sim, qual?

\_\_\_\_\_

Como este prazo é contado?

- O primeiro mês de validade da receita é contado a partir do mês de emissão.

O primeiro mês de validade da receita é contado a partir do mês seguinte à emissão.

Outra forma. Qual? \_\_\_\_\_

**10 – Na dispensação são dadas orientações sobre o medicamento?**

Sim       Não       Não sabe

Se sim, quais orientações?

---

**11 – É realizado registro de saída dos medicamentos?**

Sim       Não       Não sabe

Se sim, quando é realizado?

sempre       na maioria das vezes       às vezes       raramente       nunca

**12 – É realizado algum registro do número de pacientes que não acessam o medicamento por estar em falta no momento da dispensação?**

Sim       Não       Não sabe

**13 – Ao entregar medicamentos, a validade destes é verificada?**

Sim       Não       Não sabe

**14 – Ao entregar medicamentos, a quantidade destes é verificada?**

Sim       Não       Não sabe

**15 – A quantidade de medicamentos não controlados (não pertencentes à Portaria 344/98) de uso contínuo é entregue para quanto tempo de tratamento?**

15 dias       30 dias       60 dias       90 dias       mais de 90 dias

Como esta quantidade foi definida?

---

**16 – Ao receber a prescrição de medicamentos não controlados (não pertencentes à Portaria 344/98), que não são de uso contínuo, tendo sido prescrito “uma caixa” e sem especificação de duração do tratamento, quantos comprimidos são entregues?**

Paracetamol 500 mg:

Dipirona 500 mg:

Butilbrometo de escopolamina 10 mg + dipirona 250 mg:

Diclofenaco sódico 50 mg:

Nimesulida 100 mg:

Ibuprofeno 300 mg

Ibuprofeno 600 mg:

Metoclopramida 10 mg:

Ondansetrona 4 mg:

Dimenidrato 50 mg + cloridrato de piridoxina 10 mg:

Loratadina 10 mg:

Dexclorfeniramina 2 mg:

Hidróxido de alumínio + hidróxido de magnésio + simeticona cp:

Como esta quantidade foi definida?

---

**17 – É realizado o corte de cartelas de medicamentos para adequação a quantidade prescrita?**

Sim       Não       Não sabe

Se sim, é realizada a identificação de lote e validade para as partes?

Sim       Não       Não sabe

**18 – Houve perda de medicamentos por vencimento em seu local de trabalho nos últimos 6 meses?**

Sim       Não       Não sabe

**19 – Com relação aos medicamentos pertencentes à Portaria 344/98, existe um prazo de validade para a dispensação?**

Sim       Não       Não sabe

Se sim, esta validade é realizada de acordo com:

Portaria 344/98       Legislação própria do município

Se segue legislação própria do município, como funciona?

---

**20 – Nos últimos 6 meses ocorreram situações em que foram dispensados medicamentos pertencentes à Portaria 344/98 sem documentação do usuário que retira a medicação?**

Sim       Não       Não sabe

**21 – Para medicamentos pertencentes à Portaria 344/98, quando estes tem prescrição de uma caixa (sem especificação do número de comprimidos), qual a quantidade é entregue?**

Paracetamol + codeína:

Amitriptilina:

Diazepam:

Carbamazepina:

**22 – A respeito da dispensação dos antimicrobianos, é seguida a RDC nº 20/2011 quanto ao prazo de validade da prescrição?**

Sim       Não       Não sabe

Se não, como é realizada? \_\_\_\_\_

**23 – Existe no município algum protocolo de dispensação de medicamentos?**

Sim       Não       Não sabe

**24 – Você considera importante a existência de protocolo para a dispensação de medicamentos?**

Sim       Não       Não sabe

**25 – Todos os medicamentos são entregues somente mediante apresentação de prescrição?**

Sim       Não       Não sabe

Se não, qual(is)? \_\_\_\_\_

**APÊNDICE C– DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CONFLITO DE INTERESSE**

Eu, \_\_\_\_\_ participante do projeto intitulado “CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO PARA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL”, coordenado pelo professor Marcelo Soares Fernandes, declaro não ter conflito de interesse de aspectos de cunho comercial, econômico, financeiro, ideológico, religioso e político que podem interferir com o desenvolvimento da pesquisa ou a elaboração de um protocolo de dispensação de medicamentos no âmbito da rede de atenção primária a saúde municipal.

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_

**APÊNDICE D– TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO**

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

**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 “Processo de dispensação de medicamentos na rede de atenção primária à saúde”, 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  
Coord. Ações em Saúde  
PM Marau/RS

**Coordenadora de Ações em Saúde de Marau**

Mariele Salvi

**Farmacêutica Residente – Pesquisadora Responsável**

Marau, 12 de Novembro de 2019.

### **3 CAPÍTULO III - RELATO DO TRABALHO DE CAMPO E PERCURSO DA INTERVENÇÃO**

#### **3.1 BREVE INTRODUÇÃO**

O presente trabalho faz parte do terceiro capítulo do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) do programa de Residência Multiprofissional em Área da Saúde: Área de Concentração Atenção Básica da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Passo Fundo. A prática acontece no município de Marau, Rio Grande do Sul, em duas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF): ESF Santa Rita e ESF São José Operário.

Os dois primeiros capítulos do TCR são compostos pela apresentação do diagnóstico territorial de Marau e pelo projeto de pesquisa-intervenção a ser desenvolvida, respectivamente.

No diagnóstico territorial enfatizou-se a ESF São José Operário, local de inserção da residente, sendo abordados aspectos históricos, geográficos e redes de saúde. A partir deste diagnóstico, perceberam-se as principais fragilidades que acometem este espaço, realizando-se, assim, um projeto de intervenção juntamente com o orientador. Este projeto está direcionado para o processo de dispensação da assistência farmacêutica do município de Marau, tendo como objetivo descrever a dispensação na rede de atenção primária à saúde com uma abordagem quantitativa e exploratória descritiva através da aplicação de um questionário para os farmacêuticos atuantes, sendo proposto ao final um protocolo de dispensação. Este trabalho demonstrará a situação do processo de dispensação do município de Marau, contribuindo para o seu aperfeiçoamento.

Neste terceiro capítulo será apresentado o relatório de campo da pesquisa, tendo como objetivo descrever todas as etapas e fases da coleta de dados, evidenciando as potencialidades e desafios enfrentados durante este período. Para uma melhor visualização do processo são apresentadas fotos e descrição da forma mais clara possível desta coleta que se iniciou no dia 28 de agosto de 2020.

## 3.2 LOGÍSTICA E AS ETAPAS DA COLETA DE DADOS

### 3.2.1 Logística prévia a coleta de dados

Para que o projeto de pesquisa-intervenção fosse desenvolvido, tornou-se necessária, primeiramente, a sua qualificação. Esta ocorreu no dia 10 de dezembro de 2019, tendo como banca os professores Felipe Antônio Girardi e Shana Ginar da Silva. Logo após a qualificação, uma reunião com o orientador Marcelo Soares Fernandes foi realizada para avaliação das sugestões da banca, sendo algumas consideradas, enquanto outras não.

Com todas as alterações necessárias realizadas e teste do instrumento de coleta, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) no dia 18 de dezembro de 2019.

Após a submissão, o primeiro parecer do projeto foi liberado pela Plataforma Brasil em 30 de março de 2020. As pendências apresentadas foram:

- 1) Informar a natureza do estudo: qualitativo ou quantitativo;
- 2) Informar a relevância e a aplicabilidade dos resultados (justificativa);
- 3) Informar onde/como/por quem serão realizadas as coletas dos dados;
- 4) Informar como será realizada a devolutiva dos resultados aos participantes e ao local de coleta de dados, detalhando se a etapa “11. Propor a implantação proposta será apresentada a gestão de saúde do município através de agendamento” diz respeito à este pré-requisito ético, e se for, trazendo os detalhes;
- 5) Informar quando, onde e como os dados serão arquivados pela equipe de pesquisa e o destino a ser dado a eles posteriormente ao tempo de guarda (5 anos);
- 6) Detalhar melhor como será desenvolvida a etapa “7. Validação pelos profissionais que utilizarão o protocolo (realização de readequações): submissão aos farmacêuticos que participaram da entrevista inicial para validação (ou não) do protocolo proposto. Cabe ressaltar que, dependendo do protocolo a ser construído, é possível a participação multiprofissional (médicos, enfermeiros) para a validação”;
- 7) Como seria, detalhadamente, essa possível participação multiprofissional? (quantos, como/onde/por quem seriam selecionados e acessados, qual instrumento, devolutiva, etc). Se necessário, apresentar um TCLE e um instrumento específicos para esse outro grupo de participantes;

- 8) Detalhar melhor como será desenvolvida a etapa “8. Verificação de conflitos de interesse: devera ser verificado e claramente expresso, se ha ou não”. O que esta equipe de pesquisa entende por conflito de interesse? De que forma será abordada essa existência?
- 9) Detalhar/especificar melhor, considerando o trecho apresentado o protocolo de pesquisa: “Cabe ressaltar que, dependendo do protocolo a ser construído, e possível a participação multiprofissional (médicos, enfermeiros) para a validação”;
- 10) Excluir campo ou reescrevê-lo, pois nesse campo deve-se descrever quais características dos potenciais participantes serão observadas para definir aqueles que NÃO PODERÃO participar do estudo pela possibilidade de enviesarem os resultados, considerando que NÃO devem ser a negativa dos critérios de inclusão;
- 11) Ajustar a data da coleta de dados para iniciar após a aprovação do protocolo pelo CEP-UFFS. Caso a coleta de dados não tenha sido realizada, adequar o cronograma de execução de modo que seja iniciada após a aprovação final do protocolo de pesquisa pelo CEP. Caso a coleta de dados já tenha iniciado, informar o CEP para que proceda à retirada do protocolo de pesquisa na Plataforma Brasil. Em alterando o cronograma de execução, a equipe de pesquisa dará fé que a coleta de dados ainda não tenha sido realizada;
- 12) Informar como se dará a devolutiva dos resultados aos participantes e/ou ao local de coleta de dados (padronizar com a Metodologia proposta, após efetuados os detalhamentos solicitados);
- 13) Colocar os campos data e assinatura do pesquisador responsável e do participante (sem assinatura) na mesma página;
- 14) Não incluir informações de RG e CPF dos participantes.

Por se tratarem de correções consideradas simples, o projeto ficou pendente na modalidade “ad referendum”, quando não há a necessidade de aguardar por uma nova reunião do CEP para aprovação. Todas as correções foram facilmente realizadas com o auxílio do orientador (Apêndice A), sendo reenviado via Plataforma Brasil para nova avaliação no dia 29 de abril de 2020.

O novo parecer da relatoria foi liberado somente no dia 13 de julho de 2020, constando a aprovação final do projeto sob o CAAE 28982719.9.0000.5564. Este longo período entre o primeiro envio ao CEP em dezembro até a aprovação em julho, deveu-se a pandemia da COVID-19 que se iniciou no Brasil em março de 2020, modificando a rotina e os trabalhos de todos os setores, inclusive no próprio campo de prática.

No final de dezembro de 2019 o mundo começava a ouvir falar sobre um novo vírus que atingia a China, o SARSCoV-2. A partir de então, ele começou a se espalhar rapidamente pelo mundo, tendo o primeiro caso positivo em São Paulo no mês de março. Assim, a orientação para o país foi o isolamento social, fechamento de comércios, utilização de máscaras e álcool gel, enfim, vários protocolos foram criados para serem seguidos e evitar a propagação da doença COVID-19.

A partir destas orientações, mudanças também ocorreram no município de atuação da residente, em Marau, que teve seu primeiro caso da doença confirmado no dia 26 de março de 2020. As atividades em grupo, visitas das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e todas as ações que envolvessem aglomerações foram canceladas. Foram mantidos somente os atendimentos de urgência na unidade e todos os pacientes com sintomas respiratórios passaram a ser atendidos em centro de referência montado na própria Secretaria Municipal de Saúde.

Com relação à farmácia, todas as farmacêuticas concursadas do município foram deslocadas para a Farmácia Central (Figura 1), situada junto à Secretaria Municipal de Saúde. Assim, todos os polos onde estas atuavam foram fechados (Figura 2, Figura 3 e Figura 4), com exceção das ESF Santa Rita (Figura 5) e São José Operário (Figura 6). Estas duas passaram a ter seu funcionamento mantido pela parte da manhã em função da presença de residentes. No turno da tarde as residentes de todos os núcleos profissionais faziam revezamento para auxílio na Farmácia Central, uma vez que houve aumento da demanda de atendimentos devido ao fechamento dos polos. Após um período, somente as residentes do núcleo da farmácia permaneceram auxiliando na Central à tarde.

Assim, o local da coleta dos dados, que seria em cada ESF de atuação dos farmacêuticos participantes, passou a ser a Farmácia Central, onde todos atuavam conjuntamente.

**FIGURA 1.** Farmácia Central do município de Marau, RS.



**FIGURA 2.** ESF Planalto do município de Marau, RS.



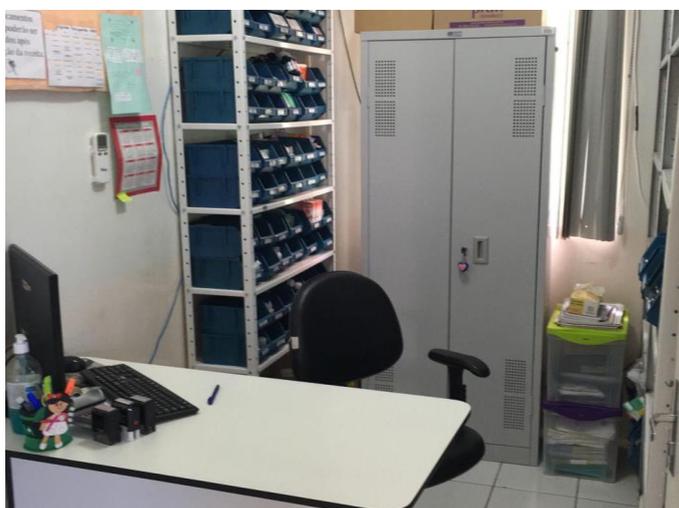
**FIGURA 3.** ESF Centro Social Urbano do município de Marau, RS.



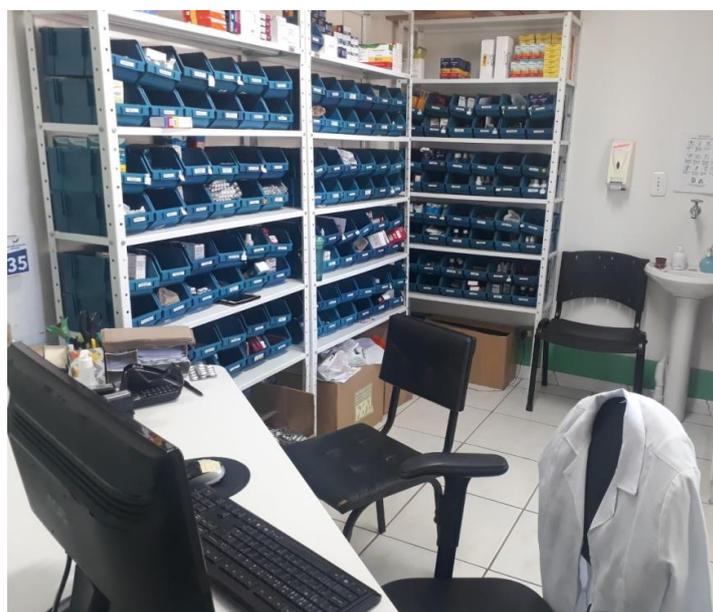
**FIGURA 4.** ESF Progresso/Rural do município de Marau, RS.



**FIGURA 5.** Farmácia da ESF Santa Rita do município de Marau, RS.



**FIGURA 6.** Farmácia da ESF São José Operário do município de Marau, RS.



Após a aprovação do CEP, portanto, os farmacêuticos do município foram convidados a participar da pesquisa, sendo aceita por todos. Conversas e acordos foram realizados para conciliar horários de aplicação do instrumento de coleta sem que os atendimentos aos usuários fossem comprometidos. Devido às férias de uma colaboradora e ao afastamento por um período de um participante da pesquisa por suspeita de COVID-19, a coleta iniciou em 28 de agosto e finalizou em 09 de setembro de 2020.

### **3.2.2 Instrumentos de coleta de dados**

Apesar de no período da coleta de dados ainda estarem vigorando todas as recomendações para a diminuição da transmissão da COVID-19, como o distanciamento social, a aplicação do instrumento de coleta pôde acontecer de maneira presencial, uma vez que a pesquisadora e os participantes encontravam-se com frequência devido ao auxílio da residente/pesquisadora na farmácia, seguindo a proposta do projeto de pesquisa. Este instrumento de coleta de dados é composto por um questionário estruturado para investigar o processo de dispensação no município de Marau, sendo este formato escolhido por ser objetivo e de respostas rápidas, com fácil compreensão pelos participantes.

A aplicação do instrumento foi realizada individualmente por meio de entrevista logo após a assinatura voluntária do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo duração de aproximadamente 25 a 30 minutos para cada participante.

Como 3 participantes atuavam no mesmo setor, encontrando-se diariamente, a entrevista foi realizada em uma mesma data para todos estes, com a finalidade de se evitar vieses ou troca de informações anteriores a aplicação do instrumento. Um participante atuava no mesmo local, porém em setor separado, sendo que para este a entrevista aconteceu em diferente data.

Torna-se importante salientar que durante a leitura do TCLE e esclarecimento sobre objetivos e etapas da pesquisa, também foi explicado para os participantes que as respostas deveriam ser dadas de acordo com a rotina vivenciada no período anterior à pandemia, uma vez que o questionário estruturado foi montado pensando no contexto de os farmacêuticos do município trabalharem em locais distintos, seguindo suas próprias condutas no processo de dispensação, sem ter uma padronização. Como durante a

pandemia 3 profissionais passaram a trabalhar conjuntamente, algumas condutas poderiam ter sido padronizadas involuntariamente neste período.

Todas as entrevistas transcorreram tranquilamente, apresentando pequena dúvida por parte dos participantes em somente uma questão relacionada à contagem do prazo dos receituários de medicamentos de uso contínuo, a qual foi facilmente esclarecida pela pesquisadora com a utilização de exemplos práticos.

### **3.2.3 Perdas e recusas**

Não ocorreram perdas ou recusas durante o estudo. Todos os participantes convidados aceitaram participar da pesquisa e responderam todas as questões do instrumento de coleta aplicado.

Como a pesquisadora e os participantes encontravam-se com frequência devido ao auxílio nos atendimentos da Farmácia Central, o convite para participação foi realizado conjuntamente. Somente um participante não atuava no mesmo local de trabalho por estar atuando na Farmácia do Estado no momento da pandemia, sendo entrado em contato separadamente. Este contato foi facilitado pela Farmácia do Estado ser ao lado da Farmácia Central, sendo de simples deslocamento e facilidade de localização do participante.

Caso houvesse resistência na participação, os motivos da pesquisa e as melhorias provocadas a partir da conclusão do estudo tanto para os usuários quanto para os próprios participantes seriam potencializados. Porém isto não foi necessário, sendo reforçado, inclusive, os pontos positivos e a necessidade da construção de um protocolo para o município por parte dos participantes. A receptividade foi sentida pela pesquisadora, observando que as respostas eram dadas com tranquilidade e que os participantes demonstravam bastante interesse pelo trabalho realizado, verificando a importância e auxílio que o mesmo poderia auxiliar na prática.

Quanto às recusas, caso acontecesse, não haveria substituição, uma vez que o município não possui mais farmacêuticos atuantes no processo de dispensação de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, além dos convidados, excetuando-se os residentes.

### 3.2.4 Preparação e organização do banco de dados

Finalizada a coleta de dados com todos os participantes da pesquisa, foi iniciada a criação do banco de dados em planilhas no Microsoft Excel. Assim, foi possível verificar com clareza as respostas dadas ao questionário estruturado por cada farmacêutico.

Com isso, conseguiu-se observar as semelhanças e diferenças no processo de dispensação de medicamentos do município de Marau, observando as diferentes respostas dadas para determinados indicadores.

A partir desta análise os pontos sensíveis a respeito da dispensação de medicamentos foram identificados ao compará-los entre si e com as normas e recomendações vigentes, para posterior construção do protocolo. Importante observar que alguns indicadores obtiveram respostas idênticas, porém não estando de acordo com o recomendado pelas normas vigentes, podendo ser considerados para padronização.

## 3.3 POTENCIALIDADES E DESAFIOS ENFRENTADOS DURANTE A COLETA DE DADOS

O processo de coleta de dados aconteceu de maneira tranquila como um todo. Isto devido ao número de participantes ser pequeno e possuir facilidade de contato e acesso, uma vez que com a pandemia os encontros com a pesquisadora tornaram-se frequentes na rotina de trabalho.

O instrumento de coleta foi de fácil compreensão pelos participantes e relativamente curto, não sendo necessário um grande espaço de tempo para a sua aplicação, não prejudicando, portanto, os atendimentos aos usuários.

Quanto aos desafios enfrentados, pode-se claramente assegurar que o principal foi com relação ao contexto de pandemia vivenciado concomitantemente à pesquisa. O seu impacto foi refletido desde o encaminhamento para aprovação do CEP até o presente momento. Os atrasos devido a este contexto foram observados nos trabalhos realizados por todas as residentes, sendo que alguns prazos precisaram, inclusive, serem reconsiderados e ampliados pela Residência Multiprofissional.

Espera-se que a partir da coleta a pesquisa transcorra normalmente conforme cronograma apresentado no projeto, sem mais atrasos devido a interferentes. A análise e discussão dos dados dependem da disponibilidade exclusiva da pesquisadora.

### 3.4 RELATO E DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO

A aplicação do questionário estruturado iniciou-se em 28 de agosto de 2020, sendo realizada em uma única etapa e em curto espaço de tempo.

Após a coleta, os dados começaram a ser analisados e os pontos sensíveis no processo de dispensação de medicamentos do município identificados, para posteriormente serem qualificados ou reorientados, através da elaboração da proposta de um protocolo.

O protocolo de dispensação, assim que concretizada a proposta através da identificação e análise das fragilidades encontradas, foi apresentado em reunião previamente agendada entre a pesquisadora e todos os participantes da pesquisa após o horário de trabalho no dia 04 de novembro de 2020. Sugestões e mudanças foram acatas e ajustadas para que o mesmo fosse validado por todos. Percebeu-se que todos estavam bastante envolvidos com a proposta, sendo que a discussão, inclusive, prolongou-se além do esperado, dado o interesse demonstrado e o debate em algumas questões que tiveram respostas divergentes na pesquisa.

Após a inclusão das sugestões e ajustes necessários, o protocolo foi disponibilizado para os participantes.

Caso este protocolo seja devidamente implementado futuramente, os atendimentos prestados nas farmácias municipais se tornarão padronizados, com usuários sendo tratados em condições iguais e com menor exposição de riscos no cuidado. Os farmacêuticos terão, também, respaldo para suas ações.

Assim, acredita-se que, em médio a longo prazo, com a utilização de um protocolo poderá ocorrer economia dos recursos financeiros destinados à compra de medicamentos, além de maior controle nas quantidades dispensadas.

### 3.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E ENCERRAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO

Ao final da construção deste relatório de campo, pode-se observar que como o número de participantes da pesquisa foi consideravelmente pequeno, as coletas foram realizadas facilmente e sem intercorrências, sendo necessário um curto período de tempo.

A intervenção propriamente dita somente acontecerá ao final do estudo, com a devolutiva do protocolo final de dispensação de medicamento para os participantes da

pesquisa e apresentação para gestão municipal. Espera-se que futuramente este seja implantado e traga melhorias para o processo como um todo.

Assim, 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 CEP. As próximas etapas a serem realizadas são: apresentação do protocolo final para a gestão; escrita do artigo científico e defesa do TCR à banca em fevereiro de 2021.

## **APÊNDICE**

**APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE RESPOSTA ÀS PENDÊNCIAS DO  
CEP/UFFS**

**Título do projeto:** CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO PARA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL

**Pesquisador responsável:** Dr Marcelo Soares Fernandes

**CAAE:** 28982719.9.0000.5564

**Data do parecer substanciado:** 30/03/2020

**DESENHO E METODOLOGIA**

**1) Item de pendência:** Informar a natureza do estudo: qualitativo ou quantitativo.

Há algum documento anexado para a pendência

1: ( ) sim, nome: \_\_\_\_\_ (x) não

**Resposta pendência 1:** Alteração realizada no item 1.1.7.1 “Tipo de estudo” e situado na página 13 do projeto, também sendo informado no espaço disponível da Plataforma Brasil.

“Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, exploratória e descritivo, do tipo pesquisa-intervenção.”

**2) Item de pendência:** Informar a relevância e a aplicabilidade dos resultados (justificativa).

Há algum documento anexado para a pendência

1: ( ) sim, nome: \_\_\_\_\_ (x) não

**Resposta pendência 2:** A justificativa consta no projeto no item 1.1.5 “Justificativa” situado na página 7 e foi acrescentada conforme espaço disponível na Plataforma Brasil para ficar adequada a sugestão.

**3) Item de pendência:** Informar onde/como/por quem serão realizadas as coletas dos dados.

Há algum documento anexado para a pendência

1: ( ) sim, nome: \_\_\_\_\_ (x) não

**Resposta pendência 3:** Conforme sugerido, as informações sobre a coletas de dados foram acrescentadas ao projeto no item 1.1.7.4 “Variáveis e instrumentos de coleta de dados” situado na página 14, conforme segue:

“Para a realização da pesquisa e investigação do processo de dispensação, os farmacêuticos do município atuantes na dispensação serão contatados pelos pesquisadores via telefone e convidados a participar deste projeto, tendo seus objetivos e método explicados. Aceitando a participação, será agendada uma visita em seu local de trabalho, que poderá ser na Unidade de Saúde ou na Farmácia Central do município, apresentando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) e, assim que assinado, será aplicado individualmente mediante entrevista pela

pesquisadora um questionário estruturado (APÊNDICE B) para investigar o processo de dispensação.”

**4) Item de pendência:** Informar como será realizada a devolutiva dos resultados aos participantes e ao local de coleta de dados, detalhando se a etapa “11. Propor a implantação proposta será apresentada a gestão de saúde do município através de agendamento” diz respeito à este pré-requisito ético, e se for, trazendo os detalhes.

Há algum documento anexado para a pendência

1: ( ) sim, nome: \_\_\_\_\_ (x) não

**Resposta pendência 4:** A etapa 11 não diz respeito a devolutiva aos participantes da pesquisa (farmacêuticos), mas diz respeito a um objetivo específico do projeto. O objetivo geral é a construção de um protocolo padronizado de medicamentos, e um dos objetivos específicos é propor à gestão municipal a implantação do protocolo desenvolvido. Portanto, a etapa 11, não está dando uma devolutiva aos farmacêuticos participantes da pesquisa e, sim, cumprindo um objetivo específico.

Quanto à devolutiva para os participantes da pesquisa (farmacêuticos), concordamos com o parecerista que faltou explicitar a devolutiva, e esta deve ocorrer após a etapa final do protocolo, ou seja, após a etapa 11. Desta forma, incluímos a etapa 12, para referir sobre a devolutiva para os participantes da pesquisa, após o término desta. Assim, reescrevemos o texto nos espaços disponíveis da plataforma Brasil e no projeto detalhado no item 1.1.7.6 “Etapas para a construção do protocolo”, sendo que está presente na página 17:

“Etapa 11. Propor a implantação: após todas as etapas, o protocolo final criado será apresentado à gestão de saúde do município e, se possível, a outras esferas da gestão municipal. Isto será realizado por meio do agendamento prévio de uma reunião para apresentar o protocolo de dispensação e propor a implantação oficial, pela gestão municipal, através de Portaria ou equivalente.”

“Etapa 12. Devolutiva para os participantes da pesquisa (farmacêuticos): após o término da pesquisa, será agendado, por telefone, uma reunião com os participantes da pesquisa para uma devolutiva sobre o trabalho desenvolvido. Serão apresentados os aspectos teóricos/conceituais, as análises das informações coletadas pelas entrevistas, a descrição de cada etapa do desenvolvimento do protocolo, os resultados, a versão final do protocolo de dispensação e a proposta de implementação enviada à gestão municipal.”

**5) Item de pendência:** Informar quando, onde e como os dados serão arquivados pela equipe de pesquisa e o destino a ser dado a eles posteriormente ao tempo de guarda (5 anos).

Há algum documento anexado para a pendência

1: ( ) sim, nome: \_\_\_\_\_ (x) não

**Resposta pendência 5:** As informações sobre arquivamentos, conforme sugerido, foram acrescentadas ao projeto no item 1.1.7.7 “aspectos éticos” situado nas páginas 17 e 18, conforme segue:

“(…) os dados coletados ficarão sob guarda e responsabilidade dos pesquisadores por 5 anos após o término da pesquisa, sendo garantido o arquivamento destes, em arquivo físico e digital, sendo o físico armazenado pelo pesquisador responsável na

Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) em armário com acesso restrito. Após este período de guarda, os arquivos físicos serão destruídos completamente e os digitais excluídos.”

**6) Item de pendência:** Detalhar melhor como será desenvolvida a etapa “7. Validação pelos profissionais que utilizarão o protocolo (realização de readequações): submissão aos farmacêuticos que participaram da entrevista inicial para validação (ou não) do protocolo proposto. Cabe ressaltar que, dependendo do protocolo a ser construído, é possível a participação multiprofissional (médicos, enfermeiros) para a validação”;

Há algum documento anexado para a pendência

1:  sim, nome: \_\_\_\_\_  não

**Resposta pendência 6:** A etapa 7 foi reescrita conforme solicitado detalhamento e, também, excluída a última parte: “cabe ressaltar que, dependendo do protocolo a ser construído, é possível a participação multiprofissional (médicos, enfermeiros) para a validação”. A seguir, o texto completo inserido ao projeto no item 1.1.7.6 “Etapas para a construção do protocolo”, sendo a alteração situada na página 16. Alteração também foi realizada nos espaços disponíveis da Plataforma Brasil.

“Etapa 7. Validação pelos profissionais que utilizarão o protocolo (realização de readequações): a partir da concretização de uma proposta de protocolo, este deverá ser submetido aos farmacêuticos que participaram da entrevista inicial (primeira etapa, descrita anteriormente) para validação (ou não) do protocolo proposto, através de agendamento prévio de uma reunião entre a pesquisadora e todos os participantes em um mesmo momento. Isto se dará através de uma roda de conversa onde serão debatidos os pontos do protocolo, acatadas as sugestões e realizados eventuais ajustes/adequações para efetiva validação do protocolo.”

**7) Item de pendência:** Como seria, detalhadamente, essa possível participação multiprofissional? (quantos, como/onde/por quem seriam selecionados e acessados, qual instrumento, devolutiva, etc). Se necessário, apresentar um TCLE e um instrumento específicos para esse outro grupo de participantes;

Há algum documento anexado para a pendência

1:  sim, nome: \_\_\_\_\_  não

**Resposta pendência 7:** Após reavaliação do desenvolvimento do protocolo, foi considerado que esta etapa ficará restrita somente aos profissionais farmacêuticos. As ações estarão voltadas às atividades de dispensação farmacêutica, sem necessidade de envolvimento dos demais profissionais. Portanto, esta participação foi retirada do projeto.

**8) Item de pendência:** Detalhar melhor como será desenvolvida a etapa “8. Verificação de conflitos de interesse: deverá ser verificado e claramente expresso, se há ou não”. O que esta equipe de pesquisa entende por conflito de interesse? De que forma será abordada essa existência?

Há algum documento anexado para a pendência

1:  sim, nome: Declaracao\_conflito\_de\_interesse  não

**Resposta pendência 8:** Para esta sugestão, a etapa 8 foi reescrita e acrescentada ao projeto no item 1.1.7.6 “Etapas para a construção do protocolo”, sendo a alteração situada na página 16, conforme segue:

“Etapa 8. Verificação de conflitos de interesse: refere-se a aspectos de cunho comercial, econômico, financeiro, ideológico, religioso e político que podem interferir nos objetivos e resultados da pesquisa. Deverá ser verificado e claramente expresso pelos pesquisadores, através de uma autodeclaração de conflito de interesse (APENDICE C). Será avaliado se os pesquisadores possuem algum tipo de ligação com alguma instituição ou algum interesse que possa prejudicar os resultados, bem como parcialidade para as questões desenvolvidas durante a pesquisa. Será verificado se o protocolo não foi influenciado por fatores externos ou má conduta, como, por exemplo, troca de incentivos em detrimento de padronização de determinadas questões.”

### **CRITÉRIO DE INCLUSÃO (campo da plataforma brasil, e projeto detalhado)**

**9) Item de pendência:** Detalhar/especificar melhor, considerando o trecho apresentado o protocolo de pesquisa: “Cabe ressaltar que, dependendo do protocolo a ser construído, e possível a participação multiprofissional (médicos, enfermeiros) para a validação”;

Há algum documento anexado para a pendência

1: ( ) sim, nome: \_\_\_\_\_ (x) não

**Resposta pendência 9:** Como critério de inclusão continua sendo todos os farmacêuticos atuantes no processo de dispensação de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica do município de Marau. A participação multiprofissional foi retirada do projeto, conforme explicado na questão 7, não sendo incluídos, portanto, nesses critérios.

### **CRITÉRIO DE EXCLUSÃO (campo da plataforma brasil, e projeto detalhado)**

**10) Item de pendência:** Excluir campo ou reescrevê-lo, pois nesse campo deve-se descrever quais características dos potenciais participantes serão observadas para definir aqueles que NÃO PODERÃO participar do estudo pela possibilidade de enviesarem os resultados, considerando que NÃO devem ser a negativa dos critérios de inclusão;

Há algum documento anexado para a pendência

1: ( ) sim, nome: \_\_\_\_\_ (x) não

**Resposta pendência 10:** Campo excluído na Plataforma Brasil, para não ser a negativa dos critérios de inclusão.

### **CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO (campo da plataforma Brasil, e projeto detalhado)**

**11) Item de pendência:** Ajustar a data da coleta de dados para iniciar após a aprovação do protocolo pelo CEP-UFFS. Caso a coleta de dados não tenha sido realizada, adequar o cronograma de execução de modo que seja iniciada após a aprovação final do protocolo de pesquisa pelo CEP. Caso a coleta de dados já tenha iniciado, informar o CEP para que proceda à retirada do protocolo de pesquisa na Plataforma Brasil. Em

alterando o cronograma de execução, a equipe de pesquisa dará fé que a coleta de dados ainda não tenha sido realizada;

Há algum documento anexado para a pendência

1: (x) sim, nome: Cronograma\_corrigido ( ) não

**Resposta pendência 11:** A coleta de dados somente será iniciada após a aprovação pelo CEP-UFFS. O cronograma foi alterado e anexado novamente a Plataforma Brasil, bem como alterado no projeto no item 1.1.9 “Cronograma” situado na página 19.

**TCLE - Termo de consentimento livre e esclarecido (para maiores de 18 anos), e/ou Termo de assentimento (para menores de 18 anos), e/ou Termo de consentimento livre e esclarecido para os pais ou responsáveis:**

**12) Item de pendência:** Informar como se dará a devolutiva dos resultados aos participantes e/ou ao local de coleta de dados (padronizar com a Metodologia proposta, após efetuados os detalhamentos solicitados);

Há algum documento anexado para a pendência

1: (x) sim, nome: TCLE\_corrigido ( ) não

**Resposta pendência 12:** Informações sobre a devolutiva, seguindo a metodologia proposta, foram acrescentadas ao TCLE, sendo este anexado novamente a Plataforma Brasil, bem como alterado no projeto no item “Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” situado na página 25, conforme segue:

“Após o término da pesquisa, será agendado uma reunião, por telefone, com os participantes da pesquisa para uma devolutiva sobre o trabalho desenvolvido. Serão apresentados os aspectos teóricos/conceituais, as análises das informações coletadas pelas entrevistas, a descrição de cada etapa do desenvolvimento do protocolo e, por último, a versão final do protocolo de dispensação apresentada para a gestão do município.”

**13) Item de pendência:** Colocar os campos data e assinatura do pesquisador responsável e do participante (sem assinatura) na mesma página;

Há algum documento anexado para a pendência

1: (x) sim, nome: TCLE\_corrigido ( ) não

**Resposta pendência 13:** Campos colocados na mesma página do TCLE conforme solicitado, sendo este anexado novamente a Plataforma Brasil, bem como alterado no projeto no item “Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” situado na página 25.

**14) Item de pendência:** Não incluir informações de RG e CPF dos participantes.

Há algum documento anexado para a pendência

1: (x) sim, nome: TCLE\_corrigido ( ) não

**Resposta pendência 14:** Informação retiradas do TCLE, sendo este anexado novamente a Plataforma Brasil, bem como alterado no projeto no item “Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” situado na página 25.

## **4 CAPÍTULO IV - ARTIGO CIENTÍFICO**

Neste quarto e último capítulo é apresentado o artigo científico com os resultados finais da pesquisa desenvolvida durante o período de formação da Residência Multiprofissional. Está escrito e formatado conforme as normas da revista selecionada (Revista Ciência e Saúde Coletiva). O protocolo construído na íntegra encontra-se como apêndice nesta seção.

### **4.1 ARTIGO CIENTÍFICO**

#### **CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO PARA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**Mariele Salvi\***

**Carine Müller Mayer\***

**Marcelo Soares Fernandes\***

\*Programa de Residência Multiprofissional em Área da Saúde: área de concentração Atenção Básica, Universidade Federal da Fronteira Sul. Passo Fundo. RS. Brasil.

### **RESUMO**

O presente estudo possui como objetivo conhecer a realidade do processo de dispensação de medicamentos na rede de Atenção Primária à Saúde (APS) de um município do sul do Brasil e, a partir deste diagnóstico, construir um protocolo padronizado para o processo. Trata-se de estudo de abordagem quantitativa, exploratória, do tipo pesquisa-intervenção. A execução do trabalho foi realizada em duas etapas: 1) diagnóstico do processo de dispensação de medicamentos; 2) criação de protocolo de dispensação de medicamentos.

Para a realização do diagnóstico, um questionário estruturado foi aplicado aos farmacêuticos do município, sendo a análise dos indicadores realizada por meio de frequências absolutas (n) para cada questão. A partir disso, os pontos sensíveis a serem melhorados foram identificados, incluindo as semelhanças e diferenças do processo de dispensação realizado entre os farmacêuticos do município. O protocolo foi construído na segunda etapa, sendo visto como importante ferramenta pelos participantes da pesquisa. A existência de uma padronização do processo de dispensação de medicamentos é uma necessidade, sendo recomendados futuros estudos para avaliação do processo de dispensação, antes e após a implementação do protocolo no município.

**Palavras-Chave:** Dispensação. Assistência Farmacêutica. Uso Racional de Medicamentos. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde.

## **ABSTRACT**

The present study aims to understand the reality of the medication dispensing process in the Primary Health Care (PHC) network of a municipality in southern Brazil and, based on this, to build a standardized protocol for it. Quantitative, exploratory, approaches were used in this intervention research. Two stages were performed: 1) diagnosis of the medication dispensing process; 2) and construction of a protocol for dispensing medication. A structured questionnaire was applied with pharmacists in the municipality during the first stage. Analysis of indicators used absolute frequencies (n) for each question. That was followed by the identification of sensitive points to be improved, including the similarities and differences in the dispensing process among pharmacists in the municipal pharmacies. The protocol was built in the second stage, and it was considered an essential tool by the research participants. Standardization of the dispensing process is necessary and future studies are recommended to

evaluate the dispensing process, before and after the implementation of the protocol in the municipality.

**Keywords:** Dispensation. Pharmaceutical Care. Rational Use of Drugs. Primary Health Care. Unified Health System.

## INTRODUÇÃO

De acordo com a Constituição Federal Brasileira de 1988, todos os cidadãos têm direito ao “acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde”<sup>1</sup>. Assim, o Estado é quem deve garantir esses direitos por meio do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>2</sup>.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), dentre as ações e garantia do direito à saúde estão os medicamentos essenciais, que devem satisfazer as necessidades prioritárias de saúde da maioria da população, estando disponíveis regularmente nas formas farmacêuticas e quantidades adequadas, com garantia de qualidade e preços acessíveis<sup>3</sup>.

No Brasil, desde 2004 foi implementada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, tendo papel fundamental nas ações de promoção e melhoria das condições da assistência à saúde da população. Nesta política, a Assistência Farmacêutica é definida como um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da Saúde, possuindo o medicamento como enfoque e visando o amplo acesso e o uso racional. Envolve ainda a pesquisa, o desenvolvimento, a produção, a seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação e garantia da qualidade dos medicamentos e dos serviços, bem como o acompanhamento da utilização<sup>4</sup>.

Dentre as etapas envolvidas na Assistência Farmacêutica, o processo de dispensação ocupa um lugar significativo no cuidado em saúde quando necessária a farmacoterapia<sup>5</sup>. A dispensação pode ser definida, segundo Marin e colaboradores (2003)<sup>6</sup> como “o ato farmacêutico de distribuir um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma prescrição elaborada por um profissional autorizado. Neste ato, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento.” Isto demonstra como o comprometimento do farmacêutico nos serviços torna-se fundamental para o acesso e racionalização do uso de medicamentos, bem como protege os usuários de exposições a riscos, uma vez que assume o papel de profissional da saúde envolvido no cuidado ao paciente<sup>5,7</sup>.

O processo de dispensação na atenção primária requer destaque para que seja adequadamente praticado, uma vez que reduz gastos e promove o acesso e uso racional de medicamentos. Como uma boa parcela dos gastos públicos é destinada aos medicamentos<sup>6</sup>, promover o uso adequado colabora com a contenção de recursos e melhora a qualidade dos tratamentos em saúde<sup>8</sup>.

Em vista disso, torna-se necessário um processo estruturado, planejado e sistematizado, respeitando, principalmente, as particularidades de cada município<sup>9</sup>. O Ministério da Saúde indica, inclusive, um protocolo padronizado, para que exista um fluxo do processo e que este seja conhecido por todos, melhorando a qualidade do atendimento e fazendo com que todos os usuários o recebam igualmente<sup>10,11</sup>, embora perceba-se que esta não é a realidade de muitos municípios brasileiros. A sua ausência pode levar a execução errônea de determinadas atividades, sem garantir maior respaldo aos profissionais responsáveis pelas mesmas<sup>12</sup>.

Ante o exposto, este estudo teve como objetivo conhecer a realidade do processo de dispensação de medicamentos na rede de Atenção Primária à Saúde (APS) de um município

do sul do Brasil através dos farmacêuticos atuantes na rede e, a partir deste diagnóstico, construir um protocolo padronizado para este processo.

## MÉTODOS

O presente estudo de abordagem quantitativa, exploratória, do tipo pesquisa-intervenção, foi realizado em um município localizado ao norte do Estado do Rio Grande do Sul entre março e dezembro de 2020. Este município possui uma população estimada de 44.858 habitantes<sup>13</sup> em uma área de 649,3 km<sup>2</sup>. No último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, a população do município era de 36.364 habitantes, sendo 31.558 (87%) de população urbana e 4.806 (13%) de população rural, com densidade demográfica de 56 habitantes/km<sup>2</sup> e com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) 0,774<sup>14</sup>. Atualmente, abrange 100% da população com Estratégia Saúde da Família, contando com 12 equipes credenciadas junto ao Ministério da Saúde e todos os serviços possuem computadores com acesso a internet e prontuário eletrônico, possibilitando a troca de informações.

Para a produção deste estudo duas etapas foram realizadas no município: 1) *diagnóstico do processo de dispensação de medicamentos*; 2) *criação de protocolo de dispensação de medicamentos*.

O *diagnóstico do processo de dispensação de medicamentos* foi realizado por meio da aplicação de um questionário estruturado para todos os farmacêuticos atuantes no processo de dispensação de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica do município. Este instrumento conteve questões sociodemográficas e questões abertas e fechadas norteadas pelas legislações vigentes e pesquisas de Sartor e Freitas (2014)<sup>5</sup> e Santos e colaboradores (2019)<sup>15</sup>, com o objetivo de descrever o processo. Para as questões fechadas

foram considerados: existência de Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT); origem das prescrições e avaliação de seus critérios, bem como validade definida; contato com prescritor ao perceber uma ilegalidade; identificação do usuário; conferência de aspectos qualitativos e quantitativos de medicamentos; orientação no fornecimento; quantidade de comprimidos entregue por tratamento; registro de saída de medicamentos existentes ou faltosos; cumprimento da Portaria nº 344/98<sup>16</sup> (medicamentos sujeitos a controle especial) e RDC (Resolução da Diretoria Colegiada) 20/11<sup>17</sup> (antimicrobianos). As questões abertas foram em relação ao conhecimento sobre o conceito de dispensação e definição de padronizações já utilizadas.

A análise dos indicadores obtidos pela aplicação do questionário foi realizada por meio de frequências absolutas (n) para cada questão, identificando semelhanças e diferenças do processo de dispensação na rede do município como um todo. Os indicadores obtidos foram confrontados com as normas e recomendações vigentes em relação às práticas de dispensação, bem como, pela literatura científica sobre a temática. A partir disso, os pontos sensíveis a serem melhorados foram identificados e partiu-se para a segunda etapa.

A segunda etapa deste trabalho consistiu na *criação de protocolo de dispensação de medicamentos* e teve como objetivos a padronização e orientações para a melhoria do serviço. Para sua produção, baseou-se em protocolos já existentes<sup>12,18</sup> e primeiramente foi necessária uma atualização/revisão da literatura para embasá-lo. Após essa revisão, realizou-se uma proposição de procedimentos envolvendo o processo de dispensação como um todo seguindo as legislações vigentes e os pontos observados como sensíveis no diagnóstico. Um fluxograma também foi desenvolvido para facilitar e auxiliar o entendimento do processo.

A proposta inicial do instrumento foi construída e apresentada aos profissionais que responderam ao questionário para aprovação ou readequação. Esta atividade foi realizada através de uma roda de conversa agendada, debatendo cada ponto do protocolo, acatando as

sugestões feitas pelos participantes em forma de consenso e realizando as adequações necessárias para a completa aprovação.

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul e aprovado sob o protocolo n. 4.150.370. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, consentindo a participação no estudo e seus nomes não são divulgados e identificados nos resultados desta pesquisa, sendo numerados aleatoriamente (P1, P2, P3 e P4).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Diagnóstico do processo de dispensação de medicamentos**

Para a realização do diagnóstico do processo de dispensação de medicamentos, participaram um total de quatro farmacêuticos, resultando, portanto, em quatro questionários respondidos.

Todos os entrevistados foram do sexo feminino, com idades entre 27 e 34 anos e atuação na rede de APS do município de no mínimo quatro anos e no máximo quatro anos e nove meses. Com relação a pós-graduação, três participantes possuíam especialização e todos graduaram-se em universidades privadas localizadas em regiões geográficas distintas do estado do Rio Grande do Sul.

Estes dados corroboram com o perfil sociodemográfico dos farmacêuticos atuantes na atenção básica de outros estudos brasileiros, sendo predominante: sexo feminino, faixa etária em torno dos 30 anos e com pós-graduação<sup>19,20</sup>.

Quanto ao questionário estruturado, no quadro 1 são apresentadas as questões com respostas distintas dadas pelos participantes. As demais questões foram respondidas

igualmente, onde todos demonstraram possuir as mesmas ações e conhecimento sobre os assuntos abordados.

**QUADRO 1.** Diferenças observadas no processo de dispensação de medicamentos de um município do sul do Brasil, 2020.

<b>Indicador</b>	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>	<b>P4</b>
Ao receber quem frequenta a farmácia, com que frequência busca-se identificar o usuário do medicamento?	Na maioria das vezes	Às vezes	Na maioria das vezes	Na maioria das vezes
Na falta de algum critério de prescrição, o medicamento é dispensado?	Não	Sim	Sim	Não
Ao perceber uma inconformidade legal ou técnica na prescrição, qual providência é tomada?	Contato com o prescritor e retorno da prescrição com orientações para o prescritor.	Contato com o prescritor e retorno da prescrição com orientações para o prescritor.	Contato com o prescritor e retorno da prescrição com orientações para o prescritor.	Contato telefônico com o prescritor.
A partir da data de emissão da prescrição, existe um prazo de validade para a dispensação de medicamentos não controlados (não pertencentes à Portaria 344/98) que não são de uso contínuo (analgésicos, anti-inflamatórios, antipiréticos)?	Não	Não	Não	Sim (definição própria)
Se sim para resposta anterior, qual a validade?	-	-	-	30 dias
Como é contado o prazo de validade para receitas de medicamentos não controlados (não pertencentes à Portaria 344/98) de uso contínuo?	Mês seguinte à emissão	Mês seguinte à emissão	Mês seguinte à emissão	A partir do mês de emissão
Ao receber a prescrição de medicamentos não controlados tendo sido prescrito “uma caixa” e sem especificação de duração do tratamento, quantos comprimidos são entregues?				
- Butilbrometo de escopolamina 10 mg + dipirona 250 mg:	20	20	20	10
- Ibuprofeno 300 mg:	20	30	20	10
- Hidróxido de alumínio + hidróxido de magnésio + simeticona:	20	20	20	30

P1 – participante 1; P2 – Participante 2; P3 – participante 3; P4 – participante 4.

O primeiro indicador apontado no quadro 1 refere-se a identificação do usuário ao recebê-lo na farmácia. Embora esta identificação aconteça na maioria das vezes para mais da metade dos participantes, o preconizado é que ocorra em todos os atendimentos. Esta informação é fundamental para que sejam repassadas as devidas orientações sobre os

medicamentos da prescrição, podendo inclusive ser identificados possíveis problemas pela indicação e posologia (idade, peso, doenças) do medicamento<sup>21</sup>.

Assim, a prescrição, que no município em estudo é uma exigência para a dispensação, necessita ser avaliada. Neste processo de análise da prescrição, é verificada a legalidade da receita, se está completa (identificação do usuário, do medicamento, concentração, dosagem, forma farmacêutica, quantidade, local e data de emissão, assinatura e identificação do prescritor com número de registro no conselho profissional e notificação de prescrição adequada), a legibilidade e ausência de rasuras<sup>22,23</sup>.

Ainda, percebendo-se uma inconformidade legal ou técnica na prescrição, deve ser realizado o contato com o prescritor para troca de informações ou retirada de dúvidas<sup>22</sup>. Quando isto ocorre, o farmacêutico pode não atender à prescrição na ausência ou negativa de confirmação<sup>23</sup>.

Este estudo demonstrou que embora seja realizado de maneira distinta pelos participantes, o contato com o prescritor é uma constante. Segundo Zanella e colaboradores<sup>19</sup>, as relações cooperativas entre farmacêuticos e médicos facilitam a prática nas farmácias e as duas partes precisam estar cientes das respectivas responsabilidades profissionais para o sucesso destas relações.

A análise das prescrições contribui de maneira muito positiva para o uso racional de medicamentos e também auxilia como um indicador em relação ao desenvolvimento do planejamento e controle de estoque, sendo que o número de prescrições de determinado medicamento ou esquema terapêutico pode auxiliar no processo de programação para compra seguinte, evitando perdas<sup>24</sup>.

No questionário, também foi identificado que algumas questões que tiveram as mesmas respostas por todos os participantes, demonstram uma realidade que não segue as legislações ou recomendações vigentes, as quais podem ser visualizadas no quadro 2.

**QUADRO 2.** Realidade que não está de acordo com as legislações ou recomendações vigentes no processo de dispensação de um município do sul do Brasil, 2020.

<b>Indicador</b>	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>	<b>P4</b>
No município há presença de Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)?	Não	Não	Não	Não
As prescrições aceitas para a dispensação no município são somente as provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS)?	Não	Não	Não	Não
No município, todas as prescrições são realizadas pela Denominação Comum Brasileira (DCB)?	Não	Não	Não	Não
É realizado algum registro do número de pacientes que não acessam o medicamento por estar em falta no momento da dispensação?	Não	Não	Não	Não
Existe no município algum protocolo de dispensação de medicamentos?	Não	Não	Não	Não

P1 – participante 1; P2 – Participante 2; P3 – participante 3; P4 – participante 4.

Extraí-se do questionário respondido que, apesar de recomendada a instituição de uma CFT, o município não a possui, tendência esta visualizada principalmente nos municípios de pequeno porte, pois alguns fatores como dificuldades de recursos humanos, financeiros e falta de estrutura física adequada podem tornar-se obstáculos para a sua instalação<sup>25,26,27,28,29</sup>. A não existência de uma CFT prejudica a construção das Relações Municipais de Medicamentos Essenciais, afetando, assim, todas as etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica, o que gera um aumento de custos que poderia ser evitado<sup>30</sup>.

Quanto à aceitação das prescrições, segundo Decreto Federal nº 7.508/2011<sup>31</sup>, o medicamento deve ser prescrito por profissional de saúde no exercício regular de suas funções no SUS. O município em estudo atende tanto as provenientes do SUS como particulares.

Isto talvez contribua para que as prescrições não sejam realizadas somente pela Denominação Comum Brasileira (DCB), conforme preconiza a Lei nº 9.787/99<sup>32</sup> para o âmbito do SUS, uma vez que os profissionais de rede privada possuem a liberdade de utilização do nome comercial.

Observou-se também que não há efetivação de registro de medicamentos em falta no município, ou seja, conhecimento da demanda reprimida. Um estudo feito no estado da Paraíba demonstrou esta mesma realidade em 34,5% dos municípios participantes<sup>33</sup>. Este comportamento pode ocasionar falta de medicamentos para a população, prejudicando a adesão ao tratamento e conseqüentemente a resolutividade terapêutica.

Por fim, na realização do diagnóstico foi verificado que o município não possui um protocolo de dispensação de medicamentos, apesar de todos os participantes desta pesquisa apontarem como importante a sua existência no questionário.

### **Criação de protocolo de dispensação de medicamentos**

A proposta inicial do protocolo de dispensação de medicamentos foi construída a partir dos resultados encontrados na etapa 1. Após revisão da literatura, foram incluídos no protocolo todos os indicadores apresentados nos quadros 1 e 2, sendo que neste último a presença de CFT, a aceitação de receituário não restrito ao SUS e prescrições pela DCB foram excluídas, uma vez que não há governabilidade para tais mudanças nesta pesquisa, sendo necessária uma comissão no município para estas definições.

A construção do protocolo incluiu todos os procedimentos principais que necessitam serem seguidos para o processo de dispensação, esses verificados no questionário aplicado aos participantes. Delineou-se o protocolo da seguinte forma: introdução, referencial teórico, responsabilidade de utilização, procedimentos a serem realizados quanto a avaliação da prescrição e dispensação, periodicidade de avaliações e atualizações, referências utilizadas para a construção e apêndice (fluxograma).

Na apresentação aos participantes para validação e aprovação do instrumento proposto, as inconformidades encontradas no diagnóstico foram discutidas e definida uma padronização, que pode ser verificada no quadro 3.

**QUADRO 3.** Padronização definida para o processo de dispensação de medicamentos em um município do sul do Brasil, 2020.

<b>Indicador</b>	<b>Padronização definida</b>
1. Ao receber quem frequenta a farmácia, com que frequência busca-se identificar o usuário do medicamento?	Sempre
2. Na falta de algum critério de prescrição, o medicamento é dispensado?	Não
3. Ao perceber uma inconformidade legal ou técnica na prescrição, qual providência é tomada?	Contato com o prescritor e/ou retorno da prescrição com orientações para o prescritor.
4. A partir da data de emissão da prescrição, existe um prazo de validade para a dispensação de medicamentos não controlados (não pertencentes à Portaria 344/98) que não são de uso contínuo (analgésicos, anti-inflamatórios, antipiréticos)?	Sim
Qual a validade?	30 dias
5. Como é contado o prazo de validade para receitas de medicamentos não controlados (não pertencentes à Portaria 344/98) de uso contínuo?	Mês seguinte à emissão
6. Ao receber a prescrição de medicamentos não controlados tendo sido prescrito “uma caixa” e sem especificação de duração do tratamento, quantos comprimidos são entregues?	20 comprimidos
7. É realizado algum registro do número de pacientes que não acessam o medicamento por estar em falta no momento da dispensação?	Sim

Para a definição destes padrões, onde há legislação que oriente as ações, estas foram seguidas, como verificado nos indicadores 1, 2 e 3 do quadro 3, já discutidos anteriormente. Porém, para os pontos que cada município possui autonomia de decisão, a padronização foi determinada no momento da reunião com os participantes.

Nesta perspectiva, como apenas um participante havia estabelecido uma data de validade para receituários de analgésicos, anti-inflamatórios e antipiréticos, sendo esta de 30 dias a partir da data de emissão (quadro 1), este prazo foi aceito por todos e mantido como novo padrão a ser utilizado para a elaboração do protocolo.

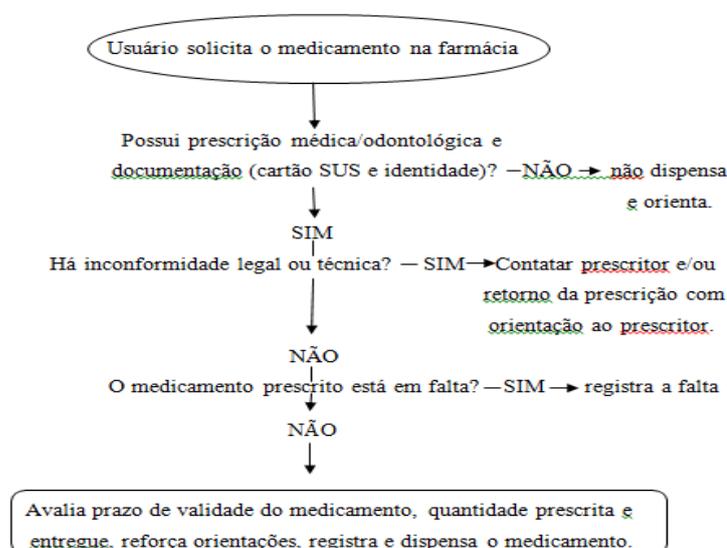
Mesma situação se concretizou para a quantidade de comprimidos a ser dispensada quando a prescrição determina “uma caixa”, sem especificar o tempo de tratamento. Para os medicamentos pesquisados no diagnóstico, a maioria das respostas dadas pelos participantes foi de 20 comprimidos e, após consenso de todos, este foi o número definido.

No que se refere a contagem do prazo de validade para medicamentos para patologias crônicas, a maioria dos participantes afirmou realizá-la a partir do mês seguinte à emissão. Por gerar discussão entre os participantes para a definição deste indicador, contato telefônico com o respectivo Conselho da classe foi realizado em busca de orientação. Como retorno, foi tomada como base a Portaria SES/RS n°208/2020<sup>34</sup> para exemplificação, e a partir disso, mantido, por consenso, o prazo já utilizado pela maioria.

Também foram adicionadas ao protocolo as sugestões propostas pelos participantes. Assim, incluiu-se: responsabilidade da utilização do protocolo estabelecido por farmacêuticos e auxiliares de farmácia; definição da quantidade referente a “uma caixa” do analgésico “paracetamol + codeína” (medicamento da Portaria n° 344/98) como 12 comprimidos, tendo como referência caixas vendidas comercialmente; e validade e legislações em vigor no contexto de pandemia vivenciado no ano de 2020 pela COVID-19.

Após a finalização do protocolo, um fluxograma (figura 1) foi desenvolvido demonstrando os principais passos/orientações para a execução dos procedimentos realizados no processo de dispensação, o que facilita a visualização das ações.

**FIGURA 1.** Fluxograma desenvolvido para o protocolo de dispensação de medicamentos em um município do sul do Brasil, 2020.



Os protocolos são considerados importantes instrumentos que tem como foco a padronização de condutas e estão baseados, em sua maioria, em evidências científicas, sendo considerados fundamentais para o processo de planejamento, implementação e avaliação de ações. Assim, podem ser considerados elementos importantes para a obtenção de qualidade dos serviços de saúde<sup>12</sup>.

A utilização de protocolos para a dispensação de medicamentos é uma das estratégias que tem contribuído para o uso racional de medicamentos. Isto pode ser verificado em pesquisa sobre a Assistência Farmacêutica a nível nacional de Barros e colaboradores (2017)<sup>35</sup>, onde se evidenciou que o acesso total aos medicamentos na atenção primária à saúde brasileira tem maior prevalência quando há existência de protocolos na dispensação, assim como de um processo informatizado para a gestão da Assistência Farmacêutica.

Uma dispensação inadequada acaba refletindo em torno de todo o ciclo de Assistência Farmacêutica, gerando gastos desnecessários e interferindo no uso racional de medicamentos, disponibilidade e acesso, prejudicando o direito de todo cidadão.

Nesta pesquisa, considera-se como limitação do estudo a escassez de estudos relacionados a esta temática, carecendo de maiores parâmetros para a comparação de resultados. Salienta-se também que a ausência de uma CFT no município impossibilitou que alguns pontos importantes fossem definidos e incluídos no protocolo final, como por exemplo, a aceitação de receituário não restrito ao SUS e as prescrições não serem realizadas pela DCB.

## **CONCLUSÕES**

O diagnóstico do processo de dispensação de medicamentos expôs as inconformidades do município em relação às ações praticadas pelos farmacêuticos, demonstrando a

necessidade da existência de uma padronização. Espera-se que o presente estudo possa contribuir para a qualificação da dispensação no município e que auxilie na tomada de decisões através da institucionalização do protocolo aqui inicialmente proposto.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
2. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 20 set 1990.
3. Organización Mundial de la Salud. Perspectivas Políticas sobre Medicamentos de la OMS – 4. Selección de Medicamentos Esenciales. Ginebra, 2002 [acesso em 21 set 2020]. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h3006s/h3006s.pdf>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União 20 mai 2004.
5. Sartor VB, Freitas SFT. Modelo para avaliação do serviço de dispensação de medicamentos na atenção básica à saúde. *Rev Saude Publica* 2014; 48(5): 827-36.

6. Marin N, Luiza VL, Osorio-de-Castro CGS, Machado-dos-Santos S. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.
7. Melo DO, Castro LLC. A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. *Ciênc Saúde Coletiva* 2017; 22(1).
8. Monteiro ER, Lacerda JT. Promoção do uso racional de medicamentos: uma proposta de modelo avaliativo da gestão municipal. *Saúde Debate* 2016; 40(111): 101-116.
9. Universidade Federal de Santa Catarina. Gestão da Assistência Farmacêutica: Módulo 4 - Serviços Farmacêuticos. Florianópolis: UFSC, 2011.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos estratégicos. Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
11. Leite SN, Farias MR, Manzini F, Mendes SJ, Rover MRM. Gestão da Assistência Farmacêutica: proposta para avaliação no contexto municipal: a experiência em Santa Catarina. Florianópolis: editora UFSC, 2015.
12. Werneck MAF, Faria HP, Campos KFC. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Conheça cidades e estados do Brasil. Dados do censo. 2020.

14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Conheça cidades e estados do Brasil. Dados do censo. 2010.

15. Santos SC, Rocha KSS, Boaventura TC, Jesus EMS, Silvestre CC, Sodré-Alves BMC, Lyra DP. Development and content validation of an instrument to document the dispensing of prescribed medicines. *J Clin Pharm Ther* 2019; 44(3): 430-39.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n  344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Diário Oficial da União 13 mai 1998.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC n  20, de 05 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos   base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescri o, isoladas ou em associa o. Diário Oficial da União 06 mai 2011.

18. Pimenta CAM, Lopes CT, Amorim AF, Nishi FA, Shimoda GT, Jensen R. Guia para constru o de protocolos assistenciais de enfermagem. São Paulo: COREN-SP, 2015.

19. Zanella CG, Aguiar PM, Storpirtis S. Atua o do farmacêutico na dispensa o de medicamentos em Centros de Aten o Psicossocial Adulto no município de São Paulo, SP, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2015; 20(2): 325-32.

20. Costa EA, Araújo OS, Penaforte TR, Barreto JL, Junior AAG, Acurcio FA, Guibu IA, Alvares J, Costa KS, Karnikowski MGO, Soeiro OM, Leite SN. Concepções de assistência farmacêutica na atenção primária à saúde, Brasil. *Rev Saude Publica* 2017; 51(2).
21. Galato D, Alano GM, Trauthman SC, Vieira AC. A dispensação de medicamentos: uma reflexão sobre o processo para prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia. *Rev Bras Cienc Farm* 2008; 44(3).
22. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC 44, de 18 de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. Diário Oficial da União 19 ago 2009a.
23. Conselho Federal de Farmácia. A Assistência Farmacêutica no SUS. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2010.
24. Barros DSL, Silva DLM, Leite SN. Serviços Farmacêuticos Clínicos na Atenção Primária à Saúde do Brasil. *Trab Educ Saúde* 2020; 18(1).
25. Dal Pizzol TS, Trevisol DJ, Heineck I, Flores L M, Camargo AL, Koenig A, Torres ILS, Kadri MCT, Monreal MTFD, Melo AMMF, Ferreira MBC. Adesão a listas de medicamentos essenciais em municípios de três estados brasileiros. *Cad Saúde Pública* 2010; 26(4): 827-36.

26. Weber D, Bueno CS, Steiger LL, Oliveira KR. Seleção de medicamentos: uma visão do processo em quatro municípios do Rio Grande do Sul. *Rev Bras Farm* 2010; 91(3): 141-8.
27. Assunção IA, Santos K, Blatt CR. Relação municipal de medicamentos essenciais: semelhanças e diferenças. *Rev Cien Farm Bas e Apli* 2013; 34(3): 431-39.
28. Santana RS, Jesus SEM, Santos DG, Lyra Junior DPL, Leite SN, Silva WB. Indicadores da seleção de medicamentos em sistemas de saúde: uma revisão integrativa. *Rev Panam Salud Pública* 2014; 35(3): 228-34.
29. Souza GS, Costa EA, Barros FD, Pereira MT, Barreto JL, Junior AAG, Acurcio FA, Guibu IA, Álvares J, Costa KS, Karnikowski MGO, Soeiro OM, Leite SN. Caracterização da institucionalização da assistência farmacêutica na atenção básica no Brasil. *Rev Saude Publica* 2017; 51(2).
30. Santana, RS. Seleção de medicamentos: indicadores, estratégias de implantação e contribuições para o Sistema Único de Saúde. 2013. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas) - Universidade Federal de Sergipe, Sergipe, 2013.
31. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União 29 jun 2011.

32. Brasil. Lei nº 9787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Diário Oficial da União 11 fev 1999.

33. Bruns SF, Luiza VL, Oliveira EA. Gestão da assistência farmacêutica em municípios do estado da Paraíba (PB): olhando a aplicação de recursos públicos. *Rev Adm Pública* 2014; 48(3): 745-65.

34. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. Portaria nº 208, de 19 de março de 2020. Excepciona o prazo de aceitação das prescrições de medicamentos de uso contínuo no âmbito do SUS no Estado do Rio Grande do Sul durante o período de emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Diário Oficial do Estado 20 mar 2020.

35. Barros RD, Costa EA, Santos DB, Souza GS, Alvarez J, Junior AAG, Acurcio FA, Guibu, IA, Costa KS, Karnikowski MGO, Soeiro OM, Leite SN. Acesso a medicamentos: relações com a institucionalização da assistência farmacêutica. *Rev Saude Publica* 2017; 51: 1s-11s.

## 4.2 NORMAS DA REVISTA SELECIONADA

A revista selecionada para futura publicação foi a Revista Ciência e Saúde Coletiva – ISSN: 1678-4561, cujas normas são descritas a seguir:

### **Recomendações para a submissão de artigos**

#### **Notas sobre a Política Editorial**

A Revista Ciência & Saúde Coletiva reafirma sua missão de **veicular artigos originais, que tragam novidade e proporcionem avanço no conhecimento da área de saúde coletiva**. Qualquer texto que caiba nesse escopo é e será sempre bem-vindo, dentro dos critérios descritos a seguir:

1. O artigo não deve tratar apenas de questões de interesse local ou situar-se somente no plano descritivo.
2. Na sua introdução, o autor precisa deixar claro o caráter inédito da contribuição que seu artigo traz. Também é altamente recomendado que, na carta ao editor, o autor explicita, de forma detalhada, porque seu artigo constitui uma novidade e em que ele contribui para o avanço do conhecimento.
3. As discussões dos dados devem apresentar uma análise que, ao mesmo tempo, valorize especificidade dos achados de pesquisa ou da revisão, e coloque esses achados em diálogo com a literatura nacional e internacional.
4. O artigo qualitativo precisa apresentar, de forma explícita, análises e interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica que promova diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva. Exige-se também que o texto valorize o conhecimento nacional e internacional.
5. Quanto aos artigos de cunho quantitativo, a revista prioriza os de base populacional e provenientes de amostragem aleatória. Não se encaixam na linha editorial: os que apresentam amostras de conveniência, pequenas ou apenas descritivas; ou análises sem fundamento teórico e discussões e interpretações superficiais.
6. As revisões não devem apenas sumarizar o atual estado da arte, mas precisam interpretar as evidências disponíveis e produzir uma síntese que contribua para o avanço do conhecimento. Assim, a nossa orientação é publicar somente revisões de alta relevância, abrangência, originalidade e consistência teórica e metodológica, que de fato tragam novos conhecimentos ao campo da Saúde Coletiva.

Nota importante - Dado o exponencial aumento da demanda à Revista (que em 2020 ultrapassou 4.000 originais), todos os artigos passam por uma triagem inicial, realizada pelos editores-chefes. Sua decisão sobre o aceite ou não é baseada nas prioridades citadas e no mérito do manuscrito quanto à originalidade, pertinência da análise estatística ou qualitativa, adequação dos métodos e riqueza interpretativa da discussão. Levando em conta tais critérios, apenas uma pequena proporção dos originais, atualmente, é encaminhada para revisores e recebe parecer detalhado.

A revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na Rev Port Clin Geral 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, [www.icmje.org](http://www.icmje.org) ou [www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf](http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf). Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

#### Seções da publicação

**Editorial:** de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

**Artigos Temáticos:** devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

**Artigos de Temas Livres:** devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

**Artigos de Revisão:** Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

**Opinião:** texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

**Resenhas:** análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro.

As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

**Cartas:** com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte

### **Apresentação de manuscritos**

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/keywords. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

10. Passa a ser obrigatória a inclusão do ID ORCID no momento da submissão do artigo. Para criar um ID ORCID acesse: <http://orcid.org/content/initiative10>. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é obrigatório que apenas um autor tenha o registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID), mas quando o artigo for aprovado e para ser publicado no SciELO, todos os autores deverão ter o registro no ORCID. Portanto, aos autores que não o têm ainda, é recomendado que façam o registro e o validem no ScholarOne. Para se registrar no ORCID entre no site (<https://orcid.org/>) e para validar o ORCID no ScholarOne, acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/cscsciELO>), e depois, na página de Log In, clique no botão Log In With ORCID iD.

## **Autoria**

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

## **Nomenclaturas**

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

## **Ilustrações e Escalas**

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada), salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editoreschefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).
5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos

gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

### **Agradecimentos**

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

### **Financiamento**

RC&SC atende Portaria N0 206 do ano de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre obrigatoriedade de citação da CAPES para os trabalhos produzidos ou publicados, em qualquer mídia, que decorram de atividades financiadas, integral ou parcialmente, pela CAPES. Esses trabalhos científicos devem identificar a fonte de financiamento através da utilização do código 001 para todos os financiamentos recebidos.

## Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al. 2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo: ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 (p.38). ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...” As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.
3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos ([http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)).
4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências :

### Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores sem utilizar a expressão et al.) Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. Cien Saude Colet 2005; 10(2):275-286.  
Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, OliveiraFilho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. Cien Saude Colet 2005; 10(2):483-491.
2. Instituição como autor The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996; 164(5):282-284.
3. Sem indicação de autoria Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J 1994; 84(2):15.
4. Número com suplemento Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. Cad Saude Publica 1993; 9(Supl.1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. Lancet 1996; 347(9011):1337.

Os artigos serão avaliados **através da Revisão de pares** por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.

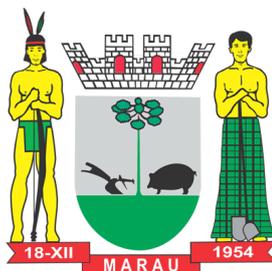
---

Ciência & Saúde Coletiva

ISSN 1413-8123 *versão impressa*  
ISSN 1678-4561 *versão online*

## **APÊNDICE**

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



**PROTOCOLO PARA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA REDE DE**  
**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

MARAU, 2020.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	2
2 REVISÃO DA LITERATURA .....	2
3 RESPONSABILIDADE .....	3
4 PROCEDIMENTOS .....	4
4.1 Prescrição .....	4
4.2 Dispensação .....	4
4.3 Dispensação de medicamentos para patologias agudas .....	5
4.4 Dispensação de medicamentos para patologias crônicas .....	5
4.5 Dispensação de medicamentos pertencentes a Portaria 344/98 .....	6
4.6 Dispensação de medicamentos antimicrobianos pertencentes a RDC N° 20/ 2011 .....	6
4.7 DCB (Denominação Comum Brasileira) .....	7
4.8 Registro de falta .....	7
5 REVISÕES E ATUALIZAÇÕES .....	7
6 REFERÊNCIAS .....	7
FLUXOGRAMA .....	9

## 1 INTRODUÇÃO

O protocolo aqui apresentado foi elaborado com o intuito de padronizar o processo de dispensação de medicamentos nas farmácias da rede de Atenção Primária à Saúde do município de Marau/RS.

Este documento deve continuar sendo escrito e reescrito para aprimorar o processo e ajustar a padronização, permitindo que todo o município se beneficie desse trabalho.

Os medicamentos são os recursos terapêuticos mais utilizados pela sociedade e desde a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS) são considerados como insumos prioritários para alcançar o nível máximo de direito a saúde (WHO, 2011). Portanto, o objetivo deste protocolo é a melhora dos serviços prestados quanto ao processo de dispensação destes insumos, tornando o atendimento igualitário para todos os usuários.

Este protocolo foi construído a partir da elaboração de um diagnóstico do processo de dispensação de medicamentos na rede de Atenção Primária à Saúde do município, fruto de um Trabalho de Conclusão de Residência do Programa de Residência Multiprofissional em Área da Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

A Assistência Farmacêutica engloba um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, possuindo o medicamento como enfoque (BRASIL, 2004).

Assim, o comprometimento do farmacêutico nos serviços torna-se fundamental para o acesso e racionalização do uso de medicamentos, assim como protege os usuários de exposições a riscos (SARTOR, FREITAS, 2014; MELO, CASTRO, 2017). Na atenção primária à saúde, a etapa em que este profissional atende um grande número de pessoas e possui maior visibilidade se dá no processo de dispensação, uma vez que pode causar impacto para toda a sociedade (ANGONESI, RENNÓ, 2011).

Considerando-se que a qualidade do uso de medicamentos está diretamente relacionada à qualidade dos serviços e que a dispensação ocupa um lugar significativo no cuidado em saúde quando necessária a farmacoterapia (SARTOR, FREITAS, 2014),

acredita-se que o processo de dispensação na atenção primária requeira destaque para que seja adequadamente praticado, com redução de gastos desnecessários, promoção de acesso e uso racional de medicamentos.

Para o suporte do desenvolvimento deste protocolo, adotam-se as seguintes definições:

- a) Assistência Farmacêutica: conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial, visando o acesso e o seu uso racional, envolvendo aquelas referentes à atenção farmacêutica;
- b) Medicamento: produto farmacêutico tecnicamente obtido ou elaborado com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnósticos;
- c) Prescrição: ato de indicar o medicamento a ser utilizado pelo paciente, de acordo com proposta de tratamento farmacoterapêutico, que é privativo de profissional habilitado e se traduz pela emissão de uma receita;
- d) Dispensação: o ato farmacêutico de distribuir um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma prescrição elaborada por um profissional autorizado. Neste ato, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento;
- e) Denominação Comum Brasileira (DCB): denominação do fármaco ou princípio farmacologicamente ativo aprovada pelo órgão federal responsável pela vigilância sanitária.
- f) Uso Racional de Medicamentos: processo que compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas; e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade.

### 3 RESPONSABILIDADE

Profissionais que realizam a dispensação no município (farmacêuticos e auxiliar de farmácia).

## 4 PROCEDIMENTOS

### 4.1 Prescrição

A prescrição é exigida para qualquer dispensação. É um documento pessoal, não podendo ser alterada ou com emendas, devendo seguir os seguintes critérios para que a dispensação seja realizada:

- a) Legibilidade e ausência de rasuras;
- b) Identificação do usuário;
- c) Identificação do medicamento, concentração, dosagem, forma farmacêutica e quantidade;
- d) Modo de usar ou posologia;
- e) Duração do tratamento;
- f) Local e data da emissão;
- g) Assinatura e identificação do prescritor (médico ou dentista) com número de registro no respectivo conselho profissional;
- h) Notificação de prescrição adequada.

As prescrições particulares poderão ser atendidas desde que atendam aos critérios listados acima.

Ao perceber uma inconformidade legal ou técnica na prescrição, deverá ser realizado contato com o prescritor e/ou retorno da prescrição com orientações para o prescritor, podendo o farmacêutico não atender à prescrição na ausência ou negativa de confirmação.

Deve ser identificado quem apresenta a prescrição (próprio usuário, cuidador, familiar), para assim obter informações e realizar as orientações farmacêuticas necessárias, garantindo o uso racional de medicamentos.

### 4.2 Dispensação

A dispensação de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica será realizada pela Farmácia Básica Central e pelas Estratégias de Saúde da Família (ESF) que possuem farmácia no município.

Para a dispensação, além da apresentação da prescrição, será exigido o cartão SUS e documento de identificação.

Antes da realização de entrega dos medicamentos, o prazo de validade dos mesmos e a quantidade prescrita e entregue deverão ser avaliadas, bem como reforçadas as orientações farmacêuticas e realizado registro em sistema.

#### 4.3 Dispensação de medicamentos para patologias agudas

As prescrições de medicamentos usados em patologias agudas (analgésicos, antipiréticos e anti-inflamatórios) terão validade de 30 dias, a partir da data de emissão.

Para estes, quando não identificada a duração do tratamento ou quando identificado “se necessário”, “se dor” ou “se febre” com descrição de “uma caixa”, será dispensado 1 frasco ou 20 comprimidos.

Nota: Esta regra não se aplica para o analgésico “Paracetamol + Codeína” (Portaria 344/98), quando para “uma caixa” será dispensado 12 comprimidos.

As prescrições de analgésicos, antipiréticos e anti-inflamatórios não serão aceitas como “USO CONTÍNUO”, exceto quando a receita venha acompanhada de justificativa médica (CID-10) para uso contínuo e especificação de quantidade mensal a ser dispensada.

#### 4.4 Dispensação de medicamentos para patologias crônicas

As prescrições de medicamentos para patologias crônicas prescritas como “USO CONTÍNUO” terão validade de 6 meses.

Nota: Levando-se em consideração contexto de pandemia, eleva-se esta validade para 12 meses, considerando-se Portaria SES/RS nº 208/2020.

Para a contagem da validade, o primeiro mês de validade da receita será contado a partir do mês seguinte ao de emissão. (Exemplo: receita emitida dia 31 de maio, os meses contados são: junho, julho, agosto, setembro, outubro e novembro).

O medicamento será fornecido mensalmente, para o período de 30 dias de tratamento, durante o período de validade da receita, ficando a critério do farmacêutico a avaliação de casos excepcionais.

#### 4.5 Dispensação de medicamentos pertencentes a Portaria 344/98

As receitas de medicamentos da Lista B1 e C1 têm validade de 30 dias, a partir da data de sua emissão, conforme Portaria 344/98.

Para a dispensação de medicamentos da Lista C1 exige-se Receita de Controle Especial que deverá ser preenchida em 2 vias, manuscrito ou informatizado, apresentando em cada uma das vias os dizeres: "1ª via - Retenção da Farmácia ou Drogaria" e "2ª via - Orientação ao Paciente".

Medicamentos da Lista C1 podem ser prescritos e dispensados em quantidade máxima de 5 ampolas e para outras formas farmacêuticas quantidade máxima suficiente para 60 dias de tratamento, conforme posologia registrada na receita.

Medicamentos da Lista C1 podem conter até três medicamentos por receita.

Medicamentos da Lista B1 podem ser prescritos e dispensados em quantidade máxima de 5 ampolas e para outras formas farmacêuticas quantidade máxima suficiente para 60 dias de tratamento, conforme posologia registrada na notificação.

A Notificação de Receita B1 pode conter somente um medicamento prescrito.

Para a dispensação de medicamentos pertencentes a Portaria 344/98, além da receita médica válida, será exigido documento de identificação e cartão SUS. Se retirado por terceiro, o mesmo deve apresentar seu documento de identificação.

#### 4.6 Dispensação de medicamentos antimicrobianos pertencentes a RDC N° 20/2011

As receitas de antimicrobianos têm validade por 10 dias, contados a partir da data de sua emissão, segundo RDC N° 20 DE 2011.

A receita poderá conter a prescrição de outras categorias de medicamentos desde que não sejam sujeitos a controle especial.

Em situações de tratamento prolongado, a receita terá validade de 10 dias para a primeira retirada, a contar da data de sua emissão e deverá conter a indicação de "USO CONTÍNUO". A receita poderá ser utilizada para aquisições posteriores dentro de um período de 90 (noventa) dias a contar da data de sua emissão. Neste caso, o medicamento poderá ser entregue para 30 dias de tratamento fracionado ou para os 90 dias de tratamento na primeira retirada.

#### 4.7 DCB (Denominação Comum Brasileira)

A dispensação será realizada preferencialmente por medicamentos prescritos pela DCB, e não pelo nome comercial (de marca).

#### 4.8 Registro de falta

Deverá ser realizado, via sistema, registro do número de pacientes que não acessam algum medicamento por estar em falta no momento da dispensação, para fins de auxílio no planejamento de programação de compra.

### 5 REVISÕES E ATUALIZAÇÕES

Esse protocolo está sujeito a revisões periódicas a cada 2 (dois) anos ou quando julgar necessário. Ao final deste documento, segue fluxograma descrevendo os passos/orientações para a execução de seus procedimentos.

### 6 REFERÊNCIAS

ANGONESI, D.; RENNÓ, M.U.P. Dispensação farmacêutica: proposta de um modelo para a prática. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 de mai. de 1998.

BRASIL. Casa Civil. Decreto nº 3.181, de 23 de setembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, que dispõe sobre a Vigilância Sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 de set. de 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 de mai. de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 100p. Acesso em: 28 out 2020. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia\\_farmaceutica\\_atencao\\_basica\\_instrucoes\\_tecnicas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_farmaceutica_atencao_basica_instrucoes_tecnicas.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 20, de 05 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação. **Diário Oficial da União**, Brasília, 06 de mai. de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

LEITE, S. N.; FARIAS, M. R.; MANZINI, F.; MENDES, S. J.; ROVER, M. R. M. **Gestão da Assistência Farmacêutica: proposta para avaliação no contexto municipal: a experiência em Santa Catarina**. Florianópolis: editora UFSC, 2015.

MELO, D. O.; CASTRO, L. L. C. A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, 2017.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução nº 208/20 CIB/RS**. Porto Alegre: 2020.

SARTOR, V. B.; FREITAS, S. F. T. Modelo para avaliação do serviço de dispensação de medicamentos na atenção básica à saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n.5, p. 827-836, 2014.

WHO. World Health Organization. **The World Medicines Situation 2011 – Access To Essential Medicines as Part of the Right to Health**. Geneva, 2011. Disponível em: <https://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js18772en/>. Acesso em: 27 out.2020.

## FLUXOGRAMA

