



Comissão de Farmácia e Terapêutica Regional - união dos farmacêuticos do litoral do Rio Grande do Sul

CARACTERIZAÇÃO

A 18ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) faz parte da Região Macro-Metropolitana de Saúde do estado do Rio Grande do Sul e é composta pelas regiões de saúde, Belas Praias (4), e, Bons Ventos (5) - ver figuras 1, 2 e 3. A Região Belas Praias possui 141,5 mil habitantes e compreende os municípios: Arroio do Sal, Capão da Canoa, Dom Pedro de Alcântara, Itati, Mampituba, Maquiné, Morrinhos do Sul, Terra de Areia, Torres, Três Cachoeiras, Três Forquilhas e Xangrilá. Já a Região Bons Ventos possui 207.987 habitantes e compreende os municípios: Balneário Pinhal, Caraá, Capivari do Sul, Cidreira, Imbé, Mostardas, Osório, Palmares

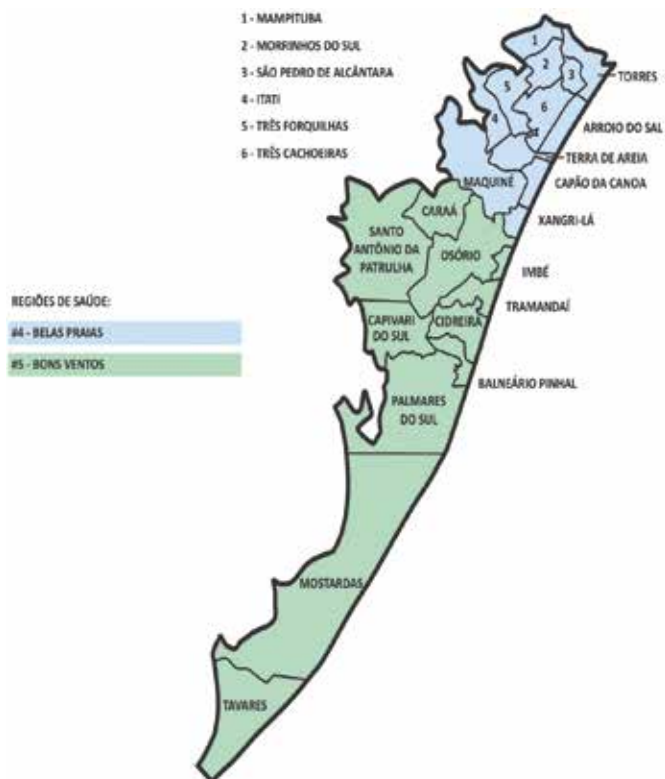
do Sul, Santo Antônio da Patrulha, Tavares e Tramandaí. A população total das regiões de saúde é de 349.487 habitantes, sendo 50,5% do sexo feminino e 49,5% do sexo masculino. As regiões possuem 17% da população vivendo em área rural e 83% da população vivendo em área urbana. A renda média domiciliar corresponde a R\$ 765,16, com uma proporção de 22% de pessoas com menos de meio salário mínimo de renda e taxa de analfabetismo de 5,8% (IBGE, 2010). As atividades econômicas predominantes na região são comércio, turismo, agricultura e indústria. O relevo do litoral norte gaúcho é composto pela borda do Planalto Meridional e região de planície com um vasto complexo de lagoas.

Figura 1: Mapa da localização da 18ª Regional de Saúde do estado do Rio Grande do Sul



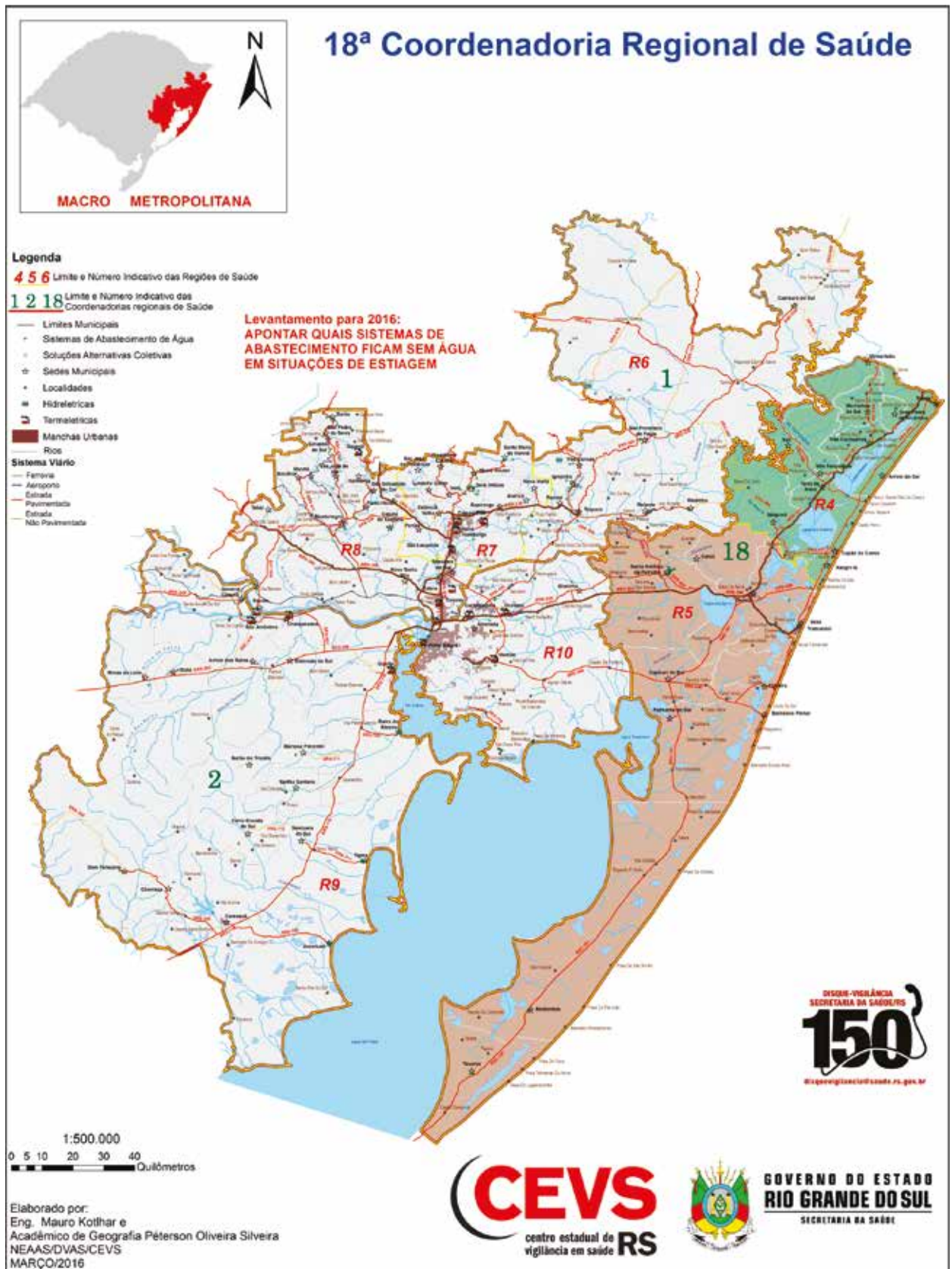
Fonte: Secretaria do Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, disponível em: www.saude.rs.gov.br

Figura 2: Mapa das regiões de saúde 4 e 5



Fonte: Secretaria do Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, disponível em: www.saude.rs.gov.br

Figura 3: Mapa da região macro-metropolitana, 18ª Coordenadoria Regional de Saúde e a divisão em regiões de saúde 4 e 5.



Perfil epidemiológico

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos municípios pertencentes à 18ª CRS é considerado de médio a alto. O município de Caraá apresenta IDH de 0,652, sendo o mais baixo da região, já o município de Capivari do Sul, apresenta IDH de 0,766, o maior da região. A média de IDH da região é 0,726 (Atlas do desenvolvimento Humano no Brasil, 2013).

De acordo com o estudo Programa de Saúde da Família nos Municípios do Litoral Norte do Rio Grande do Sul: Perfil das Equipes e População Atendida, publicado em 2011, os agravos mais frequentes atendidos nas unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF) dos municípios do litoral norte do Rio Grande do Sul são hipertensão e diabetes. Na região da 18ª CRS prevalecem as internações durante a gestação, o parto e o puerpério, seguidas pelas doenças do aparelho circulatório e doenças do aparelho digestivo, respectivamente (SIH-SUS, 2016).

Estruturação da rede de saúde

A região possui 74 equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), distribuídas nos 23 municípios. A cobertura das ESFs é de 70% na região da 18ª CRS. Sendo que na região das Belas Praias, a cobertura de ESF é maior que na região dos Bons Ventos, principalmente pelas baixas coberturas dos municípios de Tramandaí (em torno de 40%) e Imbé (em torno de 20%). A região possui quatro maternidades em funcionamento, conforme segue: Hospital São Vicente de Paulo, em Osório; Hospital Santa Luzia, em Capão da Canoa; Hospital Tramandaí, em Tramandaí; Hospital Nossa Senhora dos Navegantes, em Torres.

Assistência farmacêutica

Atualmente, dos 23 municípios pertencentes à 18ª CRS, 18 contam com profissional farmacêutico atuando no SUS, totalizando 26 farmacêuticos. Cinco municípios não contam com este profissional, sendo estes Caraá, Dom Pedro de Alcântara, Mampituba, Maquiné e Morrinhos do Sul (ver quadro 1).

Quadro 1: Número de farmacêuticos por município em maio de 2016

Região Belas Praias		Região Bons Ventos	
Município	Nº de farmacêuticos atuantes no SUS	Município	Nº de farmacêuticos atuantes no SUS
Arroio do Sal	01	Balneário Pinhal	01
Capão da Canoa	02	Caraá	-
Dom Pedro de Alcântara	-	Capivari	01
Itati	01	Cidreira	01
Mampituba	-	Imbé	01
Maquiné	-	Mostardas	01
Morrinhos	-	Osório	03
Terra de Areia	01	Palmares	01
Torres	02	Santo Antônio da Patrulha	02
Três Cachoeiras	01	Tavares	01
Três Forquilhas	01	Tramandaí	03
Xangri-Lá	02	Total	15
Total	11		

RELATO DA EXPERIÊNCIA

O SUS é constituído pela conjugação de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, sendo

organizado de forma regionalizada e hierarquizada. A organização do SUS em regiões de saúde respeita as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite, conforme prevê o Decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011). Segundo esse decreto, as Comissões Interges-

tores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção. A Comissão Intergestores Regional (CIR), está vinculada à Secretaria Estadual da Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da Comissão Intergestores Bipartite. Dentre as ações de assistência à saúde, uma que ganha especial atenção no Decreto nº 7.508/2011, é a assistência farmacêutica (AF).

A AF trata de 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 ao seu uso racional. Esse 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 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. Essa definição de AF está estabelecida na Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), que engloba, dentre outros, os seguintes eixos estratégicos:

- a manutenção de serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde, nos diferentes níveis de atenção, considerando a necessária articulação e a observância das prioridades regionais definidas nas instâncias gestoras do SUS;
- a qualificação dos serviços de assistência farmacêutica existentes, em articulação com os gestores estaduais e municipais, nos diferentes níveis de atenção;
- a promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo (BRASIL, 2004).

Em novembro de 2014, a partir de sucessivas reuniões dos farmacêuticos municipais pertencentes aos municípios da 18ª CRS, estes verificaram a necessidade de dar continuidade as reuniões regionais entre todos os farmacêuticos pertencentes à 18ª CRS com a finalidade de discutir os problemas encon-

trados no cotidiano da AF e buscar soluções para os mesmos. Para tanto, surgiu a ideia da criação de um Grupo Condutor da Assistência Farmacêutica Regional (GCAF) e de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica Regional (CFT), que se concretizou em dezembro de 2014, a partir da aprovação destes na Comissão Intergestores Regionais, por meio das Resoluções CIR nº 60/2014, CIR nº 61/2014, CIR nº 63/2014 e CIR nº 64/2014.

O GCAF é composto pelos farmacêuticos da 18ª CRS e pelos farmacêuticos municipais das regiões de Saúde 4 e 5. A criação do GCAF surgiu como um anseio dos farmacêuticos da região em tornar aquele grupo permanente de busca de soluções entre os profissionais da área.

A CFT foi criada como forma de legitimar as demandas provenientes do GCAF, por meio da presença e troca de profissionais de outras categorias.

Logo, o GCAF se constituiu com a finalidade de avaliar o uso e prescrições dos medicamentos constantes na Relação Regional de Medicamentos Essenciais, bem como a demanda dos medicamentos não inseridos nesta relação. É também sua finalidade construir espaços para compartilhamento de informações em saúde, facilitando o processo de gestão da AF e contribuindo para a educação permanente em saúde, além de discutir o processo da AF regional a fim de definir pautas a serem abordadas nas reuniões da CFT.

Nas reuniões do GCAF sempre há grande troca de experiências entre os membros, discussão de problemas relacionados à AF e discussões de casos, o que tem contribuído expressivamente para o processo de educação permanente. Dentre os papéis do GCAF, a geração de demandas para serem discutidas na CFT é um dos pontos de grande destaque, pois é a partir de protocolos e normativas elaborados pela CFT que são sugeridas as soluções para os problemas apontados no GCAF. A CFT é formada por uma equipe multidisciplinar e multiprofissional, que discute e estuda os problemas e demandas solicitadas pelo GCAF a fim de buscar soluções e ferramentas para a AF.

Entre as dificuldades encontradas nesta experiência está a impossibilidade da pre-

sença dos colegas nas reuniões, uma vez que a maioria dos participantes detém responsabilidade técnica na AF municipal. Como forma de superar a dificuldade de liberação do profissional do serviço, a 18ª CRS encaminha uma solicitação de presença formal para o gestor municipal. Outra dificuldade é a adesão de profissionais de outras categorias na CFT, como é o caso de dois enfermeiros convidados, que desistiram da participação na comissão, e uma médica. Entre as dificuldades alegadas na participação, estão a dificuldade de deslocamento até o município sede da 18ª CRS para participar das reuniões e a falta de tempo para estudar os temas propostos frente à alta carga de trabalho já existente.

METODOLOGIA

A articulação e a organização do trabalho desenvolvido iniciaram com a posse de uma servidora farmacêutica no Departamento de Ações em Saúde da 18ª CRS e a realização de reuniões mensais com os farmacêuticos responsáveis pela gestão da AF em 18 municípios das regiões de saúde “Belas Praias” e “Bons Ventos”. A realização dessas reuniões possibilitou a aproximação dos serviços farmacêuticos da atenção básica com a coordenação regional e teve como consequência a criação do GCAF. A criação do GCAF, por meio de resoluções CIR nº 60/2014 e 63/2014, com a elaboração e adoção de um regimento interno, foi uma forma encontrada de formalizar e garantir a continuidade do trabalho iniciado por esse grupo. O GCAF, conforme consta em seu regimento interno, é de um grupo de caráter permanente e consultivo, cujas ações têm por objetivo principal o uso racional de medicamentos.

Como forma de dar respaldo às ações acordadas pelo GCAF, foi proposta a criação da CFT. Aprovada pela Comissão Intergestores Regional a CFT é composta pelos seguintes profissionais: um farmacêutico representante do GCAF, um farmacêutico representante da 18ª CRS, um farmacêutico clínico, um enfermeiro, um cirurgião-dentista e um médico (ver figura 4).

Figura 4: Equipe multiprofissional e multidisciplinar da Comissão de Farmácia e Terapêutica em reunião no auditório da 18ª Coordenadoria Regional de Saúde, sendo da esquerda para direita: Adriana K.C. Nunes, Lúcia M. Z. Horn, Elen L. P. F. Abdalla, Paula W. Souza e Rodrigo M. Palmeira.

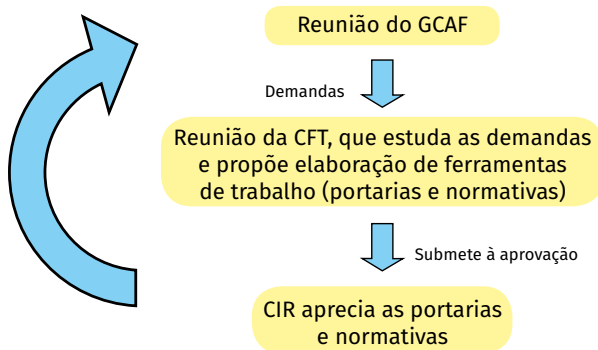


Figura 5: Fachada da 18ª Coordenadoria Regional de Saúde



Conforme as resoluções CIR nº 61/2014 e 64/2014, que aprovam a CFT, a Comissão tem por objetivo formular e implementar políticas relacionadas à seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, prescrição e uso racional de medicamentos, num processo dinâmico, participativo, multiprofissional e multidisciplinar, para assegurar a terapêutica eficaz e segura e a melhoria da qualidade da assistência prestada à saúde da população. O trabalho conjunto e articulado do GCAF e da CFT (ver figura 6) tem possibilitado a padronização de procedimentos e condutas da AF na região da 18ª CRS melhorando a orientação aos prescritores em relação ao uso racional de medicamentos.

Figura 6: Fluxograma de construção dos protocolos e normativas elaborados pela CFT



Descrição dos resultados e impactos gerados com esta experiência

A análise das Relações Municipais de Medicamentos Essenciais (Remumes) dos municípios pertencentes à 18ª CRS e a padronização de uma Relação Regional de Medicamentos Essenciais (Rereme) foram os primeiros resultados concretos do trabalho conjunto da CFT e do GCAF. A Rereme é uma lista que, tendo como base a Renome (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) e as Remumes da região, buscou tanto nortear a revisão periódica das Remumes já padronizadas, quanto servir como base àquelas ainda em processo de elaboração.

Outro produto dessa ação conjunta e articulada de diferentes profissionais foi o Protocolo de Prescrição e Dispensação de Medicamentos. Nesse protocolo, foram estabelecidos procedimentos e normas com o objetivo de padronizar as condutas adotadas na assistência farmacêutica dos diversos municípios da região. Nele há, por exemplo, orientações de como o farmacêutico deve proceder no caso da captação de prescrições com doses ou associações medicamentosas não usuais.

Foi elaborado também um Formulário de Devolução de Receita (figura 7), que se destina a justificar a não dispensação do medicamento, por alguma não conformidade constatada na receita, como letra ilegível, doses não usuais, entre outros. A adoção desse tipo de ferramenta pelos serviços facilita a comunicação entre os profissionais da saúde e o próprio paciente, visto que muitas vezes o contato com o prescritor não pode ser realizado no momento da detecção da inconformidade pelo profissional farmacêutico, gerando uma lacuna entre a informação prestada na farmácia, a informação compreendida pelo paciente e a informação que chega ao prescritor.

Figura 7: Formulário de devolução de receita

ANEXO I FORMULÁRIO DE DEVOLUÇÃO DE RECEITA	
Paciente: Prezado(a) Dr.(a) _____ a prescrição do(a) paciente	
não foi dispensada porque, conforme exige a portaria 344/98, Lei 5991/73(art.35), Lei 9787/99(art.3º), o Código de Ética Médica e o Protocolo 01/2015 da Comissão de Farmácia e Terapêutica e Normativas complementares, a receita apresenta a(s) seguinte(s) não conformidade(s):	
<input type="checkbox"/> Letra ilegível <input type="checkbox"/> Não contém o nome genérico <input type="checkbox"/> Não contém a posologia completa (tempo, quantidade e frequência) <input type="checkbox"/> Não contém data <input type="checkbox"/> Não contém seu carimbo com o nome e número do conselho <input type="checkbox"/> Não contém a sua assinatura <input type="checkbox"/> Não contém o nome do(a) paciente <input type="checkbox"/> Não contém a identificação da Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> Falta a Notificação de Receita B(azul) <input type="checkbox"/> Falta a Receita em 2 vias (branca) <input type="checkbox"/> Falta a dosagem ou dosagem está incorreta <input type="checkbox"/> Posologia está em desacordo com a quantidade prescrita <input type="checkbox"/> Dose diária encontra-se acima da usual <input type="checkbox"/> Falta LAUDO justificado <input type="checkbox"/> OUTRO, especificar: _____	
JUSTIFICATIVA COMPLEMENTAR	
Data: ___/___/20___	
Assinatura: _____	

Figura 8 - Laudo

ANEXO II LAUDO	
Paciente:	
Objetivo do laudo:	
<input type="checkbox"/> Aumentar a quantidade de dispensação do medicamento <input type="checkbox"/> Aumentar a dose do medicamento <input type="checkbox"/> Liberar a utilização do medicamento para finalidade não usual <input type="checkbox"/> Liberar associação medicamentosa não usual <input type="checkbox"/> Liberar dispensação de Nimesulida para paciente com contra-indicação ao uso de AINES não seletivos <input type="checkbox"/> OUTRO, especificar: _____	
JUSTIFICATIVA COMPLEMENTAR	
Data: ___/___/20___	
Assinatura: _____	

Portanto, essa é uma ferramenta cuja utilização se dá de profissional para profissional, buscando reduzir o risco de erro, aumentar a segurança do paciente e dos profissionais e contribuir para o uso racional de medicamentos. Esse formulário foi elaborado multiprofissionalmente pelos integrantes da CFT, disponibilizado no GCAF para todos os municípios, e por meio dos farmacêuticos municipais, apresentado para as equipes de saúde. As sugestões que surgiram após este contato das equipes foram avaliadas pela CFT, que realizou todos os ajustes antes da aprovação do mesmo. A adoção desse tipo de procedimento, definido pelos próprios profissionais e elaborado a partir das necessidades deles, padroniza as condutas adotadas na assistência farmacêutica dos diversos municípios da região e qualifica o serviço prestado ao usuário. Além disso, foi criado o laudo para a dispensação da receita em casos específicos, conforme figura 8. As ferramentas criadas pela CFT trouxeram mais segurança aos farmacêuticos no que se refere à devolução de receitas não conformes e à dispensação de medicamentos para determinados casos.

Outro documento elaborado pela CFT foi a Normativa Complementar nº 01/2015 (NC 01/15). Nessa normativa são estabelecidos os procedimentos a serem adotados no caso da prescrição e dispensação dos medicamentos anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs). A prescrição em demasia e o uso abusivo dessa classe de medicamentos era uma causa frequente de relatos entre os profissionais da assistência farmacêutica municipal. As dosagens e o tempo máximo de tratamento que a prescrição deve obedecer, as quantidades máximas a serem dispensadas por receita e os procedimentos nos casos de prescrição de dosagens acima da usual, são exemplos de condutas padronizadas nessa normativa. As quantidades máximas constantes na NC 01/15 foram estabelecidas tendo como referência o Formulário Terapêutico Nacional (BRASIL, 2010). É importante salientar que todos os documentos padronizados, até então, foram aprovados pela Comissão Intergestores Regional.

A adoção de protocolos e normativas pela AF nos municípios pertencentes à 18ª CRS norteia as ações na região. A padronização de procedimentos é uma das formas de somar experiências, apresentar resultados e pro-

por mudanças com a finalidade de beneficiar os pacientes, mesmo consideradas as rápidas mudanças que podem ocorrer em função dos avanços científicos.

Todos os documentos elaborados e padronizados, até então, foram aprovados pela Comissão Intergestores Regional, e disponibilizados para todos os integrantes do GCAF. A implantação e utilização dos mesmos pelas equipes de saúde acontecerá por meio dos farmacêuticos municipais, que trarão para o grande grupo suas experiências locais, a fim de aprimorar, qualificar e facilitar cada vez mais o trabalho das equipes.

Este trabalho conjunto que vem sendo desenvolvido pelo GCAF e pela CFT atende o perfil local e respeita as peculiaridades de cada município. A construção coletiva de protocolos e ferramentas para serem utilizados com segurança pelas equipes de saúde é uma forma de vivenciar experiências, apresentar resultados e propor mudanças, com a finalidade de beneficiar os pacientes. Esse processo é positivo, principalmente quando esta construção acontece dentro de uma proposta de educação permanente e é construída levando em consideração as práticas e experiências de cada profissional.

Próximos passos, desafios e necessidades

Pelas características das ações desenvolvidas e dos perfis dos usuários atendidos, torna-se primordial que as atividades da assistência farmacêutica da atenção básica sejam executadas de forma a garantir uma relativa uniformidade das condutas. A adoção de regras e normas comuns em uma mesma região de saúde facilita o entendimento do funcionamento dos serviços farmacêuticos prestados, facilitando a comunicação entre os profissionais e permitindo o acesso aos medicamentos de forma racional.

A resposta das equipes de saúde e dos usuários frente a essas normatizações será acompanhada e adequações poderão ser propostas e incorporadas às novas versões dos documentos, que são revisados periodicamente, já que este é um trabalho contínuo e de construção coletiva. Nos encontros do GCAF, haverá oportunidade de debater a utilização destas fer-

ramentas pelos profissionais para programar ações melhores e mais adequadas. Este grupo será porta voz das equipes de saúde, com a finalidade de garantir o melhor impacto na atuação profissional.

Para tanto, o apoio dos gestores municipais e a conscientização de profissionais prescritores sobre a importância do uso racional de medicamentos ainda é um desafio. Desafio esse que tem como meta disseminar a ideia de que a padronização de normativas na assistência farmacêutica não tem como objetivo disseminar um caráter proibitivo de restrição ao acesso, mas sim de uso racional e segurança do paciente.

CONCLUSÃO

A gestão qualificada da AF possibilita o aprimoramento dos serviços de saúde, na medida em que melhora a lacuna entre o potencial que os medicamentos essenciais têm para oferecer e a realidade das pessoas que precisam desses medicamentos. A gestão qualificada da AF, leva em consideração a equidade, como forma de propiciar o acesso, a segurança, a eficácia e o uso racional dos medicamentos. A gestão adequada da AF também possibilita a otimização e racionalização de recursos financeiros e a disponibilização de ferramentas fundamentais para o cuidado em saúde.

A necessidade de padronizar as dispensações de medicamentos no SUS, por meio de protocolos/normativas eficientes, pautados no custo-efetividade, em evidências científicas e na boa prática profissional, busca o uso racional de medicamentos. A criação de comissões multidisciplinares para este fim permite congrega ideias e realidades dos diversos profissionais, considerando suas vivências e experiências para tomada de decisões. Além disso amplia a capacidade de desenvolver trabalhos realmente úteis e estimuladores para as equipes. A oportunidade de discussão e experimentação das propostas pelo grande grupo, bem como a possibilidade constante de intervenção e melhoria, torna o processo dinâmico e interativo, fugindo do tradicional protocolo burocratizado, que engessa o sistema. A integração dos profissionais na busca pelo aperfeiçoamento de técnicas e fluxos de trabalho que

facilitem a rotina diária e tornem as ações da atenção primária mais resolutivas está em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, conforme prevê a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Os momentos e espaços de troca dos farmacêuticos em prol da AF buscam refletir positivamente na qualidade dos serviços prestados à população usuária do SUS.

O cuidado farmacêutico melhora a adesão ao tratamento, a qualidade de vida do paciente, seus níveis de satisfação e os resultados obtidos com o uso dos medicamentos em diversos grupos (idosos, pacientes com hipertensão, diabetes, transtornos mentais e polimedicados). Ele reduz o sofrimento e a incapacidade, além de resultar em menores custos e queda no desperdício de recursos para o sistema de saúde e para a sociedade. Portanto, o modelo de trabalho articulado entre o GCAF e a CFT possibilitou a criação de ferramentas para qualificar o processo de prescrição e dispensação de medicamentos nos municípios pertencentes à 18ª CRS, o que vem contribuindo com o uso racional de medicamentos.

REFERÊNCIAS

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.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Homologado nos termos de delegação de competência de 12 de novembro de 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia Insumos Estratégicos. Departamentos de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário Terapêutico Nacional 2010. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 1136 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.

htm. Acessado em: 18 de junho de 2015.

BRASIL. Lei n. 13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13021.htm Acessado em: 15 de abril de 2016.

Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil 2013. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/ranking-idhm-municipios-2010.aspx> Acessado em: 15 de abril de 2016.

SANTOS PR, 2011. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Trabalho de conclusão de curso de Pós-graduação Lato Sensu em Saúde Pública. Programa de Saúde da Família nos Municípios do Litoral Norte do Rio Grande do Sul: Perfil das equipes e população atendida. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/34050/000790184.pdf?sequence=1> Acessado em: 15 de abril de 2016.

SIH-SUS, 2016. Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br> Acessado em: 15 de abril de 2016.

Instituição

18ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul

Autores

Adriana Kleist Clark Nunes
Lúcia Munaretto Zimmermann Horn
Elen Luiza Pelisoli Formagio Abdalla
Patrícia Bobsin Teixeira Flores
Cátia Maritan
Daiane Bernardi Annes
Rita de Cássia Bassani dos Santos
Silvana Velho Pereira

Contato

magda-bartikoski@saude.rs.gov.br
adriana-nunes@saude.rs.gov.br
lucia.zimmermann@gmail.com
elenformagio@tramandai.rs.gov.br
patriciateixeira.farm@yahoo.com.br
catiamaritan@hotmail.com
farmaciaxangrila@gmail.com
ritafarma@gmail.com
silvelho@terra.com.br