

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
DISCIPLINA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO I E II

**ANÁLISE DO ACESSO A MEDICAMENTOS EM UMA UNIDADE DO PROGRAMA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA EM PORTO ALEGRE**

Gabriella Calvi Sampaio

Porto Alegre, Junho de 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
DISCIPLINA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO I E II

**ANÁLISE DO ACESSO A MEDICAMENTOS EM UMA UNIDADE DO PROGRAMA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA EM PORTO ALEGRE**

Gabriella Calvi Sampaio

Trabalho de conclusão de curso apresentado
como requisito parcial para a obtenção do
título de Farmacêutico pelo Curso de
Farmácia da Universidade Federal
do Rio Grande do Sul

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Denise Bueno

Porto Alegre, Junho de 2011.

APRESENTAÇÃO

Este trabalho apresenta-se sob forma de artigo original, com o intuito de ser submetido à publicação na Revista de Atenção Primária à Saúde (APS). As normas técnicas de instrução aos autores encontram-se disponíveis ao fim da apresentação para facilitar a avaliação pela Banca Examinadora.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus por ter iluminado meu caminho durante todos esses anos de minha vida.

Gostaria de fazer um agradecimento especial para a minha família que me apoiou durante a faculdade, tanto nos momentos bons quanto nos difíceis que percorri durante esta trajetória. Agradeço a minha querida mãe, Maria Luisa Calvi Stringhini, por todo amor e apoio sempre, ao meu padrasto, Sérgio Stringhini, pelo incentivo que sempre me deu, a minha irmã, Vittoria Calvi Sampaio, que sempre esteve ao meu lado torcendo por mim, a minha amada nonna, Mariluz Leonetti Calvi, que sempre vai estar no meu coração e que me fez ser quem eu sou, me ensinando os valores da vida e ao meu querido nonno, Giorgio Calvi, que sempre me incentivou a estudar e a ser alguém na vida. Agradeço também a minha vó do coração, a Tata, pelo amor e por todo o cuidado comigo desde pequena, sempre com otimismo e alegria de viver.

Dedico um agradecimento às minhas amigas da faculdade Melaine, Fernanda, Danielle, Sabrina e Mariana por toda a amizade e carinho durante esta jornada, e tenho certeza que para o resto da vida também.

Agradeço às minhas amigas da época de colégio Juliana, Renata e Cláudia pela amizade de anos, desde crianças convivendo juntas e sempre amigas.

Agradeço também ao meu amigo e namorado Lisandro, por sempre ter me compreendido e estado comigo nesta época tão boa da vida, a de estudante.

Gostaria de agradecer também à equipe de saúde da Unidade de Saúde Herdeiros pela oportunidade de desenvolvimento do meu trabalho de conclusão de curso.

Agradeço à farmacêutica residente da Unidade de Saúde Herdeiros, Giliane Dorneles Guerin, pelo auxílio durante a execução do projeto.

Um agradecimento especial para a minha orientadora, Prof^ª. Dr^ª. Denise Bueno, pela compreensão e orientação durante a elaboração e desenvolvimento deste trabalho, sempre me auxiliando em tudo o que foi necessário.

**ANÁLISE DO ACESSO A MEDICAMENTOS EM UMA UNIDADE DO PROGRAMA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA EM PORTO ALEGRE**

***ANALYSIS OF THE ACCESS TO DRUGS IN A FAMILY HEALTH PROGRAM (FHP) TEAM
IN PORTO ALEGRE***

Gabriella Calvi Sampaio, Acadêmica, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS

Denise Bueno, Professora Adjunta do Departamento de Produção e Controle de Medicamentos, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS *

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica. Programa de Saúde da Família. Dispensário de Medicamentos.

Keywords: Pharmaceutical Services. Family Health Program (FHP) team. Drug Dispensatories.

* Endereço para correspondência:

Denise Bueno, Prof^a. Dr^a.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Faculdade de Farmácia

Avenida Ipiranga, 2752 – sala 601

Porto Alegre, RS – Brasil

CEP: 90.610-000

Telefone: (51) 3308-5767

Fax: (51) 3308-5437

e-mail: denise.bueno@ufrgs.br

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica
AF – Assistência Farmacêutica
APS – Atenção Primária à Saúde
CFB – Constituição Federal Brasileira
CNS – Conselho Nacional de Saúde
DCB – Denominação Comum Brasileira
DCI – Denominação Comum Internacional
ESF – Estratégia de Saúde da Família
ESP – Escola de Saúde Pública
FD – Farmácia Distrital
IAFB – Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS – Organização Mundial de Saúde
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNM – Política Nacional de Medicamentos
PRMSF – Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família
PSF – Programa de Saúde da Família
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada
REMUME – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RMC – Residência em Medicina Comunitária
RMS – Residência Multiprofissional em Saúde
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SF – Saúde da Família
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
URM – Uso Racional de Medicamentos

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar o acesso a medicamentos em uma Unidade do Programa de Saúde da Família em Porto Alegre-RS-Brasil e discutir a importância do profissional farmacêutico na Atenção Primária à Saúde. A metodologia empregada foi de um estudo transversal, no período de Março a Junho de 2011, realizado na Unidade de Saúde Herdeiros, no distrito sanitário de saúde Partenon/Lomba do Pinheiro, na cidade de Porto Alegre-RS. As prescrições objeto deste estudo envolveram medicamentos não encontrados no dispensário desta Unidade de Saúde e a análise destas prescrições ocorreu nos horários e dias onde houve presença do profissional farmacêutico. A partir do receituário foi gerado um banco de dados informatizados com os dados dos usuários desta Unidade de Saúde. Um total de 453 prescrições foram analisadas e os dados coletados demonstraram que o percentual de prescrições onde os medicamentos prescritos foram totalmente atendidos representou 86,75%, enquanto que o de prescrições que não tiveram todos os medicamentos atendidos foi de 13,25%. Entre o total de prescrições não atendidas (13,25%), as prescrições de medicamentos sob controle especial não atendidas foram de 4,40%; 2,43% foram de outros medicamentos restritos à Farmácia Distrital; 3,55% foram de medicamentos que não constam na REMUME e 2,87% foram prescrições de medicamentos pertencentes a REMUME mas que estavam em falta na Unidade Herdeiros no período do estudo. O nome comercial foi utilizado em pelo menos um medicamento em 3,98% das prescrições não atendidas (13,25%). A prescrição do medicamento quando acompanhada por uma equipe multiprofissional de saúde possibilita que os usuários de uma Unidade de Saúde estabeleçam vínculo com o profissional farmacêutico, desta forma aumentando a resolutibilidade do Sistema de Saúde. A Residência Multiprofissional em Saúde pode potencializar o entendimento da equipe de saúde sobre o papel e a importância do farmacêutico no contexto da Atenção Primária em Saúde, entendendo o medicamento como ferramenta desta prática em saúde.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica. Programa de Saúde da Família. Dispensário de Medicamentos.

ABSTRACT

This study analyzes the access of drugs in a Family Health Program (FHP) team in Porto Alegre-RS-Brasil and discusses the importance of the professional pharmacist in Primary Health Care. The methodology employed was a cross-sectional study, in the period from March to June 2011, held in Herdeiros Health Center, at Partenon/Lomba do Pinheiro Health District, in the city of Porto Alegre-RS, Brazil. The prescriptions in this study involved drugs that were not found in the dispensary of this Health Center and the analysis of these prescriptions occurred at the time and days when the pharmacist was present. From the prescription, a computerized database was created with data of the users of this Health Center. A total of 453 prescriptions were analyzed and the collected data showed that the percentual of prescriptions where all the drugs were supplied represented 86.75%, while the prescriptions without all the drugs supplied were 13.25%. From the total of non supplied prescriptions (13.25%), drugs of special control prescriptions not supplied were 4.40%; 2.43% were of other drugs which need restrict dispensation at the district pharmacy; 3.55% were of drugs which were not at basic list drugs and 2.87% were of drugs prescriptions that were at the basic list drugs but were not in Herdeiros Health Center at the time of the study. The commercial name was used at least in one drug in 3.98% of the non supplied prescriptions (13.25%). The drug prescription when followed by a Family Health Program (FHP) team enables the users of a Health Center to establish connection with the professional pharmacist, thus increasing the effectiveness of the Health System. The Health Multiprofessional Residency can potencialize the understanding of the health team about the function and importance of the pharmacist in the context of Primary Health Care, understanding the drug as a tool of this health practice.

Keywords: Pharmaceutical Services. Family Health Program (FHP) team. Drug Dispensatories.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
METODOLOGIA.....	12
RESULTADOS.....	12
DISCUSSÃO.....	15
CONCLUSÃO.....	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21
ANEXOS.....	24

INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF) nasce em 1994 como estratégia de reorientação do modelo de atenção, a partir da reconstrução das práticas de Atenção Primária em Saúde (APS), colocando a família nas agendas das políticas públicas de saúde. Os problemas de saúde da população são priorizados considerando cada situação específica. O território é entendido como o espaço onde vivem grupos sociais, suas relações e condições de subsistência: de trabalho, renda, habitação, acesso à educação e o seu saber preexistente; como parte do meio ambiente, possuidor de uma cultura, de concepções sobre saúde e doença, de família, de sociedade, entre outros. Ao final da década de 1990, o trabalho de Saúde da Família (SF) foi assumido pelo Ministério da Saúde (MS) como estratégia para a reorganização do Sistema de Saúde e como modelo assistencial substitutivo para atingir uma Atenção Primária que fosse reordenadora da planificação em saúde. Desta forma, o PSF assume a missão de reestruturar a assistência à saúde da população reorganizando a Atenção Básica, em contraposição ao modelo anterior que vinha sendo praticado com perfil assistencial e baseado em especialidades médicas (SOUZA et al., 2000).

Os impactos provocados pelo PSF na saúde das famílias atendidas, com a percepção de seus efeitos sobre o perfil epidemiológico nos territórios de sua abrangência, transformaram este programa em diretriz política para o Ministério da Saúde. O PSF passa a ser uma estratégia estruturante na formulação e organização de um novo modelo tecnoassistencial para o Sistema Único de Saúde (SUS), pois introduz um olhar ativo de intervenção em saúde, a de não esperar pela demanda, mas agir de forma preventiva, organizando a futura demanda. A organização do acesso aos serviços de saúde é uma das principais conquistas da população que tem cobertura do PSF (ESCOREL et al., 2007), (BRASIL, 2001).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) nasce a partir da Portaria nº 648 de 28 de Março de 2006 (BRASIL, 2006) e amplia o escopo e a concepção da Atenção Básica (AB) no país, a qual assume como um de seus fundamentos o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos (BRASIL, 2007). Está inserido nestes serviços de saúde o fornecimento do medicamento ao usuário, inclusive a partir do que foi estabelecido pela Lei nº 8080 de 19 de Setembro de 1990, a qual dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (BRASIL, 1990).

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) (BRASIL, 1998), entendida na Estratégia de Saúde da Família (ESF) como eixo transversal à mesma, nos remete à Resolução nº 338 de 06 de Maio de 2004 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2004), que define Assistência Farmacêutica como:

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

Os recursos previstos de Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (IAFB) destinam-se à aquisição de medicamentos essenciais, por meio da Atenção Básica, considerando as condições mínimas necessárias para o uso correto dos medicamentos e contribui para a ampliação do acesso da população a estes (BERNARDI et al., 2006).

A integração da PNAB e da PNM exige conhecimento e análise aprofundados da forma como ambos utilizam o medicamento no cuidado à saúde. A fragmentação na oferta de serviços tem se refletido nas ações relacionadas ao medicamento, tornando necessário estabelecer estratégias de integração e de coordenação com previsão de mudanças na organização e na gestão dos serviços para que o usuário de saúde receba os cuidados de profissionais apropriados, em tempo e local adequados e de forma contínua (FEO et al., 2006).

A prescrição apropriada, o acesso, a dispensação com informações úteis e corretas para o paciente, o consumo na posologia e tempo de tratamento indicados e em intervalos definidos constituem fatores determinantes para o uso racional de medicamentos na APS (FARIAS et al., 2007).

O acesso ao medicamento passa obrigatoriamente pela prescrição dos mesmos e pela informação gerada a partir do serviço de saúde, geralmente a partir de uma prescrição de um profissional da equipe de saúde, neste caso do PSF.

Avaliar a demanda não atendida de prescrições de medicamentos da Unidade de Saúde da Família Herdeiros que possui Estratégia de Saúde da Família e Residência Multiprofissional em Saúde pode contribuir na identificação dos nós críticos e pontos de intervenção que possam orientar as políticas de medicamentos e as políticas da Atenção Básica à Saúde, visando garantir atenção integral com qualidade para a população.

O propósito deste estudo foi o de analisar a demanda de medicamentos prescritos que não foram encontrados pelos usuários na Unidade de Saúde da Família Herdeiros e a partir destes dados fazer a discussão sobre as potencialidades da Residência Multiprofissional como estratégia de

aproximação da Assistência Farmacêutica a temática do acesso de medicamentos na Atenção Primária em Saúde.

METODOLOGIA

A revisão bibliográfica sobre o tema “Análise de demanda de medicamentos não atendida” fundamentou-se em pesquisas na base de dados Milene/Pubmed, Science Direct, LILACS- Literatura Latino Americana e do Caribe e SciELO, através das seguintes palavras-chave: Assistência Farmacêutica, Programa de Saúde da Família, Dispensário de Medicamentos.

A metodologia empregada foi de um estudo transversal, no período de Março a Junho de 2011, realizado na Unidade de Saúde Herdeiros, no distrito sanitário de saúde Partenon/Lomba do Pinheiro, na cidade de Porto Alegre - RS. Foram analisadas as prescrições de medicamentos nos horários e dias onde houve presença de profissional farmacêutico. A coleta de dados foi realizada pela autora do trabalho em quatro turnos semanais, durante o período do estudo. As prescrições objeto deste estudo foram as que envolveram medicamentos que não foram encontrados no dispensário desta Unidade de Saúde.

A partir do receituário de cada usuário que buscou o dispensário da Unidade Herdeiros foi utilizada uma planilha feita no programa Excel, na qual foram cadastrados: nome do paciente, número do prontuário, data da prescrição, local de origem da prescrição, os medicamentos não atendidos e a dosagem destes medicamentos. A partir deste cadastro foi gerado um banco de dados para análise posterior.

O projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre sob nº 561 no Processo de número 001.050594.10.9 em 16/12/2010.

RESULTADOS

O município de Porto Alegre possui 61 Unidades Básicas de Saúde sem equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) e 82 Unidades de Saúde com equipes do Programa de Saúde da Família, contando com 116 equipes de PSF instaladas, pois algumas das unidades que possuem PSF apresentam mais de uma equipe por unidade. No distrito sanitário Partenon/Lomba do Pinheiro existem 12 Unidades de Saúde com equipes do PSF e 10 Unidades Básicas de Saúde sem equipe do PSF, além do Centro de Saúde Murialdo, que é um posto de nível secundário de assistência. Localiza-se neste distrito de saúde a Unidade de Saúde Bananeiras, que possui Farmácia Distrital. Esta farmácia é responsável por toda a dispensação de medicamentos deste distrito.

A Unidade Herdeiros, localizada dentro do distrito sanitário Partenon/Lomba do Pinheiro,

conta com uma equipe de PSF composta por uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde. A população adscrita desta unidade fica em torno de 4.100 habitantes. Esta Unidade de Saúde é campo de formação para os residentes do Programa de Residência Integrada em Saúde - Atenção Básica em Saúde Coletiva da Escola de Saúde Pública (ESP-RS). Fazem parte desta equipe os residentes de Farmácia, Odontologia, Enfermagem e Serviço Social. Como Unidade de Atenção Primária à Saúde, esta UBS está estruturada para acesso direto da população, com continuidade e integralidade. A Unidade Herdeiros não possui Farmácia Distrital, apenas uma área física denominada pela equipe de saúde local como dispensário de medicamentos.

A Lei nº 5991, de 17 de dezembro de 1973 (BRASIL, 1973), define farmácia como sendo o estabelecimento de manipulação de fórmulas magistrais e oficinais, de comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, compreendendo o de dispensação e o de atendimento privativo de unidade hospitalar ou de qualquer outra equivalente de assistência médica. A mesma Lei define o termo dispensário como sendo o setor de fornecimento de medicamentos industrializados, privativo de pequena unidade hospitalar ou equivalente (BUENO; MACHADO, 2011).

Os medicamentos disponibilizados nesta Unidade de Saúde são provenientes da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre a partir da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME).

A Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) foi atualizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre no ano de 2010, seguindo a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e definições de portarias do Ministério da Saúde (MS) (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE, 2010).

Foram analisadas um total de 453 prescrições. Os dados coletados demonstram que o percentual de prescrições onde os medicamentos prescritos foram totalmente atendidos foi de 86,75%, enquanto que o de prescrições que não tiveram todos os medicamentos atendidos foi de 13,25%. Dentro do percentual de 13,25% (prescrições não totalmente atendidas), 9,94% das prescrições tiveram apenas um medicamento não atendido, enquanto que 1,99% tiveram dois medicamentos não atendidos, 0,88% tiveram três e 0,44% das prescrições tiveram mais do que três medicamentos não atendidos.

Os medicamentos pertencentes à REMUME que estavam em falta na Unidade Herdeiros durante a coleta de dados deste estudo foram: Acetato de Medroxiprogesterona 150mg/mL (injetável), que teve sua fabricação suspensa; Metoclopramida 10 mg (comprimido) e Miconazol 20mg/g (creme vaginal), ambos em falta na central de abastecimento farmacêutico do município por não haver sido entregue pelo fornecedor.

Do total de prescrições não atendidas (13,25%), 4,40% foram prescrições de medicamentos sob controle especial (Tabela 1); 2,43% foram de outros medicamentos restritos à Farmácia Distrital, o que é o caso da Levotiroxina 25 mg, do Carbonato de Cálcio 500 mg, do Ibuprofeno 50 mg/mL e da Metildopa 250 mg. Salienta-se que a Metildopa 250 mg é de dispensação restrita a gestantes segundo a REMUME 2006 (anexo); 3,55% foram de medicamentos que não constam na REMUME e 2,87% foram prescrições de medicamentos pertencentes a REMUME mas que estavam em falta na Unidade Herdeiros no período do estudo.

Dezoito prescrições (3,98%) das prescrições não atendidas (13,25%) apresentavam pelo menos um medicamento prescrito pelo nome comercial, mas neste estudo o nome comercial não foi o fator determinante para a não dispensação destes medicamentos, visto que estes não faziam parte da REMUME.

Tabela 1. Percentual de prescrições não atendidas com medicamentos sob controle especial.

Medicamentos sob controle especial	Percentual (%)
Amitriptilina 25 mg	1,32% (n=6)
Biperideno 2 mg	0,22% (n=1)
Rivotril 0,5 mg	0,22% (n=1)
Clorpromazina 100 mg	0,22% (n=1)
Diazepam 10 mg	0,66% (n=3)
Fenitoína 100 mg	0,22% (n=1)
Fluoxetina 20 mg	0,66% (n=3)
Haloperidol 5 mg	0,44% (n=2)
Cefalexina 500 mg	0,22% (n=1)
Azitromicina cápsula 500 mg	0,22% (n=1)
TOTAL	4,40% (n=20 prescrições)

Os medicamentos sob controle especial não dispensados encontram-se na REMUME, exceto os medicamentos Rivotril 0,5 mg comprimido, Fluoxetina 20 mg comprimido e Azitromicina 500 mg cápsula (Tabela 1).

A Cefalexina 500 mg comprimido passa a fazer parte da REMUME em 2010, podendo ser dispensada na Unidade de Saúde. Uma prescrição não foi atendida na Unidade Herdeiros no início

do mês de Março por este medicamento não estar disponível para a rede de Atenção Básica. Os medicamentos inclusos na REMUME 2010 chegaram à unidade na segunda metade do mês de Março.

Tabela 2. Percentual de prescrições não atendidas na Unidade Herdeiros (13,25% das prescrições).

	Medicamentos	% de prescrições não atendidas	Razões da ausência
REMUME	Sem controle especial	2,87% (n=13)	Em falta na Unidade
	Sem controle especial (FD)	2,43% (n=11)	Restritos à Farmácia Distrital
	Sob controle especial (FD)	3,30% (n=15)	Restritos à Farmácia Distrital*
Outros medicamentos	Sem controle especial	3,55% (n=16)	Ausentes na REMUME
	Sob controle especial	1,10% (n=5)	
Total	-	13,25% (n=60)	-

* **Exceção:** Cefalexina 500 mg não é restrita à Farmácia Distrital. Estava em falta na Unidade no início de Março por ter sido incluída na REMUME 2010.

DISCUSSÃO

O Estado é o responsável pela garantia do acesso universal e igualitário aos serviços relacionados à saúde, de acordo com a Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1988). A Política de Medicamentos da Organização Mundial da Saúde (OMS), assim como a Política Nacional de Medicamentos (PNM) tem como objetivo central o acesso a medicamentos pela população.

Desde 1964 o Brasil elabora listas de medicamentos considerados essenciais com o objetivo de tornar o acesso ao medicamento mais qualificado. Na RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) (BRASIL, 2010), publicada pelo Ministério da Saúde, constam os medicamentos considerados essenciais para a população, que possuem características como: eficácia e segurança definidas, posologia conveniente, disponibilidade, que atendam às enfermidades mais comuns do país e que tenham menor custo. A partir da RENAME são elaboradas as listas em nível estadual e municipal (REMUME) (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE, 2006), de acordo com as particularidades de cada local. A PNM, que prevê a

elaboração destas listas de medicamentos, visa garantir segurança e eficácia dos medicamentos, bem como o acesso aos medicamentos essenciais para a população do país, sempre objetivando o uso racional (BRASIL, 1998).

A falta de conhecimento da REMUME é um dos fatores que podem estar relacionados a baixa adesão a tratamentos prescritos. Um Estudo realizado em uma escola de medicina do sul do Brasil demonstrou que a grande maioria dos estudantes desconhecia a RENAME ou a lista da OMS (DAL PIZZOL et al., 2010). A baixa adesão à REMUME também pode indicar a ausência de Comitê de Farmácia e Terapêutica no município. Para que se consiga o aumento da adesão dos profissionais prescritores à REMUME deve-se constantemente atualizá-la e revisá-la, bem como divulgar a lista aos prescritores e manter o abastecimento regular dos medicamentos essenciais nas farmácias (DAL PIZZOL et al., 2010).

O abastecimento de medicamentos essenciais próximo do adequado demonstrado em uma coleta de dados nesta Unidade de Saúde nos remete ao conceito da Estratégia de Saúde da Família que se pensa integrada em redes de atenção em saúde, onde a farmácia exerce um papel transversal a implantação deste sistema. O pensar sobre a dispensação e uso adequado de medicamentos pela comunidade aproxima o olhar da Assistência Farmacêutica ao exercício do profissional farmacêutico. A vinculação deste profissional, não apenas ao medicamento, mas ao processo de trabalho que envolve o cotidiano da equipe de saúde e dos seus usuários pode fazer com que possamos ter um uso racional associado a esta dispensação medicamentosa. A constatação de um elevado percentual de prescrições totalmente atendidas, nas quais o paciente teve acesso a todos os medicamentos prescritos, nos remete ao trabalho realizado naquela unidade pelos residentes, particularmente os da área de farmácia, que multiplicam informações sobre o Uso Racional de Medicamentos (URM) a todos os usuários e profissionais daquela Unidade de Saúde.

A inserção do farmacêutico na Residência Integrada em Saúde na Atenção Básica e Saúde Coletiva da Escola de Saúde Pública do RS representa uma estratégia positiva para trabalhar com as ferramentas propostas pelo NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família), em virtude da imersão no campo de práticas ao longo do processo de formação. Na Residência em Atenção Básica o farmacêutico tem a perspectiva de atuar em diversas áreas tais como: acolhimento do usuário, dispensação orientada de medicamentos, atividades como programação e solicitação mensal dos medicamentos, controle de estoque e de validade, armazenamento e descarte correto, atenção farmacêutica, participação em grupos de educação em saúde, visitas domiciliares, reuniões de planejamento e educação continuada com a equipe, promoção de orientações referentes ao uso dos medicamentos e possíveis interações. O farmacêutico também fornece orientações tanto para os usuários quanto para a equipe sobre possíveis fluxos de aquisição de medicamentos e documentos necessários para retirada nos dispensários e farmácias da rede pública municipal e estadual, verifica

e notifica possíveis desvios de qualidade dos medicamentos, detecta reações adversas aos medicamentos e participa nos espaços de controle social.

Quanto as prescrições que não foram completamente atendidas, houve predomínio na falta de apenas um dos medicamentos prescritos, o que demonstra haver uma discussão prévia sobre prescrição de medicamentos nesta unidade. A atuação da equipe de saúde nesta unidade parece contribuir prescrevendo medicamentos em um processo de construção coletiva entre equipe de saúde e usuário direcionando as mesmas para a REMUME, facilitando o acesso da população. A equipe busca se adaptar no caso de falta de fornecimento de algum medicamento para a unidade, trocando, por exemplo, a apresentação do medicamento. A Metoclopramida 10 mg comprimido, não fornecida no mês de Março para a Unidade Herdeiros, passou a ser prescrita como Metoclopramida gotas nas situações possíveis, evitando a interrupção do tratamento.

De acordo com a RDC nº 44 de 17 de agosto de 2009 (BRASIL, 2009) compete ao farmacêutico avaliar as prescrições médicas, as quais devem estar legíveis e ausentes de rasuras e emendas, deve conter a identificação do usuário, do medicamento, concentração, dosagem, forma farmacêutica e quantidade, modo de usar ou posologia, duração do tratamento, local e data da emissão e assinatura e identificação do prescritor com o número de registro no respectivo conselho profissional. Torna-se importante a análise da prescrição de medicamentos antes do encaminhamento a dispensação. A prescrição adequada às condições clínicas do usuário fornece informações necessárias para o seguimento da farmacoterapia, como a dose do medicamento, a frequência de uso do mesmo e a duração do tratamento (FARIAS et al., 2007).

A Instrução Normativa 4/07 (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE, 2007) (anexo), da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, segue a Lei nº 9787/99 (BRASIL, 1999) e a RDC nº 16/07 (BRASIL, 2007), as quais estabelecem que a nomenclatura utilizada nos medicamentos prescritos deve ser obrigatoriamente a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional (DCI).

As dezoito prescrições não atendidas que possuíam pelo menos um medicamento prescrito pelo nome comercial (3,98%) contrariam o preconizado pela Lei nº 9787/99 (BRASIL, 1999) e pela RDC nº 16/07 (BRASIL, 2007). No caso dos medicamentos sob controle especial, o nome comercial contraria o preconizado pela Portaria nº 344/98 (BRASIL, 1998). Os medicamentos no sistema público são comprados por licitação e, sendo assim, o uso da Denominação Comum Brasileira (DCB) facilita o processo da compra, evitando a grande quantidade de nomes comerciais que existem para o mesmo medicamento. Tendo em vista a nomenclatura preconizada, o nome comercial pode tornar o tratamento inviável financeiramente ao usuário, visto que o mesmo não poderá retirar o medicamento em qualquer farmácia municipal em virtude da Normativa 4/07 da SMS-POA podendo gerar uma demanda de judicialização para o Estado. Além disto, o nome

comercial pode induzir o usuário a utilizar o sistema privado onde a marca ainda exerce um poder de *marketing*. As equipes de saúde que integram a APS devem observar a importância da utilização da DCB no momento em que a prescrição é gerada a fim de garantir um tratamento viável.

Na unidade avaliada foi encontrada uma prescrição de Cefalexina 500 mg que não foi dispensada por não estar disponível o medicamento na Unidade de Saúde. Este medicamento foi disponibilizado às unidades na segunda metade do mês de Março, dado não informado à equipe de saúde desta unidade, o que impossibilitou a transmissão desta informação ao usuário ficando o mesmo sem o medicamento prescrito.

Os antimicrobianos precisam ser monitorados quanto a dispensação e principalmente nos itinerários terapêuticos, visando o seu uso racional. Estes medicamentos estão sujeitos a controle especial de acordo com a RDC nº 20 de 5 de Maio de 2011 (BRASIL, 2011). Sua dispensação somente pode ser efetuada com a retenção da segunda via do receituário de controle especial. O usuário não encontrando este medicamento não realiza o tratamento prescrito ou altera o seu plano terapêutico, por dificuldades financeiras ou entendimento adverso ao da equipe de saúde.

Os medicamentos sob controle especial são restritos a dispensação em Farmácias Distritais, por isso foram os que se destacam na coleta de dados. O que impede esta Unidade de Saúde de dispensar estes medicamentos é a ausência da farmácia nesta unidade e conseqüentemente do profissional farmacêutico que acompanha este item medicamentoso.

O acesso a estes medicamentos é garantido a partir do deslocamento do usuário à Farmácia Distrital. Este deslocamento pode seguir duas direções: ser realmente efetuado, o que resulta no seguimento do tratamento ou ser interrompido, devido a idade avançada, dificuldades físicas para locomoção, levando ao rompimento do itinerário terapêutico pela falta de medicamentos, podendo ocasionar diminuição da qualidade de vida do paciente. Este segundo caso pode ser extremamente oneroso para o Sistema de Saúde, visto que a pessoa não realizando a farmacoterapia correta tem chances maiores de internações que poderiam ser evitadas (MEROLA et al., 2008).

A maior parte das Unidades de Saúde na cidade de Porto Alegre possui locais de estoque de medicamentos, os quais neste trabalho foram chamados de dispensários. Pensar medicamentos na lógica da rede de Atenção à Saúde envolve o comprometimento da Atenção Primária com estes locais que não possuem condições mínimas de avaliação do processo de dispensação medicamentosa. O diálogo da ESF com a Assistência Farmacêutica sobre o conceito de acesso a medicamento pode contribuir para a melhoria da adesão medicamentosa, com prescrições mais adequadas, relações de medicamentos mais próximas da realidade da APS, judicializações em casos necessários, entre outros benefícios. O investimento na contratação de profissionais farmacêuticos para as Unidades Básicas de Saúde pode prevenir as internações hospitalares. Os usuários recebendo medicamentos nas Unidades de Saúde e cumprindo o seu plano terapêutico atenderão o

preconizado para a Atenção Primária em Saúde.

No acompanhamento desta unidade também foram encontrados medicamentos restritos às Farmácias Distritais quanto a custos do medicamento, como por exemplo a Levotiroxina 25 mg, o Carbonato de Cálcio 500 mg, o Ibuprofeno 50 mg/mL e a Metildopa 250 mg. Todos em algum momento tiveram sua demanda não atendida, correspondendo a 2,43% do percentual não atendido (13,25%). Neste caso esta restrição obedece a lógica do gestor, que restringe o usuário ao acesso ao medicamento.

O Farmacêutico é o profissional que integrado à equipe de saúde deve estar acompanhando as etapas do ciclo do medicamento. Caso contrário o usuário acabará se desvinculando do seu plano terapêutico. A residência em farmácia é uma ferramenta estratégica para acompanhamento da dispensação do medicamento e do itinerário terapêutico. O itinerário terapêutico necessita aproximação da equipe do Programa de Saúde da Família à realidade do usuário que necessita ter sua prescrição de medicamentos atendida.

Neste contexto, a Residência Integrada em Saúde torna-se importante nesta discussão sobre o cumprimento do itinerário terapêutico pelos usuários de medicamentos. A participação de farmacêuticos residentes na Atenção Primária à Saúde (APS) possibilita orientação para os usuários sobre os medicamentos, favorecendo o uso racional dos mesmos. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) dispõe de visitas domiciliares que os farmacêuticos residentes devem fazer durante o período da residência, visando a assistência integral ao indivíduo (princípio da integralidade) (RICIERI et al., 2006).

A primeira Residência em Medicina Comunitária no Brasil foi criada em 1976, pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, na Unidade Sanitária São José do Murialdo. O objetivo na época era a formação de profissionais com uma visão integrada, crítica e humanista. Dois anos após a introdução da Residência em Medicina Comunitária, a Residência do Murialdo se torna multiprofissional (BRASIL, 2006).

O percentual de prescrições não atendidas nesta Unidade de Saúde refletiu dificuldades operacionais relacionadas ao processo de trabalho, o que não dependeu somente do trabalho da equipe local de saúde. Os profissionais de saúde desta unidade procuraram se adequar à REMUME, demonstrando haver trabalho em equipe. É necessário problematizar tais questões ao elaborar uma prescrição de medicamentos para garantir que o plano terapêutico previsto para o usuário seja efetivo.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) podem contribuir para uma atenção à saúde de qualidade dentro desta lógica. A Residência Multiprofissional em Saúde pode auxiliar na formação de profissionais com visão mais humanista e crítica, buscando ações de resolutibilidade no sistema. A aproximação do residente farmacêutico na

Atenção Primária à Saúde (APS) pode assegurar uma Assistência Farmacêutica que garanta não somente o acesso, mas também o uso racional dos medicamentos.

CONCLUSÃO

A análise dos cenários de prática com enfoque no medicamento na Atenção Primária à Saúde pode contribuir na formulação de políticas e nas práticas dos serviços de saúde. Existe a necessidade de análise de situações de saúde na realidade da Atenção Primária para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde. É fundamental e estratégico aproximar a pesquisa do cotidiano dos profissionais de saúde e dos formuladores de políticas.

A Unidade de Saúde analisada é um microcomponente da Estratégia de Saúde de Família, podendo retratar o cotidiano de uma Unidade de Saúde integrada com sua equipe de saúde na busca de resolutibilidade nas práticas de atenção à saúde, particularmente neste caso nas práticas envolvendo a prescrição e dispensação de medicamentos.

A residência em farmácia no local analisado atua de forma estratégica como aproximação da área farmacêutica com a equipe do Programa de Saúde da Família, procurando garantir uma Assistência Farmacêutica que possa assegurar ao usuário o acesso e uso racional dos medicamentos.

Diante do que foi exposto, a contribuição do núcleo farmacêutico na Atenção Básica possibilita em conjunto com a equipe multiprofissional a construção de um olhar integral ao paciente, atendendo às necessidades da população no que tange à prevenção e ao tratamento, bem como à promoção de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil / Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde; Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Brasil. **Ministério da Saúde**, 2005. 260 páginas. Disponível em: <http://www.opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/HSE_ASF_REM_1205.pdf> Acesso em: 08 Jun. 2011.
2. BERNARDI, C.L.B., BIEBERBACH, E.W., THOMÉ, H.I. Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica nos Municípios de Abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.15, n.1, p.73-83, 2006.
3. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 5 de outubro de 1988. Disponível em: <<http://www.amperj.org.br/store/legislacao/constituicao/crfb.pdf>> Acesso em: 03 de Jul. 2011.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 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, Mar. 2006.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 16 de 02 de Março de 2007. Aprova o Regulamento Técnico para Medicamentos Genéricos, Anexo I. Acompanha esse Regulamento o Anexo II, intitulado "Folha de rosto do processo de registro e pós-registro de medicamentos genéricos". **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 05 Mar. 2007.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – 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, DF, Mai. 2011.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 44 de 17 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, DF, 18 Ago. 2009.

8. 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] Republica Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 Mai. 2004. Seção 1. p. 52.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Guia Prático do Programa de Saúde da Família. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2001.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, Dez. 1973.
11. Brasil. Ministério da Saúde. 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 Set. 1990.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 9.787 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**. Brasília, DF, 10 Fev. 1999.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916 de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 10 nov. 1998.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4ª ed. Brasília : **Ministério da Saúde**, 2007. 68 páginas. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_4_completo.pdf> Acesso em: 07 Jun. 2011.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename. 7ª ed. Brasília : **Ministério da Saúde**, 2010. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/rename2010final.pdf>> Acesso em: 07 Jun. 2011.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2006. 414 páginas. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf> Acesso em: 08 Jun. 2011.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. 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, DF, Mai. 1998.
18. BUENO, D., MACHADO, A.R. Avaliação dos Dispensários do Distrito Sanitário Glória-Cruzeiro-Cristal Porto Alegre-RS. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v.14, n.1, p. 4-11, 2011.
19. DAL PIZZOL, T.S., et al. Adesão a listas de medicamentos essenciais em municípios de três estados brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.4, p. 827-836, 2010.
20. ESCOREL, S., et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Pan American Journal of Public Health**, Washington, v.21, n.2-3, p.164-76, 2007.
21. FARIAS, A.D., et al. Indicadores de prescrição médica nas unidades básicas de Saúde da Família no município de Campina Grande, PB. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.10, n.2, p.149-156, 2007.
22. FEO, J.J.O., CAMPO, J.M.F., CAMACHO, J.G., et al. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: ¿reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? **Revista de Administración Sanitaria**, Madrid, v.4, n.2, p.357-82, 2006.
23. MEROLA, Y.L., TERRA, F.S., COSTA, A.M. Incentivo a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: um Projeto em Discussão. **Revista Eletrônica de Farmácia**, Goiânia, v.5, n.1, p.95-100, 2008.
24. Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. Instrução Normativa 4/07. Dispõe sobre a obrigatoriedade no cumprimento das Normas e Rotinas de Dispensação, Solicitação de Material, Recebimento, Armazenamento e Controle de Estoque a serem executadas pelos Serviços de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde. **Diário Oficial de Porto Alegre**, 05 Nov. 2007.
25. Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. **Porto Alegre**, 21 Out. 2010. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_noticia=134275> Acesso em: 08 Jun. 2009.
26. Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. Relação Municipal de Medicamentos Essenciais: Remume. 1ª Ed. **Porto Alegre**: 2006. 23 páginas. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/remume_revisada.pdf> Acesso em: 07 Jun. 2011.
27. RICIERI, M.C., et al. O Farmacêutico no Contexto da Estratégia em Saúde da Família, que Realidade é esta? **Revista Visão Acadêmica**, Curitiba, v.7, n.2, 2006.
28. SOUZA, M.F., et al. Gestão da atenção básica: redefinindo contexto e possibilidade. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.21, p.7-14, 2000.

ANEXOS

Revista de Atenção Primária à Saúde

INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

A Revista de Atenção Primária à Saúde (APS) é uma publicação semestral do Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde (NATES) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e da Rede de Educação Popular em Saúde, que tem por finalidades: sensibilizar profissionais e autoridades da área de saúde em APS; estimular e divulgar temas e pesquisas em APS; possibilitar o intercâmbio entre academia, serviço e movimentos sociais organizados; promover a divulgação da abordagem interdisciplinar e servir como veículo de educação continuada e permanente no campo da Saúde Coletiva, tendo como eixo temático a APS.

1. A revista está estruturada com as seguintes seções: **Artigos Originais**; **Artigos de Revisão**; **Artigos de Atualização**; **Relato de Casos e Experiências**; **Entrevista**; **Tribuna**; **Atualização Bibliográfica**; **Serviço**; **Notícias e Cartas**.

A seção “**Artigos Originais**” é composta por artigos resultantes de pesquisa científica, apresentando dados originais de descobertas com relação a aspectos experimentais ou observacionais, voltados para investigações qualitativas ou quantitativas em áreas de interesse da APS. “*Artigos originais*” são trabalhos que desenvolvem crítica e criação sobre a ciência, tecnologia e arte das ciências da saúde que contribuam para a evolução do conhecimento humano sobre o homem e a natureza e sua inserção social e cultural. (Devem ter até 25 páginas com o texto na seguinte estrutura: introdução; material ou casuística e métodos, resultados, discussão e conclusão).

A seção “**Artigos de Revisão**” é composta por artigos nas áreas de “*Gerência, Clínica, Educação em Saúde*”. Os “*artigos de revisão*” são trabalhos que apresentam síntese atualizada do conhecimento disponível sobre matérias das ciências da saúde buscando esclarecer, organizar, normatizar, simplificar abordagens dos vários problemas que afetam o conhecimento humano sobre o homem e a natureza e sua inserção social e cultural. Têm por objetivo resumir, analisar, avaliar ou sintetizar trabalhos de investigação já publicados em revistas científicas. (Devem ter até 20 páginas com texto estruturado em introdução, desenvolvimento e conclusão).

A seção de “**Artigos de Atualização**” é composta por artigos que relatam informações atuais ou novas técnicas das áreas cobertas pela publicação. (Devem ter até 15 páginas com texto estruturado em introdução, desenvolvimento e conclusão).

A seção de “**Relato de Casos e Experiência**” é composta de artigos que relatam casos ou experiências explorando um método ou problema através do exemplo. Os relatos de caso apresentam as características do indivíduo estudado, com indicação de sexo, idade e pode ser realizado em humano ou animal, ressaltam sua importância na atuação prática e mostram caminhos, condutas e comportamento para sua solução. (Devem ter até 8 páginas com a seguinte estrutura: introdução, desenvolvimento, conclusão).

As demais seções são de responsabilidade dos Editores para definição do tema e convidados: **Entrevista** - envolvendo atores da APS; **Tribuna** – debate sobre tema polêmico na APS, com opinião de especialistas (2 páginas); **Atualização bibliográfica** - seção onde são divulgados lançamentos de publicações, resenhas (1 página) e resumos de dissertações ou teses (2 páginas), de interesse na APS; **Serviço** contempla a

divulgação de eventos e endereços úteis; **Notícias** - eventos ocorridos, portarias ministeriais, relatórios de grupos de trabalho, leis de interesse na APS; **Cartas** - opiniões de leitores e sugestões sobre a revista são bem recebidas.

3. Os trabalhos devem ser encaminhados em disquete, acompanhado de 2 cópias impressas ou pela internet, programa “Word for Windows”, versão 6.0 ou superior, letra “Times New Roman” tamanho 12, espaço entre linhas um e meio, com o limite de páginas descrito entre parênteses em cada seção acima citada. Devem vir acompanhados de ofício de encaminhamento contendo nome dos autores e endereço para correspondência, e-mail, telefone, fax e serem endereçados à revista. Os trabalhos que envolverem pesquisas com seres humanos deverão vir acompanhados da devida autorização do Comitê de Ética da Instituição.

29. Os trabalhos devem obedecer à seguinte seqüência de apresentação:

- a) título em português e inglês;
- b) nome completo (nomes seguido(s) do(s) sobrenome(s) do(s) autor(es) e, no rodapé a indicação da Instituição a qual está vinculado, cargo e titulação;
- c) resumo do trabalho em português em que fiquem claros a síntese dos propósitos, os métodos empregados e as principais conclusões do trabalho;
- d) palavras-chave – mínimo de 3 e máximo de 5 palavras-chave ou descritores do conteúdo do trabalho, apresentadas em português de acordo com o DeCS – Descritores em Ciências da Saúde da BIREME- Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde – URL: www.bireme.br
- e) abstract – versão do resumo em inglês;
- f) key words – palavras chave em inglês, de acordo com DeCS;
- g) artigo propriamente dito, de acordo com a seguinte estrutura recomendada para cada tipo de artigo, citados no item 2;
- h) figuras (gráficos, desenhos, tabelas) devem ser enviadas em separado, com indicação na margem do local de inserção no texto; as fotografias em preto e branco devem ser apresentadas em papel brilhante;
- i) referências: Em conformidade com a última versão da NB 6023 da ABNT, disponível em: www.ufjf.edu.br/biblioteca (Normalização – ABNT)

Citações no texto: no corpo do texto citar apenas o sobrenome do autor e ano de publicação: Ex: 1 autor: Vasconcelos (2000), fazendo parte do texto - ou (VASCONCELOS, 2000) no final da frase ou parágrafo; 2 autores: Bruschini e Holanda (1998) ou (BRUSCHINI; HOLANDA, 1998). No caso de citações de documentos elaborados por 3 ou mais autores só deverá ser citado o primeiro autor seguido da expressão et al. Ex.: Sampaio et al. (1998) ou (SAMPAIO et al., 1998). Em citações na íntegra, colocar também o número da página. Ex.: *A educação em saúde é o campo de prática e conhecimento do setor saúde que se tem ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação médica e o pensar cotidiano da população.* (VASCONCELOS, 2000, p.25). Todas as referências citadas no texto, incluindo as de quadros, tabelas e gráficos deverão fazer parte das referências, apresentadas em ordem alfabética, no final do artigo.

A seguir são apresentados alguns exemplos de referências bibliográficas:

Livro

Autoria própria

BIRMAN, J. **Pensamento freudiano**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994. 204p.

Sem autoria

ANÁLISE do desempenho hospitalar: III Trimestre. Rio de Janeiro: CEPESC, 1987. 295p.

Capítulo de Livro

VASCONCELOS, E.M. Atividades coletivas dentro do Centro de Saúde. In: _____. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 1997. cap.9, p.65-69.

Dissertação

CALDAS, C.P. **Memória dos velhos trabalhadores**. 1993. 245f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

Tese

TEIXEIRA, M.T.B. **Sobrevida de pacientes com câncer de estômago em Campinas, SP**. 2000. 114f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

Trabalhos de Congressos, Seminários, Simpósios, etc.

MAUAD, N.M.; CAMPOS, E.M. Avaliação da implantação das ações de assistência integral à saúde da mulher no PIES/UFJF. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 6, 2000, Salvador. **Resumos...** Salvador: Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, 2000. p.328, ref.1101.

Artigo de Periódico

Com um autor:

VALLA, V. V. Educação popular e saúde diante das formas de se lidar com a saúde. **Revista APS**, Juiz de Fora, n. 5, p. 46-53, 2000.

Com dois autores:

WALKER, Z.; TOWNSEBD, J. Promoting adolescent mental health in primary care: a review of literature. **Jornal of Adolescence**, v. 21, n. 5, p.621-634, 1998.

Com três ou mais autores:

LEVAV, I. et al. A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de saúde mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 63-69, fev. 1994.

Artigo de Jornal

SÁ, F. Praias resistem ao esgoto: correntes dispersam sujeiras mas campanha de informação a turistas começa domingo. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, 15 abr. 1999. Primeiro Caderno, Cidade, p.25.

Referência de documentos de acesso exclusivo em meio eletrônico

A. Banco de Dados ÁCAROS no Estado de São Paulo (Enseios concordis): banco de dados preparado por Carlos H.W. Flechtman. In: FUNDAÇÃO TROPICAL DE PESQUISAS E TECNOLOGIA "ANDRÉ TOSELLO". **Base de Dados Tropical**: no ar desde 1985. Disponível em: <<http://www.bdt.org/bdt/acarosp>>. Acesso em: 28 nov. 1998.

B. Lista de discussão BIOLINE Discussion List. List maintained by the Bases de Dados Tropical, BDT in Brasil. Disponível em: <lisserv@bdt.org.br>. Acesso em: 25 nov. 1998.

C. Homepage Institucional CIVITAS. Coordenação de Simão Pedro P. Marinho. Desenvolvido pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, 1995-1998. Apresenta textos sobre urbanismo e desenvolvimento de cidades. Disponível em: <<http://www.gcsnet.com.br/oamis/civitas>>. Acesso em: 27 nov. 1998.

D. Arquivo em disquete UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Biblioteca Central. **Normas.doc**. normas para apresentação de trabalhos. Curitiba, 7 mar. 1998. 5 disquetes, 3 1/2 pol. Word for Windows 7.0.

E. Base de Dados UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Biblioteca de Ciências e Tecnologia. **Mapas**. Curitiba, 1997. Base de Dados em Microlsis, versão 3.7.

F. Software Educativo CD- ROM PAU no gato! Por quê? Rio de Janeiro: Sony Music Book Case Multimídia Educacional, [1990]. 1 CD-ROM. Windows 3.1.

5. Os artigos são de total e exclusiva responsabilidade dos autores.

6. Em trabalhos que envolvam financiamentos estes devem ser citados após a informação do endereço.

7. Avaliação por pares: os artigos recebidos são protocolados na secretaria da revista e encaminhados ao Editor Geral e aos Editores Associados para a triagem, avaliação preliminar e posterior distribuição ao Conselho Editorial em conformidade com as áreas de atuação e especialização dos membros e o assunto tratado no artigo. Todos os artigos são submetidos à avaliação de dois consultores, de instituição diferente do(s) autor (es) em um processo duplo cego, que os analisam em relação aos seguintes aspectos: adequação do título ao conteúdo; estrutura da publicação; clareza e pertinência dos objetivos; metodologia; clareza das informações; citações e referências adequadas às normas técnicas adotadas pela revista e pertinência a linha editorial da revista. Os consultores preenchem o “formulário de parecer”, aceitando, recusando ou recomendando correções e/ou adequações necessárias. Nesses casos, os artigos serão devolvidos ao(s) autor(es) para os ajustes e re-envio; e aos consultores para nova avaliação. O resultado da avaliação é comunicado ao(s) autor(es) e os artigos aprovados ficam disponíveis para publicação em ordem de protocolo. Não serão admitidos acréscimos ou modificações após a aprovação.

8. Os artigos devem ser enviados para:

Núcleo de Assessoria Treinamento e Estudos em Saúde (NATES) Revista de APS Rua Benjamin Constant, 790 CEP: 36015-400 Centro

Juiz de Fora – Minas Gerais Ou via internet através do E-mail: revaps@nates.ufjf.br.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA E FAMÍLIA E COMUNIDADE - SBMFC

End. Rua Morales de Los Rios, 22 - Maracanã Rio de Janeiro - RJ - Cep: 20.540-010

Revista APS on line

Site do NATES/UFJF www.nates.ufjf.br

Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde – BVS MS no endereço:

http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/periodicos/revistaAPS_v7n2.pdf