



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

EXCESSO DE DEMANDA PARA RENOVAÇÃO DE RECEITAS

CARLOS EDUARDO NETTO

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Universidade Federal de São Paulo para ob-
tenção do Título de Especialista em Saúde da
Família.**

Orientadora: Priscila Mina Galati

**São Paulo
2016**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	01
2 OBJETIVOS	03
2.1 Geral	03
2.2 Específico(s)	03
3 REFERENCIAL TEÓRICO	04
4 METODOLOGIA.....	06
4.1 Local	06
4.2 Participantes	06
4.3 Ações, Avaliação e Monitoramento.....	06
5 RESULTADOS ESPERADOS	08
6. CRONOGRAMA	09
7 REFERÊNCIAS	10

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a reorganização da Atenção Básica (AB) vem sendo realizada por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), constituindo-se como porta de entrada aos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2011a), aliado a necessidade de organização da AB temos um importante eixo a ser qualificado e vinculado à humanização do cuidado, discutida por meio da Política Nacional de Humanização, potencializando o conjunto das práticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Essas políticas em conjunto apresentam os detalhes operacionais, definições e orientações específicas formando a base conceitual deste estudo, na medida em que contemplam os direitos à saúde e definem ações e serviços públicos voltados à assistência completa à saúde da população, como um dever legítimo do Estado (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011b; BRASIL, 2015).

A fundamentação deste estudo está expressa na legitimidade das referidas políticas, que, como instrumentos legais, formam a base norteadora de toda e qualquer medida pública adotada com o propósito de conferir, proporcionar e resguardar a saúde como direito da população, considerando a integralidade da assistência, universalidade, equidade, resolutividade, intersetorialidade e humanização do atendimento.

Neste contexto, relativo à gestão dos serviços, o grande desafio está no entrosamento entre os setores de saúde, muitas vezes deficitários na comunicação, gerenciamento e fiscalização.

À integralidade da assistência, “entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 2011a), é necessário para promover a melhoria dos serviços, e desse modo é imprescindível a capacitação dos servidores em observância às legislações, sem se esquecer do cuidado com os profissionais, que também são população a serviço da população, para alcançar a excelência da assistência.

À universalidade busca garantir de fato o direito de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis, sem preconceitos, privilégios ou segregações de qualquer natureza.

À equidade, cabe o avanço na prestação e fiscalização dos serviços públicos para garantir a igualdade na assistência à saúde, respeitando à igualdade de direito de cada um, em cumprimento aos dispositivos legais.

Nesta medida, por motivos óbvios, a ineficácia dos itens anteriores promovem consequências negativas ao cuidado em saúde, impossibilitando também atingir o padrão de excelência nos contextos resolutividade, intersetorialidade e humanização do atendimento.

E para garantir efetivamente que todos os princípios do SUS sejam efetivados no cotidiano dos serviços é fundamental que as equipes estejam envolvidas com esses princípios. No contexto da Atenção Básica, o fortalecimento do processo de trabalho de todos os membros da equipe possibilita que

o processo de trabalho das equipes se dê de forma a garantir de fato o cuidado integral.

Neste Projeto de Intervenção abordaremos o farmacêutico como potencializador do cuidado. O farmacêutico é o responsável pela garantia da assistência farmacêutica básica (BRASIL, 2011b), e suas ações e serviços são parte complementar da integralidade da assistência, que, conseqüentemente, é dependente das suas ações para obter o sucesso das políticas públicas de saúde na totalidade, especialmente porque a maioria das intervenções em saúde envolve o uso de medicamentos e que deste uso poderá ser determinante a obtenção de maiores ou menores resultados (BRASIL 2006a; OLIVEIRA *et. al.*, 2010; CONSENDEY *et. al.*, 2000).

Ao discutir a assistência farmacêutica nas redes de atenção, destaca-se a necessidade de abordagem ampliada das ações desenvolvidas na área, que não se resumem às atividades logísticas e de apoio, mas abrangem ações de atenção à Saúde, ao incorporarem e desenvolverem atividades de acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes. As atividades clínico-assistenciais se desenvolvem na continuidade da prescrição e dispensação, com atuação do farmacêutico na avaliação dos objetivos terapêuticos, orientação ao usuário, monitoramento dos resultados e identificação de problemas relacionados ao uso dos medicamentos. Essa atividade está relacionada à farmácia clínica, com a qual se busca superar a atuação fragmentada da AF quase que exclusivamente direcionada à aquisição e distribuição dos medicamentos, inserindo-a como uma ação de atenção à Saúde a ser desenvolvida com enfoque multidisciplinar (BRASIL, 2015).

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Buscar a organização da assistência farmacêutica no município, criando protocolos e diretrizes para a dispensação adequada de medicamentos.

2.2 Específico(s)

2.2.1- Sensibilizar e assessorar a administração local no que se refere às necessidades do setor, tomando como base a legislação vigente a respeito da validade das receitas;

2.2.2- Criar protocolos (e/ ou adequar os existentes) que estabeleçam o cumprimento dos prazos de validade para cada tipo de receita determinados na legislação;

2.2.3- Sugerir protocolos para melhoria da assistência no setor farmacêutico municipal e respeito pela legislação respectiva;

2.2.4- Instruir os profissionais envolvidos através de cursos, palestras, debates, material impresso... etc, para a formação de agentes multiplicadores;

2.2.5- Instruir a população, direta e indiretamente, através de palestras, cartazes, dispositivos gráficos e por intermédio da capacitação dos profissionais envolvidos, como os ACS, sobre os novos protocolos criados;

2.2.6- Organizar a agenda e adequar o gerenciamento, para melhorar o fluxo nas unidades e diminuir a demanda desnecessária para renovação de receitas.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Num cenário de implantação e implementação do SUS, a ESF vem sendo considerada pelo MS como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, visando à reorganização do modelo assistencial, imprimindo uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde (ESCOREL, 2007).

Brasil, 2006 define Atenção Básica (AB) como:

“Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social”. (BRASIL, 2006a)

Outro marco importante na consolidação da AB no Brasil é a Política Nacional de Humanização (PNH), assumindo o compromisso com o sujeito e seu coletivo, a partir de diferentes práticas terapêuticas e corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde (BRASIL, 2004).

Tais políticas são complementares tendo como base e ideais, entre outros princípios a universalidade, equidade, acessibilidade, integralidade, longitudinalidade, coordenação, humanização e vínculo, todos voltados para o cuidado e a atenção à saúde da população (BRASIL, 2015; BRASIL, 2011b; MARTA *et. al.*, 2011).

Todo fato que se interpor a qualquer destes princípios, ainda que parcialmente, compromete seus ideais e interrompe o ciclo virtuoso promovido pelo sinergismo entre os mesmos. Gerando, ainda, desassistência à população, desentrosamento entre os setores afins, descumprimento das atribuições legais, o insucesso da referida política e o desperdício do erário público.

Mesmo com os avanços produzidos pelas políticas até então implantadas por meio do SUS, é inegável que ainda temos alguns desafios a trilhar dentre eles as divergências entre a teoria e a prática (PINTO *et. al.*, 2011).

A execução do planejamento das ações e serviços de saúde é imprescindível para uma atenção a saúde de qualidade, esse muitas vezes não ocorre de forma organizada, esbarrando, muitas vezes, na inexperiência dos

profissionais envolvidos, nos gerenciamentos inadequados, na ausência de ações intersetoriais, na insuficiente capacitação funcional, na falta de vínculo dos colaboradores e, ainda, na falta de fiscalização do processo e na superlotação das unidades (PINTO *et. al.*, 2011; MOIMAZ *et. al.*, 2010). Tais fatores podem estar relacionados ao não preenchimento de vagas por concursos públicos, ausência de planos de carreira e salários adequados, comprometendo ainda mais o processo pela rotatividade dos funcionários, o que provoca baixo vínculo e falta de humanização entre profissionais e população e entre os próprios funcionários (MARTA *et. al.*, 2011; MOIMAZ *et. al.*, 2010; AYRES *et. al.*, 2006).

O excesso de demanda de consultas tem se tornado um problema na maioria das unidades de ESF (ZATELLI *et. al.*, 2013; FARIA 2011; SOUZA *et. al.*, 2008), comprometendo vários aspectos das políticas envolvidas, especialmente no que diz respeito ao acolhimento, à humanização, ao fortalecimento do vínculo e a manutenção do cuidado continuado. Toda equipe de Saúde da Família tem número de atendimento limitado por área de abrangência, no máximo 4 mil pessoas, sendo a média recomendada de 3 mil pessoas ou menos quanto maior o grau de vulnerabilidade (BRASIL, 2011b), onde o cuidado deve ser organizado de acordo com perfil população adscrito.

A falta de organização do cuidado, ainda centrado no atendimento médico, gera um número excessivo de consultas médicas desnecessárias e de forma desorganizada, uma vez que o cuidado integral pautado na equipe ainda é incipiente. Diante destas questões muitos usuários retornam à Unidade todo mês motivados pela exigência ilícita de renovação de receitas médicas, comprometendo a acessibilidade na mesma.

Assim, com as unidades lotadas, algumas das principais queixas apresentadas pela população são: a falta e o fornecimento inadequado de medicamentos pela rede pública; além de irregularidades como a inobservância à legislação vigente relativa às receitas (CRFB, 2012; BRASIL, 1998), quanto ao fornecimento incompleto da quantia prescrita, pelo desrespeito à validade da prescrição (MARTA *et. al.*, 2011; PINTO *et. al.*, 2011; MOIMAZ *et. al.* 2010) e pela recusa de prescrições fornecidas por médicos particulares (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b), o que gera a sobrecarga e conseqüente ineficácia do serviço público de saúde, seja pelo retorno precoce do paciente para renovar sua receita, seja pelo excesso de procura para troca de receitas particulares. Tais condutas são ilegais e caracterizam um desserviço à população, colaboram para a sobrecarga do sistema de saúde pública, maculam as políticas públicas de saúde, colocando em conflito seus setores, e podem gerar agravamentos e o declínio da saúde da comunidade pela ineficácia terapêutica. O cuidado continuado sim é de extrema importância e responsável pela garantia do sucesso terapêutico, devendo ser realizado conforme a orientação médica, variando entre diário, semanal... etc, indicando a necessidade ou não de se alterar a prescrição.

Há experiências exitosas em relação à assistência farmacêutica que poderiam minimizar tal situação, dentre elas estão os exemplos das Prefeituras de Belo Horizonte/MG e São Paulo capital, sobre a validade das receitas de medicamentos não sujeitos a controle especial, estabelecido por consenso com a legislação da ANVISA um prazo de validade de 01 ano e os demais medicamentos sujeitos a controle especial, segundo a portaria 344/98 (BRASIL, 2015; BRASIL, 1998; SÃO PAULO, 2003).

Além disto, a implementação, viabilização e fiscalização da assistência farmacêutica se faz de extrema importância neste contexto, visando o cumprimento da legislação, a prestação da assistência integral ao usuário e a busca da excelência em qualidade, inclusive valendo-se das novas atribuições previstas nas Resoluções do Conselho Federal de Farmácia (CFF) que regulam a prescrição farmacêutica (RES CFF 585, 2013; RES CFF 586, 2013). Deste modo, promover uma reformulação do gerenciamento, voltada à desburocratização do sistema, diminuição da sobrecarga e do retrabalho no ESF e em seus setores congêneres e a geração de melhorias imediatas, ou seja, a curto e médio prazos, sem a necessidade de novos investimentos ou gastos de recursos públicos.

Neste sentido incide a assistência farmacêutica integral, determinante para a organização, qualificação e agregação de valores às ações e serviços de saúde, sendo para tanto necessário integrá-la ao sistema de saúde, tornando-a efetiva, ter trabalhadores qualificados e comprometidos com as políticas públicas de saúde, entre outras funções a dispensação correta e adequada dos medicamentos, garantindo o acesso integral e irrestrito dos serviços e produtos à população (BRASIL 2006b; OLIVEIRA *et. al.*, 2010; COSENDEY *et. al.*, 2000).

Este estudo se justifica por evidenciar os fatos, discutir a problemática e propor ações de melhorias para os setores envolvidos buscando redução do excesso de retrabalho e burocracia, otimizar o funcionamento e a eficácia do ESF, resguardar o direito da população através da proposição de protocolos de ações, de projetos de capacitação dos colaboradores e de melhoria da comunicação e sintonia dos setores.

4. METODOLOGIA

4.1 Local

A intervenção deverá ser realizada na unidade de ESF Antônio Carlos Massaro e demais unidades de saúde municipais, devendo ser espalhada às drogarias no Município de Mococa/ SP.

4.2 Participantes (público-alvo)

Assim, determina como público alvo os usuários do SUS, profissionais da saúde, principalmente os atuantes no SUS e setores afins; estendendo-se à população em geral.

Conta com a participação dos gestores, coordenadores e gerentes do sistema municipal de saúde, profissionais da saúde que atuam em serviços de atenção primária à saúde, profissionais de setores afins e toda a população.

4.3 Ações, Avaliação e Monitoramento

Serão estabelecidos através das seguintes ações:

- Apresentar e divulgar o projeto e protocolos a serem instituídos em cada setor envolvido. Pretende-se informar e instruir primeiramente os participantes do projeto e posteriormente o público alvo sobre a finalidade do mesmo, esclarecendo e dirimindo possíveis dúvidas. Estabelecer os protocolos criados. Espera-se alcançar a compreensão e colaboração de todos, através de seus empenhos e esforços oferecidos. Serão programadas reuniões periódicas (semanais) direcionadas ao conhecimento e aprofundamento nos objetivos do projeto, com duração de uma hora cada, na medida da necessidade, durante um mês. Para ampliação desta estratégia poderá ser usado meios de comunicação diversos, como Rádio, Internet, Redes Sociais..., etc.;

- Realizar treinamento e matriciamento dos profissionais envolvidos, através de cursos, palestras, debates, material impresso... etc., com o intuito de reforçar os princípios abordados e proporcionar capacitação de todos para atuação individual e/ ou coletiva, na busca da excelência. Busca-se estabelecer o entendimento dos participantes e o aprofundamento dos mesmos nos objetivos do projeto, de modo a se tornar um agente multiplicador destes objetivos na teoria e na prática, em busca do aprimoramento contínuo. Prevê reuniões semanais, com duração aproximada de uma hora, durante um mês, quando necessário;

- Coordenar a implantação e o acompanhamento do projeto em âmbito geral, através do monitoramento das ações e resultados obtidos em todos os setores, por intermédio de relatórios mensais emitidos pelas unidades abrangidas, pela exigência de carimbos de fornecimento de medicamentos nas respectivas receitas médicas. Objetiva-se acompanhar de forma contínua a evolução de cada setor envolvido, identificar na prática diária a resolução dos problemas identificados e auxiliar na melhoria do entrosamento intersetorial.

- Divulgar e instruir à população geral, direta e/ ou indiretamente, através de palestras, cartazes, dispositivos gráficos e por intermédio da capacitação dos profissionais envolvidos, em atividades direcionadas aos grupos, por intermédio do ACS na abordagem em visita domiciliar de rotina, etc. Planeja-se alcançar o público alvo por completo para que haja mudança de comportamento significativo, compreensão das novas diretrizes traçadas para o setor de saúde e o gozo dos benefícios gerados pela mesma. Culminando com a otimiza-

ção da dispensação dos medicamentos e, conseqüentemente, a melhoria da saúde da população, com a diminuição dos agravamentos e da ineficácia terapêutica, além da regularização do excesso de procura às unidades de ESF e às próprias drogarias municipais. Deve-se incorporar às reuniões internas semanais das unidades pauta abordando este quesito, para discutir, elaborar ações e fornecer instruções e receber o retorno da população (coleta de dados) pelos funcionários de forma contínua;

- Organizar a agenda e adequar o gerenciamento, continuamente, para melhorar o fluxo nas unidades e diminuir a demanda desnecessária para renovação de receitas, principalmente, em conformidade com as medidas propostas. Através do acolhimento e triagem, orientar o usuário adequadamente com instruções pertinentes aos objetivos deste projeto, direcionando-o ao setor específico conforme sua necessidade.

5. RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se alcançar os seguintes resultados: Extinguir, ou ao menos mitigar, o excesso de demanda para a renovação de receitas de cuidado continuado; Corrigir e otimizar a assistência farmacêutica e o fornecimento de medicamentos no Município; Melhorar a qualidade da atuação da equipe no processo saúde-doença, aumentando a eficácia terapêutica e a promoção à saúde no âmbito do SUS; Diminuir o excesso de burocracia, o retrabalho e o número de reclamações no setor de saúde municipal; Motivar os funcionários através da minimização do retrabalho, do excesso de demanda e estresse, da valorização pessoal e funcional nas unidades e da capacitação profissional; Minimizar o risco de erro e negligência à saúde no serviço público de saúde; Adequar o setor ao cumprimento integral das referidas legislações; Desvincular o cuidado continuado do fornecimento de receitas médicas, vez que o cuidado deve ser frequente (diário, semanal, mensal, trimestral, etc.), conforme cada caso, e a validade da prescrição deve seguir os prazos estabelecidos na legislação; Melhorar a acessibilidade ao setor através do controle do agendamento, das melhorias contínuas da assistência à saúde, acolhimento e humanização do atendimento; Ampliar o atendimento a novos indivíduos da territorialidade, sem alterar o número de vagas ou o quadro de funcionários do setor; Conscientizar o público alvo sobre seus direitos e deveres no processo terapêutico.

6. CRONOGRAMA

Atividades	Out 2015 a Fev 2016	Mar 2016	Abr 2016	Mai 2016	Jun 2016	Jul 2016	Ago 2016	Set 2016	Out 2016
Revisão Bibliográfica	X								
Elaboração do projeto	X	X	X						
Apresentação e Divulgação setorial				X					
Protocolos					X				
Treinamento dos profissionais						X			
Implantação/Acompanhamento							X	x	x
Divulgação/Instrução à População							X	x	x
Organização e adequação do gerenciamento							X	x	x

(X = Intervenção; x = Manutenção)

7. REFERÊNCIAS

AYRES, RCV; PEREIRA, SAOE; ÁVILA, SMN; VALENTIM, W. Acolhimento no PSF: humanização e solidariedade. *O Mundo da Saúde*. São Paulo, v. 30, n. 2, p. 306-311, abr-jun. 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Legislação do SUS. Assistência Farmacêutica no SUS. Coleção Para Entender a Gestão do SUS. Volume 7 - Brasília: CONASS, 2015.*

BRASIL. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico Sobre Substâncias e Medicamentos Sujeitos a Controle Especial. . Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) *Diário Oficial da União* em 19 de maio de 1998.

BRASIL. Portaria nº 2.928/ GM, de 12 de dezembro de 2011. Dispõe sobre os §§ 1º e 2º do art. 28 do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011; *Diário Oficial da União*, Brasília, Seção 1, de 13 de dezembro de 2011a, pág. 65.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, n.204, p.55, 24 out. 2011b. Seção 1, pt1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 43-60 p.*

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006b. 100 p.: il.*

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: política nacional de humanização: relatório de atividades 2003/ Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo da política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.*

CFM – Conselho Federal de Medicina. Resolução 2.077 de 24 de julho de 2014a. Brasília/ DF. – Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2077.pdf>

CFM – Conselho Federal de Medicina. Resolução 2.079 de 14 de agosto de 2014b. Brasília/ DF. – Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2079.pdf>

COSENDEY, MAE; BERMUDEZ, JAZ; REIS, ALA; SILVA, HF; MARIA, AO; LUIZA, VL. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(1):171-182, jan-mar, 2000.

CRFB - Constituição da República Federativa do Brasil de outubro de 1988. 35ª Ed, Brasília, 2012.

ESCOREL, S; GIOVANELLA, L; MENDONÇA, MHM; SENNA, MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Revista Pan-americana de Saúde Pública 21 (2). 2007.

FARIA, R C. Dissertação: PRÁTICAS PROFISSIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA: uma análise do atendimento à demanda espontânea. Juiz de Fora, 2011.

MARTA, SN; GATTI, MAN; DE VITTA, A; SIMEÃO, SFAP; DE CONTI, MHS; SAES, SO; PALMA, R; CARVALHO, RS. Programa saúde da família sob a visão do usuário. Salusvita, Bauru, v. 30, n. 3, p. 159-177, 2011.

MOIMAZ, SAS; MARQUES, JAM; SALIBA, O; GARBIN, CAS; ZINA, LG; SALIBA, NA. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 20 [4]: 1419-1440, 2010.

OLIVEIRA, LCF; ASSIS, MMA; BARBONI, AR. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl. 3):3561-3567, 2010.

PBH. Orientacoes validade receitas medicas 2011 14082014, disponível em:http://ftp.medicina.ufmg.br/ped/arquivos/2014/PBH%20orientacoes_validade_receitasmedicas2011_14082014.pdf

PINTO, CDBS; COSTA, NR; CASTRO, CGSO. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. Ciência e Saúde Coletiva, 16 (6): 2963- 2973, 2011.

RES CFF 585 – Conselho Federal de Farmácia. Resolução 585 de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as Atribuições Clínicas do Farmacêutico e Dá Outras Providências. – Disponível em: www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.

RES CFF 586 – Conselho Federal de Farmácia. Resolução 586 de 29 de agosto de 2013. Regula a Prescrição Farmacêutica e Dá outras Providências. – Disponível em: www.cff.org.br/userfiles/file/noticias/Resolucao586_13

SÃO PAULO - Portaria SMS.G Nº 2.693, de 12 de dezembro de 2003. Normatiza a Prescrição e Dispensação de Medicamentos no Âmbito das Unidades Pertencentes ao Sistema Único de Saúde Sob Gestão Municipal. – Disponível em:

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/legislacao/index.php?p=6342>

SOUZA, ECF; VILAR, RLA; ROCHA, NSPD; UCHOA, AC; ROCHA, PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 5100-5110, 2008.

ZATELLI, GA; DAMO, NG; WEEGE, SA. Avaliação dos Profissionais de Saúde da Estratégia Saúde da Família Sobre a Esf em um Município da Região Sul do Brasil. Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 6, n. 4, p. 27-42, out./dez. 2013