

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE – RS  
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE -  
EAD**

**PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO  
BRASIL: REFLEXÃO ACERCA DO PROCESSO DE  
GESTÃO E ORGANIZAÇÃO**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**Silvana Oliveira dos Santos**

**Restinga Seca, RS, Brasil**

**2015**

**PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO  
BRASIL: REFLEXÃO ACERCA DO PROCESSO DE  
GESTÃO E ORGANIZAÇÃO**

**por**

**Silvana Oliveira dos Santos**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde – EADda Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para a obtenção do grau de **Especialista**.

**Orientador: Prof. Dr. Juliano Perottoni**

**Restinga Seca, RS, Brasil**

**2015**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE – RS  
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE  
- EAD**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o Trabalho de Conclusão de Curso.

**PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL: REFLEXÃO  
ACERCA DO PROCESSO DE GESTÃO E ORGANIZAÇÃO**

Elaborado por  
**Silvana Oliveira dos Santos**

Como requisito para obtenção do grau de  
**Especialista**

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

**Prof.Dr. Juliano Perotoni  
(Orientador)**

---

**Ms. Elisa Vanessa. Heisler  
Primeiro Examinador**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Alitéia Santiago Dilélio  
Segundo Examinador**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eveline Dischkaln Stolz. Suplente  
Suplente**

Restinga Seca, 05 de dezembro de 2015.

## SUMÁRIO

<b>1 ARTIGO CIENTÍFICO - PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL: REFLEXÃO ACERCA DO PROCESSO DE GESTÃO E ORGANIZAÇÃO .....</b>	<b>4</b>
Resumo .....	4
Abstract.....	4
Resumen.....	5
Introdução .....	5
Objetivo .....	6
Método .....	6
Resultados e Discussão.....	7
Considerações Finais .....	11
Referências.....	12
<b>2 ANEXO .....</b>	<b>15</b>

Para a apresentação deste Trabalho de Conclusão optou-se pela elaboração de um artigo científico de reflexão no qual está adaptado nas normas da **Revista de Enfermagem UFPE online/REUOL**, as quais constam no **ANEXO**.

# PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL: REFLEXÃO ACERCA DO PROCESSO DE GESTÃO E ORGANIZAÇÃO <sup>1</sup>

Silvana Oliveira dos Santos<sup>2</sup>, Juliano Perotoni<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Gestão de Organização Pública em Saúde EaD/Universidade Federal de Santa Maria/Pólo Restinga Seca, para obtenção do título de Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.

<sup>2</sup>Especializanda em Gestão de Organizações Públicas em Saúde EaD/Universidade Federal de Santa Maria/Pólo Restinga Seca. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: sil.o.santos@bol.com.br

<sup>3</sup>Professor da Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões. E-mail: julianoead@gmail.com

## RESUMO

**Objetivo:** analisar o processo de gestão e organização do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB). **Método:** estudo de reflexão teórico-crítico acerca da forma de organização e gestão do Programa Farmácia Popular do Brasil com prévia revisão de literatura fundamentada em estudos científicos, livros e manuais do Ministério da Saúde. **Resultados:** o estudo da temática possibilitou a reflexão sobre o surgimento e organização da política de acesso aos medicamentos representada pelo PFPB, bem como as potencialidades e desafios desse Programa para a ampliação do acesso universal aos medicamentos. **Conclusão:** a gestão do acesso aos medicamentos de uso contínuo representada pelo PFPB apresentou um considerável avanço de ampliação e qualificação da oferta de acesso aos fármacos no país. Este Programa mostrou-se como uma política que tem por finalidade minimizar as disparidades no acesso a estes. **Descritores:** Política de Medicamentos; Assistência Farmacêutica; Saúde Pública.

## ABSTRACT

**Objective:** analyze the process of management and organization of the program Popular Pharmacy of Brazil (PFPB). **Method:** study of theoretical and critical reflection on the form of organization and management of the Popular Pharmacy Program Brazil with previous literature review based on scientific studies, books and manuals of the Ministry of Health. **Results:** the theme of the study makes it possible to reflect on the emergence and organization of the policy of access to medicines represented by PFPB as well as the opportunities and challenges of this program for the expansion of access to medicines. **Conclusion:** the management of access to continuous medication represented by PFPB been of considerable expansion of advancement and qualification offering access to drugs in the country. This program shows up as a policy that aims to minimize disparities in access to these.

**Descriptors:** Drug Policy; Pharmaceutical care; Public health.

## RESUMEN

**Objetivo:** analizar el proceso de gestión y organización del programa Farmacia Popular de Brasil (PFPB). **Método:** estudio de la reflexión teórica y crítica sobre la forma de organización y gestión del Programa Farmacia Popular de Brasil con la revisión de la literatura anterior sobre la base de estudios científicos, libros y manuales del Ministerio de Salud. **Resultados:** el tema del estudio permite reflexionar sobre la aparición y la organización de la política de acceso a los medicamentos representados por PFPB, así como las oportunidades y los retos de este programa para la expansión del acceso a los medicamentos. **Conclusión:** la gestión de acceso a la medicación continua representada por PFPB ha sido de considerable expansión de avance y oferta de cualificación acceso a los medicamentos en el país. Este programa se presenta como una política que tiene como objetivo minimizar las disparidades en el acceso a estos.

**Palabras clave:** Políticas de Drogas; Servicios Farmacéuticos; Salud pública.

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) prevê o acesso universal e equitativo às ações e serviços de saúde.<sup>1</sup> Nesse sentido, o acesso universal e gratuito a medicamentos essenciais padronizados pelo SUS é garantido pela Constituição Brasileira e pelo Artigo 6º da Lei 8080/90, que assegura a assistência terapêutica integral, incluindo a assistência farmacêutica.<sup>2,3</sup> O acesso aos medicamentos envolve uma complexa rede de atores, públicos e privados, que desempenham diferentes papéis em função do contexto econômico, político e social do país.<sup>4</sup> Além disso, o acesso aos medicamentos se dá mediante a disponibilidade destes, sua acessibilidade geográfica e aceitabilidade, bem como da capacidade aquisitiva das pessoas.<sup>5</sup>

A criação do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) em 2004, representou um esforço do governo federal em participar do financiamento de medicamentos no país e atender às diretrizes das políticas públicas de medicamentos. O PFPB foi criado com a perspectiva de enfrentar agravos voltados às doenças mais comuns entre os cidadãos e reduzir os gastos com medicamentos no orçamento familiar. Além disso, preconiza a ampliação de ações voltadas à universalização do acesso da população aos medicamentos, por meio do atendimento igualitário de pessoas usuárias ou não de serviços públicos de saúde.<sup>6</sup> Contudo, a disponibilização de medicamentos de forma contínua e em quantidade adequada às necessidades da população se transpõe como um desafio a ser superado.<sup>4</sup>

As estratégias e modalidades de atendimento previstas no PFPB foram sucessivamente modificadas, com adoção de diferentes iniciativas. Em 2004, o Programa baseou-se na abertura de farmácias estatais, gerenciadas na esfera federal pela Fundação Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz), em parceria com gestores estaduais de saúde e, principalmente, gestores municipais.<sup>7,8</sup>

A partir de 2006, mediante parceria com o comércio varejista farmacêutico em âmbito nacional, a expansão do Programa ocorreu pela modalidade conhecida como ‘Aqui tem Farmácia Popular’. Nessa mudança, as farmácias da rede privada, uma vez credenciadas ao Programa, passaram a vender medicamentos a um custo menor, com o subsídio do governo federal.<sup>9</sup>

Diante da importância da universalização do acesso a medicamentos para a saúde da população e do papel do PFPB para a ampliação do acesso a medicamentos do ponto de vista de política pública, o PFPB promove a qualidade de assistência, bem como a desoneração do sistema público, com o uso da logística de distribuição do sistema privado. Esse Programa tem buscado a conformidade de ação entre os dois modelos de gestão (público e privado), representada pela distribuição gratuita ou subsidiada de medicamentos à população.<sup>10</sup>

Frente à relevância do tema e da necessidade de melhorar a compreensão sobre o PFPB, tendo como motivação ser farmacêutico de uma rede privada e trabalhar cotidianamente com este Programa, este estudo de reflexão se propõe aprimorar o processo de gestão e organização do PFPB vigente no território brasileiro, favorecendo um melhor direcionamento das ações dos gestores para a ampliação e qualificação do acesso a medicamentos, no sentido de contribuir para a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população de usuários de medicamentos do país.

## **OBJETIVO**

Analisar o processo de gestão e organização do Programa Farmácia Popular do Brasil.

## **MÉTODO**

Estudo de reflexão teórico-crítico acerca da forma de organização e gestão do Programa Farmácia Popular do Brasil por meio de políticas de saúde e desenvolvimento desta. Previamente, foi conduzida uma revisão da literatura fundamentada em estudos científicos, livros e manuais do Ministério da Saúde (MS).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A temática estudada possibilitou que emergissem dois eixos para reflexão *a) Processo de gestão e organização do Programa Farmácia Popular do Brasil; b) Desafios da gestão e potencialidade de ampliação do Programa Farmácia Popular do Brasil*. Cada um dos eixos está descrito a seguir.

### **Processo de gestão e organização do Programa Farmácia Popular do Brasil**

O Governo Federal através do Ministério da Saúde (MS) vem desenvolvendo políticas de ampliação do acesso da população aos medicamentos, nesse contexto, em outubro de 1998 foi aprovada a Política Nacional de Medicamentos (PNM), tendo como diretrizes gerais a adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), a regulamentação sanitária de medicamentos, a reorientação da assistência farmacêutica, a promoção do uso racional de medicamentos, a promoção da produção de medicamentos e a garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos.<sup>11,12</sup>

Uma dessas políticas de ampliação de acesso aos medicamentos foi a criação do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) em 2004, pela Lei nº 10.858/04 e regulamentada pelo decreto nº 5.090/04. Sua criação teve como objetivo principal ampliar a rede Farmácia Popular do Brasil em parceria com os governos estaduais e municipais. O PFPB foi criado com a perspectiva de enfrentar agravos de alto impacto na Saúde Pública e reduzir os gastos com medicamentos no orçamento familiar.<sup>6,8</sup> Esse Programa prevê ampliação de ações voltadas à universalização do acesso da população

aos medicamentos, por meio do atendimento igualitário de pessoas usuárias ou não de serviços públicos de saúde<sup>7</sup> e também diminuir o impacto causado pelos gastos com medicamentos no orçamento familiar.<sup>13,8</sup>

Em 2006 ocorreu a necessidade de expansão para as farmácias e drogarias privadas (Portaria nº 491/06), ofertando medicamentos pagos em parte pelo Governo Federal e em parte pelo cidadão, o qual obtinha até 90% de desconto<sup>14</sup>, essa expansão do programa recebeu a denominação “Aqui Tem Farmácia Popular”.<sup>15,16</sup> Na atualidade, desde a criação de dois planos de ação do governo federal: “Saúde Não Tem Preço” e “Brasil Sem Miséria” (BSM) em 2011, o fornecimento de medicamentos para hipertensão e diabetes na rede privada tornou-se gratuito nos estabelecimentos que possuem adesão ao PFPB. O cumprimento destas ações é decorrente de um acordo entre MS e sete indústrias farmacêuticas e do comércio de fármacos.<sup>16</sup> É importante ressaltar que essa importante atuação do MS não isenta a responsabilidade dos gestores estaduais e municipais de continuarem fornecendo esses medicamentos, no entanto, muitas vezes estes não estão disponíveis nas farmácias da atenção primária à saúde.<sup>16</sup>

Os medicamentos disponibilizados nos dois modelos de gestão (público e privado) que compõem o PFPB pertencem ao RENAME<sup>17</sup> e foram definidos pelo MS considerando-se as evidências epidemiológicas e prevalências de doenças e agravos à saúde.<sup>18</sup> Inicialmente a lista de medicamentos oferecida pelo PFPB priorizava fármacos que atuassem sobre o sistema cardiovascular, renal, sistema nervoso central e periférico, além de anti-infectantes.<sup>8</sup> Em 2006, o programa passou atender portadores de hipertensão e diabetes e, posteriormente, abrangeu a oferta de anticoncepcionais.<sup>19</sup>

Atualmente, buscando facilitar a adesão ao tratamento de doenças crônicas, a partir de fevereiro de 2011 os medicamentos indicados para o tratamento da hipertensão e diabetes passaram a ser dispensados sem custos para o usuário além da inclusão da dispensação de fraldas geriátricas e medicamentos para a asma.<sup>20</sup> Observa-se que a política desenvolvida pelo PFPB do ponto de vista social, facilita o direito de acesso aos medicamentos dos usuários do SUS com vistas a qualificar os serviços de saúde.

Na sua totalidade, os medicamentos comercializados no PFPB, 10% são de referência e 90% são genéricos ou similares. No grupo de medicamentos gratuitos (para asma, diabetes e hipertensão), a participação de genéricos e similares chega a 94%.<sup>21</sup> O PFPB é extremamente organizado baseado na regra de periodicidade de compra, onde para dispensação de medicamentos para hipertensão, diabetes, dislipidemia, asma, rinite, Parkinson e osteoporose o prazo para que os usuários do Programa possam retirar

os medicamentos é de 30 dias, enquanto para anticoncepcionais o prazo varia de 25 a 90 dias e para o tratamento do glaucoma o prazo é de 25 dias e para fraldas geriátricas o prazo é de 10 dias, no entanto, a validade da receita para fazer uso do benefício do PFPB de anticoncepcionais é de 1 ano, e para os medicamentos de hipertensão, diabetes, dislipidemia, asma, rinite, Parkinson, osteoporose e fraldas geriátricas a validade é de 90 dias.<sup>17</sup>

A sistematização do PFPB na rede privada de farmácias se dá pelo registro das movimentações de produtos, determinadas como saídas para os usuários, pelo sistema informatizado DATASUS, com o devido registro e emissão do respectivo cupom fiscal.<sup>8</sup> Esse sistema necessita manter-se atualizado em relação a dispensação de medicamentos mediante interligação do sistema de conexão da empresa e o DATASUS. Para autorização dos medicamentos será fundamental conter o CNPJ do estabelecimento, CPF do paciente, CRM do médico que emitiu a prescrição, Unidade federativa que emitiu o CRM do médico prescritor, além do que a prescrição deve conter data de emissão não superior a 180 dias para os medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos e 365 dias para os anticoncepcionais. No preenchimento no sistema DATASUS é essencial informar o código de barras do produto, a quantidade diária prescrita dos medicamentos para hipertensão e diabetes indicando a quantidade de comprimidos consumida e no caso das insulinas a dispensação sempre ocorre em função das mL utilizadas diariamente.<sup>22</sup>

Na tentativa de ampliação ao acesso de medicamentos, a aquisição dos mesmos disponibilizados pelo PFPB é dada pela apresentação de receituário médico ou odontológico, oriundos tanto da rede pública ou privada. Para obtenção do benefício o usuário precisa apresentar um documento de identidade com foto, CPF e receita médica dentro do prazo de validade. As receitas têm validade de quatro meses. O Programa também permite o acesso no caso de pessoas que possuem algum problema de locomoção ou tenha mais de 60 anos, estas podem solicitar a retirada do medicamento por um representante legal mediante uma procuração simples (com firma reconhecida) que autorize a retirada além de apresentar para a farmácia a receita médica atualizada, documentos de identificação do paciente beneficiário e do próprio representante.<sup>22</sup>

Mostrando-se como um Programa idôneo, no momento da venda pelo PFPB é realizado o arquivamento da receita médica e da documentação de identificação mediante digitalização, e o cupom fiscal é emitido após o registro junto ao DATASUS, o qual deve ser assinado ou com a impressão digital em caso de analfabeto.<sup>17</sup> Nesta

perspectiva, o programa PFPB pretende estabelecer um modelo de assistência e atenção farmacêutica qualificada onde no momento da dispensação ocorre orientações sobre quaisquer informações relativas à saúde, aos medicamentos, ou, ainda, de interesse ou necessidades dos usuários do PFPB através da orientação .<sup>8,12</sup>

### **Desafios da gestão e potencialidade de ampliação do Programa Farmácia Popular do Brasil**

Como uma tentativa a fim de ampliar o acesso da população aos medicamentos e a redução dos gastos orçamentários para os cuidados em saúde, a proposta do PFPB é um estímulo do governo Federal que há 11 anos está se mostrando bem adequado a finalidade proposta de dispensação de medicamentos a um custo zero. No entanto, cabe mencionar como um desafio dos gestores federais o balanceamento dos gastos quando a dispensação de medicamentos ocorre em farmácias privadas, onde o repasse do governo Federal deve adequar-se aos recursos financeiros disponíveis. Assim, novas estratégias de como monitorar o repasse às farmácias privadas devem ser adotadas na tentativa de superar esse desafio bem como buscar ganhos de eficiência do Programa.<sup>23</sup>

Constata-se que a utilização da via de distribuição privada de medicamentos aos usuários do PFPB, concede a muitos casos, a garantia da continuidade do tratamento, pois as farmácias e drogarias comerciais possuem sistemas de gestão e maior controle dos recursos, além de facilitar a assistência farmacêutica uma vez que a presença do farmacêutico neste ambiente é constante. Isso evita que ocorram falhas no fornecimento de medicamentos, o que muitas vezes acontece quando o mesmo desloca-se a buscar seus medicamentos em farmácias de postos de saúde municipais onde o estoque de medicamentos é escasso, pelo fato de que os medicamentos que são dispensados nestes locais sofrem processo licitatório para aquisição de medicamentos.<sup>17</sup>

Uma tentativa a fim de ampliar o acesso da população aos medicamentos é o maior estímulo e a atuação das indústrias farmacêuticas estatais. Além de diminuir a necessidade de importação de remédios, tem como consequência redução de valor e, portanto, maior acesso. Essa produção de medicamentos pela rede pública pode contribuir para minimizar os problemas de suprimento de determinados medicamentos, no sistema público de saúde.<sup>24</sup>

No sentido de aperfeiçoar o PFPB algumas novas alternativas devem ser pensadas e executadas como, por exemplo, cruzar as informações do DATASUS das drogarias privadas com as dos serviços públicos, assim seria possível identificar os usuários de ambos os sistemas de forma que não haja duplicidade de atendimento pelo Programa, além de que seria uma ferramenta útil para que os profissionais verifiquem a adesão ao tratamento pelos pacientes. Outro importante avanço do PFPB seria o acesso através do cartão SUS, onde seria possível o cruzamento dos dados clínicos gerados pelos serviços públicos e assim, oportunizaria um melhor acompanhamento dos usuários e prestaria uma assistência farmacêutica adequada a cada caso específico. Essas alternativas complementaríamos de certa forma o Programa a fim de que este se torne efetivamente parte integrante do sistema de saúde e possa cumprir seu papel estratégico de acesso aos medicamentos essenciais.<sup>18, 20</sup>

É uma ação permanente do Ministério da Saúde buscar aprimorar o Programa com vistas à otimização do uso dos recursos e ampliação dos atendimentos. Nesse contexto, é importante reforçar aos médicos quais os fármacos que compõem a lista de medicamentos ofertados pelo Programa, assim, estes poderiam direcionar a prescrição para medicamentos da lista, reduzindo os gastos com medicamentos de uso contínuo.<sup>20,16</sup> Outro aspecto importante no que tange a gestão deste Programa se refere a proposta da Atenção Farmacêutica, com a dispensação dos medicamentos mediante orientação ao usuário, bem como o acompanhamento e o monitoramento de seu tratamento, além da educação em saúde aos usuários do PFPB.<sup>18</sup>

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Inúmeros desafios ainda existem para que o sistema de saúde brasileiro supere as barreiras de dificuldade de acesso e torne-se um sistema de cobertura universal e equitativa. Este artigo de reflexão buscou tratar da organização e gestão de uma política de acesso aos medicamentos de uso contínuo representada pelo PFPB.

O PFPB alcançou destaque no SUS, pois se mostrou como uma política de acesso aos medicamentos à um grande número de usuários. A iniciativa de abertura desta política para o setor privado revelou este Programa como uma garantia para aquisição de medicamentos às pessoas mais necessitadas, buscando efetivar ainda mais

o sistema de saúde público a fim de que se torne universal, igualitário, integral e de qualidade aos usuários. Por outro lado, este Programa tenciona os gestores da saúde a uniformizar a participação do setor privado e do setor público nesta política de medicamento com vistas à equidade no acesso a este serviço de saúde.

Embora as bases legais e normativas da política de acesso aos medicamentos de uso contínuo de forma gratuita já foram bem estabelecidas pelo PFPB. No entanto, ainda existem muitos desafios a serem rompidos para sua consolidação como um Programa de integral acesso a toda a parcela de usuários do SUS, considerando que a facilidade geográfica de acesso ao PFPB em municípios pequenos ainda é incipiente.

Todavia é inegável a contribuição do PFPB como uma ferramenta que potencializa a efetivação da melhoria da qualidade de vida dos usuários dos serviços de saúde, porém, cabe ressaltar que este importante Programa pode ainda expandir o rol de medicamentos incluindo antineoplásicos entre outros medicamentos importantes para tratamento de doenças crônicas.

## REFERÊNCIAS

1. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* [Internet]. 2011 [cited 2015 Sep 12];377(9779):1779-97. Available from: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(11\)60054-8.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(11)60054-8.pdf)
2. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.
3. Brasil. Presidência da República. Lei n. 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. Brasília, 1990.
4. Boing AC, Bertoldi AD, Boing AF, Bastos JL, Peres KG. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2013 [cited 2015 Nov 08];29(4):691-701. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v29n4/07.pdf>
5. World Health Organization. Management Sciences for Health. Defining and measuring access to essential drugs, vaccines, and health commodities. [Internet]. 2000 [cited 2015 Nov 08]. Available from: [http://projects.msh.org/seam/reports/measuring\\_access\\_Dec2000.pdf](http://projects.msh.org/seam/reports/measuring_access_Dec2000.pdf)

6. Brasil. Casa Civil. Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004. Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz -Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. Brasília; 2004a.
7. Brasil. Decreto nº. 5.090 de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei no 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa “Farmácia Popular do Brasil”, e dá outras providências. Brasília; 2004b.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Programa Farmácia Popular do Brasil: manual básico. Brasília; 2005.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 184, de 3 de fevereiro de 2011. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. Brasília; 2011.
10. Batista NB. Avaliação do impacto do Programa Farmácia Popular em uma rede independente de drogarias [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, Mestrado em Gestão Empresarial; 2015.
11. Brasil. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização. 2. ed. Brasília; 2006a.
12. Khodr MM. Programa Farmácia Popular do Brasil: um estudo de caso da Farmácia Popular da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul [trabalho de conclusão de curso]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Curso de Bacharel em Economia; 2012.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Ata da centésima quadragésima segunda reunião ordinária do CNS, 05 e 06 de maio de 2004. Brasília; 2004c.
14. Brasil. Portaria Nº 491 de Março de 2006. Dispõe sobre a expansão do Programa “Farmácia Popular do Brasil”. Brasília; 2006b.
15. Brasil. Portaria nº 749, de 15 de abril de 2009. Dispõe sobre a expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil- Aqui Tem Farmácia Popular”. Brasília; 2009.
16. Miranda VIA. Utilização do Programa Farmácia Popular entre idosos da zona urbana de Pelotas/RS [dissertação]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, Mestrado em Epidemiologia; 2014.
17. Ferreira RLF. Análise de implantação do Programa Farmácia Popular do Brasil no Rio de Janeiro e no Distrito Federal: um estudo de casos [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Mestrado em Saúde Pública; 2007.
18. Costa KS, Francisco PMSB, Barros MBA. Conhecimento e utilização do Programa Farmácia Popular do Brasil: estudo de base populacional no município de Campinas-SP. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2014 [cited 2015 Nov 10];23(3):397-408. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/ress/v23n3/1679-4974-ress-23-03-00397.pdf>

19. Pereira MA. Programa Farmácia Popular no Brasil: uma análise sobre a sua relação com o Complexo Econômico-Industrial da Saúde e os programas estratégicos do Governo Federal [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Mestrado em Saúde Pública; 2013.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Farmácia Popular do Brasil contabiliza mais de 20 mil pontos de distribuição de medicamentos no país. Brasília; 2012.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Programa Farmácia Popular do Brasil: manual de informações às unidades credenciadas. Brasília; 2008.
22. Rodrigues LS, Barbosa ER, Ribeiro V, Duarte JM, Silva PR. Análise da percepção da qualidade da gestão da saúde pública no programa de saúde familiar da cidade de Rio Paranaíba. In: Anais Congresso Internacional de Administração; 2015 set 21-25; Ponta Grossa, Brasil. [Internet]. 2015 [cited 2015 Nov 05]. Available from: [file:///C:/Documents%20and%20Settings/bibenf.CABURE/Meus%20documentos/Downloads/01434933077%20\(1\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/bibenf.CABURE/Meus%20documentos/Downloads/01434933077%20(1).pdf)
23. Oliveira EA, Labra ME, Bermudez J. A produção pública de medicamentos no Brasil: uma visão geral. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2006 [cited 2015 Nov 05];22(11):2379-89. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006001100012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100012)

## **ANEXO - Normas da Revista de Enfermagem UFPE online/REUOL**

### Diretrizes para Autores

Revista de Enfermagem UFPE online/REUOL/JournalofNursing UFPE online/JNUOL  
Prof. Dr. Ednaldo Cavalcante de Araújo (Editor-Chefe)  
Av. Prof. Moraes Rego, 1235 / Bl. A do Hospital das Clínicas  
CEP: 50670-901 - Cidade Universitária - Recife (PE), Brasil  
E-mail: [reuol.ufpe@gmail.com](mailto:reuol.ufpe@gmail.com)

### **POLÍTICA EDITORIAL**

#### **AVALIAÇÃO DUPLO CEGA PELOS PARES (*Double blindpeerreview*)**

Previamente à publicação, todos os artigos enviados à Reuol passam por processo de revisão e arbitragem, como forma de garantir seu padrão de qualidade e a isenção na seleção dos trabalhos a serem publicados. Inicialmente, o artigo é avaliado pelo Editor-Chefe para verificar se está de acordo com as normas de publicação e completo. Todos os trabalhos são submetidos à avaliação pelos pares (*Double blindpeerreview*) por pelo menos três revisores selecionados dentre os membros da Equipe Editorial. A aceitação é baseada na originalidade, significância, conteúdo, adequação bibliográfica e contribuição científica. Os revisores preenchem o formulário da Reuol [[http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/files/INSTRUMENTO DE AVALIACAO MAR 2013.doc](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/files/INSTRUMENTO_DE_AVALIACAO_MAR_2013.doc)], no qual fazem a apreciação rigorosa de todos os itens que compõem o trabalho. Ao final, farão comentários gerais sobre o trabalho e opinarão se o mesmo deve ser publicado, corrigido segundo as recomendações. De posse desses dados, o editor toma a decisão final. Em caso de discrepâncias entre os avaliadores, pode ser solicitada uma nova opinião para melhor julgamento. Quando são sugeridas modificações pelos revisores, as mesmas são encaminhadas ao autor principal e, a nova versão encaminhada aos revisores para verificação se as sugestões/exigências foram atendidas. Em casos excepcionais, quando o assunto do manuscrito assim o exigir, o Editor poderá solicitar a colaboração de um profissional que não conste da relação do Conselho Editorial para fazer a avaliação. Todo esse processo é realizado por meio do sistema de submissão e gerenciamento da publicação online. O sistema de avaliação é o duplo cego, garantindo o anonimato em todo processo de avaliação. A decisão sobre a aceitação do artigo para publicação ocorrerá, sempre que possível, no prazo de três meses a partir da data de seu recebimento. As datas do recebimento e da aprovação do artigo para publicação são informadas no artigo publicado com o intuito de respeitar os interesses de prioridade dos autores.

#### **IDIOMA/TRADUÇÃO**

Os artigos podem ser redigidos nos idiomas Português/Inglês/Espanhol, obedecendo à ortografia oficial de cada idioma, empregando a linguagem fácil e precisa e evitando-se a informalidade da linguagem coloquial. O artigo com a aprovação para publicação deverá ser encaminhado para um ou mais dos tradutores indicados em uma lista pela Revista + empresas, sendo o custo financeiro de responsabilidade dos autores. No entanto, não será aceita a tradução feita por outro/s tradutor/es, apenas dos que estão indicados com o envio da “declaração de tradução” + cópia duplicada do artigo para o autor x editor.

#### **PESQUISA COM SERES HUMANOS E ANIMAIS**

Os autores devem, no item Método, declarar que a pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa de sua Instituição (enviar declaração assinada que aprova a pesquisa), em consoante à Declaração de Helsinki revisada em 2000 [World Medical Association ([www.wma.net/e/policy/b3.htm](http://www.wma.net/e/policy/b3.htm))] e da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>). Também, faz-se obrigatório o envio de cópia de aceitação do projeto no CEP como documento suplementar ou anexo ao final do artigo. Na experimentação com animais, os autores devem seguir o CIOMS (Council for International Organization of Medical Sciences) Ethical Code for Animal Experimentation (WHO Chronicle 1985; 39(2):51-6) e os preceitos do Colégio Brasileiro de Experimentação Animal - COBEA ([www.cobea.org.br](http://www.cobea.org.br)). O Corpo Editorial da Revista poderá recusar artigos que não cumpram rigorosamente os preceitos éticos da pesquisa, seja em humanos ou animais. Os autores devem identificar precisamente todas as drogas e substâncias químicas usadas, incluindo os nomes do princípio ativo, dosagens e formas de administração. Devem, também, evitar nomes comerciais ou de empresas.

### **POLÍTICA PARA REGISTRO DE ENSAIOS CLÍNICOS**

A Reuol, em apoio às políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto, somente aceitará para publicação, a partir de julho de 2010, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, disponível no endereço: <http://clinicaltrials.gov> ou no site do Pubmed, no item. O número de identificação deve ser registrado ao final do resumo.

### **DIREITOS AUTORAIS E DE RESPONSABILIDADE**

O autor responsável pela submissão do artigo deverá encaminhar pelo sistema online da Reuol, como documento suplementar, a **DECLARAÇÃO DE DIREITO AUTORAL E DE RESPONSABILIDADE** assinada por todos os autores, acessada pelo link: [http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/authorship\\_responsibility.doc](http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/authorship_responsibility.doc)

### **CRITÉRIOS DE AUTORIA**

Que sejam adotados os critérios de autoria dos artigos segundo as recomendações do International Committee of Medical Journal Editors. Assim, apenas aquelas pessoas que contribuíram diretamente para o conteúdo intelectual do trabalho devem ser listadas como autores.

Os autores devem satisfazer a todos os seguintes critérios, de forma a poderem ter responsabilidade pública pelo conteúdo do trabalho:

1. Ter concebido e planejado as atividades que levaram ao trabalho ou interpretado os resultados a que ele chegou, ou ambos;
2. Ter escrito o trabalho ou revisado as versões sucessivas e tomado parte no processo de revisão;
3. Ter aprovado a versão final.

A responsabilidade pelo conteúdo de artigos submetidos à REUOL é dos autores. Embora as informações nesta Revista sejam consideradas verdadeiras e precisas ao serem publicadas, nem o editor nem os membros da equipe editorial podem aceitar qualquer responsabilidade legal por quaisquer erros ou omissões que possam ser feitas.

A editoria não oferece nenhuma garantia, expressa ou implícita, com relação ao material publicado.

Pessoas que não preencham tais requisitos e que tiveram participação puramente técnica ou de apoio geral, podem ser citadas na seção Agradecimentos.

### **CONFLITOS DE INTERESSES e DECLARAÇÃO**

Os conflitos de interesses podem ser da esfera política, acadêmica, comercial, pessoal e financeira. Portanto, solicitamos que o autor, ao submeter artigos à REUOL, que copie e cole no local apropriado da submissão cada DECLARAÇÃO:

"Eu, autor responsável pela submissão do artigo, certifico que não possuo quaisquer conflitos de interesse relacionado ao artigo."

"Eu, autor responsável pela submissão do artigo, certifico que este autor não possui quaisquer conflitos de interesse relacionado ao artigo."

O Conselho Editorial da REUOL não rejeitará artigos em função de conflitos de interesse, pois reconhece que são inevitáveis.

### **PREPARO PARA SUBMISSÃO DO ARTIGO**

#### **◆ LAYOUT DA PÁGINA:**

1) **PAPEL OFÍCIO** (21,59 x 35,56 cm)

2) **MARGENS DA PÁGINA:** de 2,0 cm em cada um dos lados

◆ **LETRA:** Trebuchet MS de 12-pontos

◆ **NÃO USAR** rodapé/notas/espacamento entre parágrafos/não separar as seções do artigo

◆ **ESPAÇAMENTO DUPLO ENTRE LINHAS** em todo o ARTIGO

◆ **IDIOMAS:** Português e/ou Inglês e/ou Espanhol. Em se tratando de tradução\* o artigo o ORIGINAL deve ser encaminhado também como documento suplementar ou em arquivo único (ORIGINAL + TRADUÇÃO). \*A Reuol indica por meio de LISTA REVISORES/TRADUTORES BI e TRILÍNGUES. Consulta ao Editor deve ser feita antes da TRADUÇÃO.

◆ **TEXTO:** sequencial e justificado sem separar as seções (página inicial e as que se seguem).

#### **◆ NÚMERO DE PÁGINAS:**

1) **20 PÁGINAS** (excluindo-se página inicial, agradecimentos e referências);

2) **PÁGINAS NUMERADAS** no ângulo superior direito a partir da página de identificação;

3) **MARGENS LATERAIS DO TEXTO:** 1,25 cm.

◆ **NÚMERO DE REFERÊNCIAS:** 30 no máximo (atualizadas nos últimos 5 anos, quando convier)

◆ **NÃO APRESENTAR**, de preferência, referências de monografias, dissertações e teses (exceto quando a pesquisa incluir Banco de dissertações/teses em pesquisas de Revisões), **APRESENTAR** os **ARTIGOS ORIUNDOS**.

◆ **TÍTULOS:** Português/Inglês/Espanhol, com 10 a 15 palavras; **NÃO EMPREGAR: siglas e elementos institucional, do universo geográfico, de dimensão regional, nacional ou internacional.** Apresentar apenas os elementos do OBJETO DE ESTUDO ou dos DESCRITORES DeCS: <http://decs.bvs.br>

◆ **AUTORES:** 06 (seis) no máximo.

Abaixo dos títulos (**NÃO USAR** rodapé), texto sequencial e justificado após o/s nome/s completo/s do/s autor/es:

1) Formação, maior titulação, principal instituição a que pertence, cidade, estado (sigla), país e E-mail.

2) Para o autor responsável para troca de correspondência: endereço completo (Rua; Av.; Bairro; Cidade; Estado; CEP, telefone e fax).

♦ **RESUMOS:** Português/Inglês/Espanhol, NÃO MAIS que 150 palavras. Deve-se iniciar e sequenciar o texto com letra minúscula após os seguintes termos: **Objetivo: Método: Resultados: Conclusão: \*\*Descritores/Descriptors/Descritores:**

\*Devem ser extraídos do vocabulário "[Descritores em Ciências da Saúde](http://decs.bvs.br)" (DeCS: <http://decs.bvs.br>), quando acompanharem os resumos em português, e do [Medical SubjectHeadings \(MeSH\)](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html), para os resumos em inglês. Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

♦ **TEXTO:** os textos de manuscritos **originais, estudos de casos clínicos, de revisões de literatura sistemática e integrativa** devem apresentar: 1) Introdução; 2) Objetivo/s; 3) Método; 4) Resultados; 5) Discussão; 6) Conclusão;

7) Agradecimentos (opcional);

8) Referências

(Estilo Vancouver: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)). As demais categorias terão estrutura textual livre, porém as **REFERÊNCIAS** são obrigatórias.

♦ **TABELAS** (conjunto **TABELAS** + **FIGURAS** = 05): devem ser elaboradas para reprodução direta pelo Editor de Layout, sem cores, inseridas no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte superior, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto, conteúdo em fonte 12 com a primeira letra em maiúscula, apresentadas em tamanho máximo de 14 x 21 cm (padrão da revista) e comprimento não deve exceder 55 linhas, incluindo título. Se usar dados de outra fonte, publicada ou não, obter permissão e indicar a fonte por completo. Não usar linhas horizontais ou verticais internas. Empregar em cada coluna um título curto ou abreviado. Colocar material explicativo em notas abaixo da tabela, não no título. Explicar em notas todas as abreviaturas não padronizadas usadas em cada tabela.

♦ **ILUSTRAÇÕES** (conjunto **FIGURAS** + **TABELAS** = 05): fotografias, desenhos, gráficos e quadros são considerados Figuras, as quais devem ser elaboradas para reprodução pelo editor de layout de acordo com o formato da REUOL, sem cores, inseridos no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte inferior, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto. As figuras devem ser elaboradas no programa Word ou Excel permitindo acesso ao conteúdo e não serem convertidas em figura do tipo JPEG, BMP, GIF, etc. Os dados devem estar explícitos (n e %). Enviar as planilhas do Excel.

♦ **CITAÇÕES:** as citações serão identificadas no texto por suas respectivas numerações sobrescritas, sem a identificação do autor e ano, sem uso do parênteses e colocado após o ponto final, quando convier (vide exemplo)\*. Números sequenciais devem ser separados por hífen; números aleatórios, por vírgula.

\*Ex: (1). deixá-lo sem o parêntese, sobrescrito e colocado após o ponto final.<sup>1</sup>

Nas citações diretas até três linhas incluí-las no texto, entre aspas (sem itálico) e referência correspondente conforme exemplo: 13:4 (autor e página); com mais de três linhas, usar o recuo de 4 cm, letra tamanho 12 e parágrafo 2,0 linhas (sem aspas e sem itálico), seguindo a indicação de autor e data.

Depoimentos: na transliteração de comentários ou de respostas, seguir as mesmas regras das citações, porém em itálico, com o código que representar cada depoente entre parênteses.

♦ **REFERÊNCIAS:** de acordo com o Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas — Estilo Vancouver: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

- Os títulos de periódicos devem ser referidos abreviados, de acordo com o Index Medicus: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals>.
- Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consultar o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano.
- Na lista de referências, as referências devem ser numeradas consecutivamente, conforme a ordem que forem mencionadas pela primeira vez no texto.
- Referenciar o(s) autor(e)s pelo sobrenome, apenas a letra inicial é em maiúscula, seguida do(s) nome(s) abreviado(s) e sem o ponto.
- Quando o documento possui de um até seis autores, citar todos os autores, separados por vírgula; quando possui mais de seis autores, citar todos os seis primeiros autores seguidos da expressão latina “et al”.
- Com relação a abreviatura dos meses dos periódicos consultar: <http://www.revisoeserevisoes.pro.br/gramatica/abreviaturas-dos-meses/> (não considerar o ponto, conforme o Estilo Vancouver recomenda: Jan Feb Mar Apr May June July AugSeptOctNovDec

#### EXEMPLOS:

1. Castro SS, Pelicioni AF, Cesar CLG, Carandina L, Barros MBA, Alves MCGP et al. Uso de medicamentos por pessoas com deficiências em áreas do estado de São Paulo. Rev saúde pública [Internet]. 2010 [cited 2012 June 10];44(4):601-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n4/03.pdf>
2. Rozenfeld M. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. Cad saúde pública [Internet]. 2003 [cited 2012 May 10];19(3):717-24. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n3/15875.pdf>
3. Loyola Filho AI, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Prevalências e fatores associados à automedicação : resultados do projeto Bambuí. Rev saúde pública [Internet]. 2002 [cited 2011 Nov 12];36(1):55-62. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v36n1/8116.pdf>
4. Mendes Z, Martins AP, Miranda AC, Soares MA, Ferreira AP, Nogueira A. Prevalência da automedicação na população urbana portuguesa. Rev bras ciênc farm [Internet]. 2004 [cited 2011 Jun 15];40(1):21-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v40n1/05.pdf>
5. Vilarino JF, Soares IC, Silveira CM, Rodel APP, Bortoli R, Lemos RR. Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil. Rev saúde pública [Internet]. 1998 [cited 2011 Dec 13];32(1):43-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v32n1/2390.pdf>

#### O TEMPO DE PUBLICAÇÃO...

A prioridade é publicar artigos na **CATEGORIA ORIGINAL** depois de **três (03) meses** assim que o processo de avaliação for finalizado. Assim as demais categorias, ficam com o prazo além dos três (03) meses ou será publicado em edições especiais.

#### Itens de Verificação para Submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. **Checklist** preenchido, disponível em: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/files/MODELO\\_CHECKLIST\\_MAR\\_2013.doc](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/files/MODELO_CHECKLIST_MAR_2013.doc) ; 2) **Cópia** de aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos ou Animais, conforme a pertinência;

3) **Arquivo** do artigo em Microsoft Word; 4) **Formulário** de declaração. Download em: [http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/authorship\\_responsibility.doc](http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/authorship_responsibility.doc)

2. ► Em havendo pendência por incompletude ou inadequação, será solicitada correção/adequação. Caso não seja atendida, a submissão será arquivada.

#### Declaração de Direito Autoral

O(s) autor(es) abaixo assinado(s) transfere(m) todos os direitos autorais do manuscrito bi(tri)lingue (TÍTULO DO ARTIGO) à Revista de Enfermagem UFPE online/Reuol.

O(s) signatário(s) garante(m) que o artigo é original, que não infringe os direitos autorais ou qualquer outro direito de propriedade de terceiros, que não foi enviado para publicação em nenhuma outra revista e que não foi publicado anteriormente.

O(s) autor(es) confirma(m) que a versão final do manuscrito foi revisada e aprovada, pois os seguintes critérios foram atendidos, de modo a poderem ter responsabilidade pública pelo conteúdo do trabalho:

1. Ter concebido e planejado as atividades que levaram ao trabalho ou interpretado os resultados a que ele chegou, ou ambos;
2. Ter escrito o trabalho ou revisado as versões sucessivas e tomado parte no processo de revisão;
3. Ter aprovado a versão final.

Concordo/amos que o manuscrito bi(tri)lingue, uma vez publicado, torna-se propriedade permanente da Revista de Enfermagem UFPE online/Reuol e não pode ser publicado sem o consentimento por escrito do Editor-Chefe.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 12

Local e data

Assinatura \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_