

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

**ANÁLISE DE PRESCRIÇÕES MEDICAMENTOSAS DISPENSADAS NO
CENTRO DE SAÚDE MODELO DE PORTO ALEGRE**

Fernanda Silveira Vargas

Porto Alegre, Dezembro de 2013.

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

**ANÁLISE DE PRESCRIÇÕES MEDICAMENTOSAS DISPENSADAS NO
CENTRO DE SAÚDE MODELO DE PORTO ALEGRE**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito para obtenção de título de
farmacêutico pelo curso de Farmácia da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.**

Fernanda Silveira Vargas

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

Co-orientadora: Farm^a. Cibele Dresch

Porto Alegre, Dezembro de 2013.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me iluminado todos esses anos da minha vida.

Gostaria de fazer um agradecimento especial aos meus pais que me apoiaram durante toda a trajetória da faculdade. Agradeço a minha querida mãe, Carmen Rosana Silveira Vargas por todo amor e palavras de otimismo sempre e meu pai, Waldecy Inácio de Vargas, por todo o incentivo e apoio incondicional durante toda a minha vida.

Agradeço também ao meu amigo e companheiro, Daniel Lanes Costa, que me apoiou durante a faculdade, tanto nos momentos bons, quanto nos difíceis que percorri durante essa trajetória.

Agradeço à farmacêutica Cibele Dresch, minha co-orientadora nesse trabalho, pelo auxílio durante a execução desse projeto.

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

APRESENTAÇÃO

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

SUMÁRIO

ARTIGO	5
RESUMO	6
ABSTRACT	7
INTRODUÇÃO	9
METODOLOGIA.....	13
RESULTADOS E DISCUSSÃO	14
CONCLUSÃO	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
APÊNDICE	40
ANEXO.....	41

ARTIGO

Análise de prescrições medicamentosas dispensadas no Centro de Saúde Modelo de Porto Alegre

Analysis of drug prescriptions dispensed by Centro de Saúde Modelo from Porto Alegre.

Fernanda Silveira Vargas¹, Cibele Dresch² & Denise Bueno³

¹ Acadêmica de Farmácia - Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

² Farmacêutica, Secretaria Municipal de Saúde Porto Alegre

³ Professora Associada do Departamento de Produção e Controle de Medicamentos - Faculdade de Farmácia, Universidade federal do Rio Grande do Sul

Endereço para correspondência:

Denise Bueno, Prof^ª. Dr^ª.

Departamento de Produção e Controle de Medicamentos

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Faculdade de Farmácia

Avenida Ipiranga, 2752

Porto Alegre, RS – Brasil

CEP: 90.610-000

Telefone: (51) 3308-5767

e-mail: denise.bueno@ufrgs.br

RESUMO

O objetivo desse estudo foi analisar o padrão das prescrições de diferentes procedências do município de Porto Alegre, dispensadas no Centro de Saúde Modelo. Trata-se de um estudo transversal retrospectivo desenvolvido no período de julho a agosto de 2013, onde através das prescrições medicamentosas foi gerado um banco de dados. Foram analisadas 1000 prescrições medicamentosas, onde 51,3% eram de procedência hospitalar, 29,8% do Centro de Saúde Modelo, 12,2% de outras Unidades Básicas de Saúde e 6,7% de convênios/particulares. A média de medicamentos por prescrição foi mais elevada nas prescrições hospitalares (3,5). Das 513 prescrições hospitalares, 8,7% identificaram o endereço do paciente, 46,6% eram digitalizadas, 0,4% apresentaram rasuras e em 3,7% houve item prescrito errado. Em 30,9% das prescrições a posologia estava completa. Do total das prescrições do C.S Modelo, 0,67% não apresentaram data, 5,37% o carimbo do prescritor, 4,7% abreviaram medicamentos, 66,8% utilizaram a expressão “uso externo/uso interno”. Das prescrições provenientes de Unidades Básicas de Saúde, 0,82% não determinaram a data, 6,55% estavam ilegíveis, 1,64% não determinaram forma farmacêutica. Considerando unidades internacionais de medida, 22,13% não utilizaram e 14,75% estavam ilegíveis. Das 67 prescrições do sistema privado de saúde, 1,5% não tinham assinatura do prescritor e 4,5% omitiram o nome completo do paciente, 29,85% não usaram a DCB/DCI, 31,35% não identificaram a via de administração e o tempo de duração do tratamento, 50,75% não identificaram a quantidade total necessária para o tratamento. Em 10,45% das prescrições, a concentração do medicamento não foi determinada e estava ilegível. Em 3,03% das prescrições não havia posologia e em 62,28%, a posologia estava incompleta. Losartana potássica apresentou maior demanda não atendida nas prescrições hospitalares (4,68%), do Centro de Saúde Modelo (5,03%) e do sistema privado de saúde (2,98%), já nas prescrições de Unidades Básicas de saúde Carverdilol e Vitaminas do Complexo B foram os mais solicitados (1,62%).

Palavras-chave: saúde pública, erros de medicação, assistência farmacêutica.

ABSTRACT

The object of this study was to analyze the pattern of the prescriptions from different sources in the city of Porto Alegre, dispensed at the Centro de Saude Modelo. This is a retrospective cross-sectional study developed during the period from July to August 2013, through which drug prescriptions generated a database. A total of 1000 drugs prescriptions were evaluated, where 51,3% came from the hospital, 29,8% from the Centro de Saude Modelo, 12,2% from another basic health units and 6,7% of agreements/individuals. The average number of drugs per prescription was higher in hospital prescriptions (3,5). Of the 513 hospital prescriptions, 8,7% identified the address of the patient, 46,6% were digitalized, 0,4% presented deletions and 3,7% there were prescribed wrong items. In 30,9% of prescriptions the dosage was complete. The total amount of prescriptions from the Centro de Saude Modelo, 0,67% had no date, 5,37% the prescriber stamp, 4,7% shortened medications, 66,8% used the expression “external use/internal use”. Prescriptions from Basic Health Units, 0,82% did not determine the date, 6,55% were unreadable, 1,64% had no pharmaceutical form. Considering international units of measure, 22,13% did not use and 14,75% were unreadable. Of the 67 prescriptions from the private health system, 1,5% had no signature of the prescriber and 4,5% did not state the full name of the patient, 29,85% did not use the DCB/DCI, 31,35% did not identify the guide of administration and the duration of treatment, 50,75% did not identify the total amount required for treatment. In 10,45% of the prescription, the drug concentration was not determined and were unreadable. In 3,03% of prescriptions did not had dosage and in 62,28% the dosage was incomplete. Losartan had higher unmet demand in hospital prescriptions (4,68%), from the Centro de Saude Modelo (5,03%) and from the private health system (2,98%) while for the prescriptions of the Basic Health Units Carverdilol and B Vitamins were the most required (1,62%).

Key words: public health, medications errors, pharmaceutical care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Número total de medicamentos por prescrição e média de medicamentos por prescrição	16
Tabela 2 -	Conformidades da data e identificação do prescritor	17
Tabela 3 -	Informações sobre o paciente.....	18
Tabela 4 -	Utilização da DCB/DCI, abreviações de medicamentos, legibilidade e número de prescrições digitalizadas.....	20
Tabela 5 -	Número de prescrições em que não foi expresso a via de administração, tempo de duração e quantidade suficiente para o tratamento	21
Tabela 6 -	Número de prescrições que não estavam adequados concentração do medicamento, forma farmacêutica e unidades internacionais de medida.....	23
Tabela 7 -	Número de prescrições classificadas com posologia incompleta, com intervalos de administração, completa e sem posologia	25
Tabela 8 -	Lista dos cinco medicamentos mais requisitados e não atendidos pelo Centro de Saúde Modelo de cada procedência.....	29

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Número de prescrições dispensadas por procedência da prescrição	15
---	----

INTRODUÇÃO

Os medicamentos têm a propriedade de curar, prolongar a vida e retardar o aparecimento de complicações devido às enfermidades, facilitando o convívio do paciente com a doença. A evolução científica dos medicamentos facilitou essa relação através de duas vertentes: uma resultante do processo de prescrição, dando significado a uma ferramenta essencial para minimizar o sofrimento do paciente. A outra relacionada à sua utilização, que traz prejuízos inestimáveis à população, sendo considerada, também como um problema de saúde pública mundial (ANACLETO *et al*, 2010).

Fatores relacionados ao modo de utilização refletem-se no efeito terapêutico. O uso inadequado de medicamentos promove prejuízo à saúde, além de um desperdício de recursos, a princípio pagos pelos pacientes (LAGE *et al*, 2005). No Brasil, estima-se que aproximadamente um terço das internações efetuadas no país são consequências do uso inadequado de medicamentos (AQUINO, 2008).

O uso incorreto de medicamentos pode proporcionar diversos prejuízos à saúde, entre eles efeitos adversos. Estudos demonstram que mais da metade dos erros de medicação ocorrem no estágio de prescrição (KAWANO, 2006).

Milhões de prescrições medicamentosas geradas, anualmente, pelo sistema de saúde público brasileiro apresentam deficiência em alguns requisitos técnicos e legais, essenciais para uma dispensação adequada e utilização correta dos medicamentos (LYRA *et al*; 2004). A prescrição medicamentosa é um instrumento essencial para a terapêutica e uso adequado de medicamentos, é uma ordem escrita dirigida ao farmacêutico, definindo como o medicamento deve ser fornecido ao paciente, e a esse determinando as condições em que o fármaco deve ser utilizado (FUCHS & WANNMACHER, 2010)

Leis, portarias e resoluções normatizam a prescrição medicamentosa no Brasil. Há também aspectos éticos a serem seguidos. O código de Ética Médico veda “receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestados, ou

quaisquer outros documentos médicos”. Já o Código de Ética Farmacêutico define que esse profissional deve informar e assessorar o paciente sobre a utilização correta do medicamento, requerer confirmação do prescritor sobre dosagens que ultrapassem os limites farmacológicos ou sobre incompatibilidades na prescrição, quando necessário (FUCHS & WANNMACHER, 2010).

A prescrição medicamentosa é normatizada no país, principalmente, pelas leis federais 5991/73 e 978799 e pela Resolução nº 357/2001 do Conselho Federal de Farmácia, que define as Boas Práticas em Farmácia (FUCHS & WANNMACHER, 2010).

Com base nas regulamentações, apresentam-se alguns princípios para uma prescrição medicamentosa adequada:

1. A prescrição deve ser escrita sem rasuras, por extenso e de forma legível, utilizando tinta e de acordo com o sistema de pesos e medidas. Datilografia e impressão por computador são aceitáveis.
2. Deve conter nome e endereço residencial do paciente.
3. Não utilizar abreviaturas em formas farmacêuticas, via de administração, quantidades ou intervalos de doses.
4. Deve-se utilizar receituário específico para medicamentos controlados.
5. Deve conter data e assinatura do profissional, endereço do consultório ou residência e número da inscrição no respectivo conselho profissional.
6. É importante a especificação do modo de uso de cada medicação, para não haver confusão por parte dos pacientes.
7. Deve-se estar atento para a grafia de números, com zeros e vírgulas, evitando erros grosseiros de dosagem.

Outro elemento que afeta a prescrição e o andamento do tratamento terapêutico é a forma como estão organizadas as intervenções do processo saúde – doença (COLOMBO *et al*, 2004). Nos últimos anos, o modelo de assistência à saúde brasileira vem passando por mudanças. Em 1988, o

direito à saúde passou a ser assegurado pela Constituição Federal Brasileira, através do artigo 196, o qual decreta que é dever do estado garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988).

A importância do acesso aos medicamentos foi estabelecida com a elaboração da Lei Orgânica da Saúde 8.080/90, a qual explicita que cabe ao Sistema Único de Saúde (SUS) a execução de ações de assistência terapêutica integral, incluindo a Assistência Farmacêutica (BRASIL, 1990).

Em 1998 foi criada a Política Nacional de Medicamentos no Brasil (PNM), aprovada através da portaria nº 3.916 de outubro de 1998, com a intenção de ampliar a oferta de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade, promovendo o seu uso racional e aumentando o acesso da população àqueles considerados indispensáveis (BRASIL, 1998).

A resolução 338/04 foi publicada em 2004 pelo Conselho Nacional de Saúde, estabelecendo a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), a qual reforça a ideia de que a assistência farmacêutica é parte do cuidado à saúde individual ou coletiva, tendo no medicamento o insumo essencial, cujo acesso deve ser garantido com uso racional (BRASIL, 2004).

Medicamentos essenciais, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), são aqueles que satisfazem às necessidades de saúde prioritárias da população, os quais devem ser selecionados por critérios de eficácia, segurança, conveniência, qualidade e custo favorável. Eles devem estar acessíveis em todos os momentos, na dose apropriada, a todos os segmentos da sociedade (WHO, 2005).

Entre os avanços que ocorreram com a política farmacêutica, destaca-se a criação da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) (VIEIRA, 2010). A RENAME trata-se de um documento de referência nacional, norteador da Política Nacional de Medicamentos, da Política de Assistência Farmacêutica e da produção do mercado farmacêutico. Serve para orientar e subsidiar os estados e municípios, na elaboração das suas respectivas relações de medicamentos - REMUME.

As Relações Municipais de Medicamentos Essenciais (REMUME) devem ser elaboradas para atender às necessidades específicas da população de cada município, tendo a RENAME como modelo.

O Centro de Saúde Modelo tem a sua lista de medicamentos disponíveis guiado pela REMUME do município de Porto Alegre. Esse centro de Saúde atende prescrições oriundas do sistema único de saúde, sejam elas de outros postos de saúde ou hospitais e recentemente do sistema privado de saúde.

Esse trabalho objetivou averiguar o padrão de prescrição das diferentes procedências do município de Porto Alegre, dispensadas no Centro de Saúde Modelo para tentar buscar instrumentos que possam trazer melhorias para o atendimento dos usuários.

METODOLOGIA

A revisão bibliográfica sobre o tema “análise de prescrições medicamentosas” fundamentou-se em pesquisas na base de dados Milene/Pubmed, LILACS- Literatura Latino Americana e do Caribe e SciELO através das seguintes palavra chave: prescrições de medicamentos, saúde pública, serviços de saúde, uso racional de medicamentos, erros de medicação, assistência farmacêutica.

A metodologia empregada foi a de um estudo transversal retrospectivo, no qual foram avaliadas prescrições medicamentosas dispensadas na farmácia de medicamentos básicos do Centro de Saúde Modelo, na cidade de Porto Alegre, RS. O Centro de Saúde Modelo tem em sua estrutura a presença de três farmácias: Farmácia de medicamentos básicos, Farmácia de medicamentos controlados e Farmácia homeopática. A farmácia de medicamentos básicos do Centro de Saúde Modelo dispensa em média 370 prescrições por dia, e atende a população das oito às dezessete horas. O quadro de funcionários da farmácia de medicamentos básicos é composto por uma farmacêutica, dois funcionários no turno da manhã e tarde, três estagiários no turno da manhã e um no turno da tarde. Os medicamentos disponibilizados no centro de Saúde Modelo são provenientes

da Secretária Municipal de Saúde de Porto Alegre a partir da Relação Municipal de Medicamentos – REMUME- (BRASIL, 2012).

Foram utilizadas prescrições médicas arquivadas da farmácia do Centro de Saúde Modelo, as quais foram fotografadas para posterior análise. Foram analisadas cinquenta prescrições do período da manhã e cinquenta prescrições dispensadas no período da tarde, durante duas semanas (22 de julho a 2 de agosto de 2013).

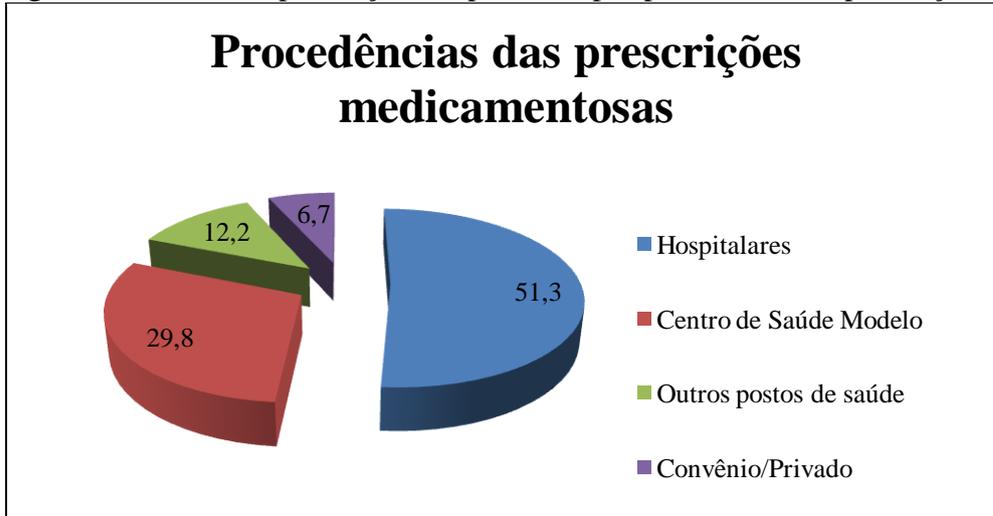
A partir das prescrições fotografadas foi gerado um banco de dados. As receitas foram separadas conforme a sua procedência (Centro de Saúde Modelo, Hospitais, UBS, Sistema Privado) e analisados os seguintes itens: média do número de medicamentos por prescrição, legibilidade, uso da Denominação Comum Brasileira (DCB), data, assinatura, identificação do prescritor, identificação do paciente, uso de abreviaturas, posologia, via de administração, tempo de duração do tratamento, quantidade suficiente para o tratamento, concentração do medicamento, forma farmacêutica, unidades internacionais de medida, demanda não atendida.

Este estudo foi submetido ao comitê de ética da UFRGS e aguarda parecer formal, sendo que informalmente foi autorizado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisadas 1000 prescrições medicamentosas. Dentre essas, 51,3% eram de procedência hospitalar (n= 513), 29,8% originadas do Centro de Saúde Modelo (n= 298), 12,2% procedentes de outras Unidades Básicas de Saúde (n=122) e 6,7% foram oriundas de convênios/particulares (n= 67) (Figura 1)

Figura 1: Número de prescrições dispensadas por procedência da prescrição.



Fonte: elaborado pela autora

As prescrições hospitalares apresentaram em média 3,5 medicamentos por prescrição, apresentando o maior valor encontrado. Observou-se menor número de medicamentos prescritos nas prescrições oriundas de outros postos de saúde (Tabela 1). Esse dado pode ser explicado pelo caráter preventivo dos postos de saúde, ou seja, de menor gravidade quando comparado ao atendimento em hospitais. A politerapia, a qual entende-se pelo uso de vários medicamentos para tratar doenças concomitantes, pode causar interações medicamentosas. O número de medicamentos por prescrições do Centro de Saúde Modelo, Unidades de Saúde e Sistema Privado de Saúde foram semelhantes a resultados de outros estudos encontrados no Brasil, tais como os realizados em Ribeirão Preto 2,4 medicamentos por prescrição médica (SANTOS; NITRINI, 2004) e Porto Alegre, 2,75 medicamentos por prescrição medicamentosa (GUZATO; BUENO, 2007). No entanto, vale ressaltar que a OMS considera valores acima de 2,2 com tendência à polimedicação (LINS; CAZZAMALLI; ZANCARO, 2012). Ou seja, apesar de prescrições das Unidades de Saúde apresentarem o menor valor de polimedicação entre as procedências analisadas, ainda assim, considerou-se que existe polimedicação nessas prescrições, pois a média de medicamentos por prescrição encontrado nas receitas de Unidades de Saúde (2,60) excedeu ao valor que a OMS considera não ter tendência de polimedicação.

Tabela 1: Número total de medicamentos por prescrição e média de medicamentos por prescrição.

Itens analisados	Hospitais	CS Modelo	Unidades de Saúde	Privado
Número total de medicamentos prescritos	1787	882	318	185
Média de medicamentos por prescrição	3,48	2,96	2,60	2,76

Fonte: elaborado pela autora

Das prescrições procedentes do Centro de Saúde Modelo, duas não continham a data (0,67%). Nas prescrições hospitalares apenas uma prescrição estava sem a data, sendo equivalente a 0,20% do total de prescrições analisadas dessa procedência. Em uma prescrição de outros postos de saúde a data estava rasurada (0,82%). Nas prescrições de convênios/sistema privado não observou-se irregularidades em relação a data (Tabela 2).

As prescrições do sistema privado apresentaram maior percentual de prescrições sem a assinatura do prescriptor (Tabela 2). Quando o parâmetro avaliado foi a falta de carimbo ou número de CRM/CRO/COREN, observou-se um maior percentual nas prescrições do Centro de saúde Modelo (5,37%).

Para assegurar a validade de uma prescrição medicamentosa, a data e identificação do prescriptor são fundamentais. A informação da data pode até ser considerada, por alguns, como dispensável, mas a sua presença na prescrição medicamentosa funciona com um referencial fundamental para o acompanhamento da evolução histórica do paciente e para que os medicamentos sejam dispensados, administrados e avaliados a cada tempo padronizado (GUZZATO; BUENO, 2007).

A falta do carimbo ou identificação do conselho regional do prescriptor pode prejudicar a comunicação do farmacêutico com o prescriptor, no caso do surgimento de eventuais dúvidas no momento da dispensação do medicamento ao paciente. (LINS; CAZZAMALLI; ZANCARO, 2012). Por isso a importância desse parâmetro estar presente na prescrição.

Tabela 2: Conformidades da data e identificação do prescritor.

Itens analisados	Hospitais	CS Modelo	Unidades de Saúde	Privado
Prescrições sem data	0,20% (1)	0,67% (2)	0%	0%
Data rasurada	0%	0%	0,82% (1)	0%
Falta da assinatura do prescritor	0,97% (5)	0,67% (2)	0,82% (1)	1,5% (1)
Falta do carimbo/CRM do prescritor	2,14% (11)	5,37% (16)	4,1 % (5)	4,5 % (3)

Fonte: elaborado pela autora

Quanto às prescrições oriundas de convênios/particulares, 4,5% não identificaram o nome completo do paciente, ou seja, continham apenas o primeiro no nome do usuário. As prescrições hospitalares foram as mais completas em relação a identificação do paciente, pois apenas 0,4% das prescrições não continham o nome completo do paciente e 8,7% tinham o endereço completo do usuário, sendo esse o valor mais expressivo entre as procedências analisadas (Tabela 3). Esse dado pode ser explicado pelo fato de 46,6% das prescrições hospitalares serem digitalizadas (Tabela 4). Existe facilidade de armazenamento das informações do paciente quando as prescrições são digitalizadas, pois as prescrições eletrônicas possibilitam a disponibilidade de um banco de dados do pacientes como endereço, idade, peso, suas prescrições anteriores, medicamentos utilizados, entre outros.

Prescrição medicamentosa sendo um documento individualizado, deve conter informações específicas sobre o paciente a quem é destinada. A identificação do paciente é necessária e indispensável para o aviamento da receita (AGUIAR *et al*; 2006). A falta de um ou mais elementos de identificação poderá gerar erros, principalmente quando existirem homônimos. A falta de identificação do paciente também pode gerar problemas após a dispensação se houver necessidade do contato da farmácia com o usuário.

Tabela 3: Informações sobre o paciente.

Itens analisados	Hospitais	CS Modelo	Unidades de Saúde	Privado
Prescrições sem o nome completo do paciente	0,4% (2)	1,68% (5)	4,1% (5)	4,5% (3)
Prescrições com o endereço do paciente	8,7% (45)	6,04% (18)	4,92% (6)	7,5% (5)

Fonte: elaborado pela autora

A utilização de nome comercial de medicamentos foi mais expressiva em prescrições com procedência convênio/privado, sendo que 29,85% das receitas apresentaram ao menos um medicamento com o nome comercial. Um percentual de 9,0% a 10,4% foi encontrado nas demais procedências, sendo considerado um valor também elevado. Esses dados demonstram o descumprimento da RDC 16/2007 da ANVISA, que orienta que todas as prescrições no âmbito do SUS devem ser escritas obrigatoriamente pela Denominação Comum Brasileira (DCB) ou na sua falta pela Denominação Comum Internacional (DCI) (BRASIL, 2007).

É importante prescrever medicamentos pela Denominação Comum Brasileira, pois existem no mercado farmacêutico milhares de produtos com nomes comerciais e aparência semelhante, mas com indicações terapêuticas diversas. Representam, assim, um alto potencial de erro devido as suas semelhanças. Segundo a Lei 9.787 de 1999, no caso do prescritor não desejar permitir a intercambialidade do medicamento de marca prescrito pelo genérico, essa manifestação deverá ser feita por escrito, de forma legível e clara. (BRASIL, 1999).

A abreviação de medicamentos foi semelhante para todas as procedências variando de 3,7% a 4,7%. As receitas oriundas de hospitais apresentaram menos prescrições com abreviações medicamentosas (3,7%), enquanto nas receitas provenientes do Centro de Saúde Modelo observou-se o maior percentual de prescrições com abreviações de medicamentos (4,7%).

A utilização de abreviaturas em prescrições médicas é uma das causas mais citadas de erros de medicação por seu potencial de confusão e falhas de comunicação, sendo já antiga a ideia de eliminar o seu uso (ROSA *et al*; 2009).

Quando a abreviação do nome de medicamentos ocorre com abreviaturas que são do domínio dos dispensadores, como é o caso do AAS (ácido acetil salicílico), apesar de não ser a forma mais correta de prescrever, não trazem risco ao paciente pelo fato de serem comumente utilizados. A abreviação desse medicamento foi observada entre 11,5% e 15% das prescrições. No entanto, lançar mão desse recurso é considerado, em muitos estudos, um problema para a administração segura de medicamentos, pois conduz a obscuridade de compreensão de significados, principalmente se estiver ilegível (GIMENES *et al.*, 2006)

As demais unidades de saúde que apareceram no estudo apresentaram o maior percentual de prescrições ilegíveis, sendo de 6,55%. Os hospitais, apesar do elevado número de prescrições digitalizadas apresentaram 4,1% de suas receitas ilegíveis. As prescrições oriundas do Centro de Saúde Modelo e do sistema privado tiveram 1,35% e 1,5%, respectivamente, de suas prescrições ilegíveis.

A legibilidade da receita é fundamental para uma dispensação correta. Uma prescrição ilegível pode comprometer a interpretação correta do medicamento prescrito, via de administração, dosagem, posologia, podendo levar a erros graves, como a dispensação do medicamento errado ou até mesmo a overdose. A ilegibilidade da prescrição pode interromper o processo de assistência à saúde, pois a prescrição não pode ser lida. Tentar deduzir a escrita de um profissional é um exercício arriscado que pode ser causa de erros de medicação, pois permite a possibilidade de gerar danos ao paciente, inclusive, dependendo da medicação e do paciente, até mesmo o seu óbito (GALATO *et al.*, 2008).

As prescrições do Centro de Saúde Modelo são na sua totalidade redigidas manualmente, apresentando um número reduzido de receitas ilegíveis, quando comparado com as demais procedências.

Tabela 4: Utilização da DCB/DCI, abreviações de medicamentos, legibilidade e número de prescrições digitalizadas.

Itens analisados	Hospitais	CS Modelo	Unidades de Saúde	Privado
Não utilização da DCB/DCI	9,95% (51)	10,4 (31)	9,02% (11)	29,85% (20)
Abreviação de medicamentos	3,7% (19)	4,7% (14)	4,1% (5)	4,5% (3)
Abreviação de ácido acetil Salicílico	11,7% (60)	13,4% (40)	11,5% (14)	15% (10)
Ilegibilidade	4,1% (21)	1,35% (4)	6,55% (8)	1,5% (1)
Prescrições digitalizadas	46,6% (239)	0%	1,64% (2)	12% (8)

Fonte: elaborado pela autora

Em 31,35% das receitas de convênios/privado a via de administração não foi especificada, sendo esse o maior valor entrado. As prescrições hospitalares foram as que menos omitiram esse dado, no entanto, o valor também foi considerado significativo (12,5%).

De 32,84 à 66,8% das prescrições utilizaram a expressão Uso externo/uso interno substituindo a via de administração. As prescrições do Centro de Saúde Modelo foram as que mais citaram a via de administração por essa expressão (66,8%).

A omissão da via de administração ou a sua descrição de forma imprecisa pode induzir ao erro de medicação, e até mesmo levar a via e/ou técnica de aplicação do medicamento incorreta. Podendo ocorrer modificação de fatores farmacológicos do fármaco, principalmente a absorção (GUZZATO & BUENO, 2007).

A benzilpenicilina benzatina é um exemplo de medicamento em que a descrição da via de administração é de suma importância, pois a administração através da via incorreta pode ser letal. A via de administração correta desse medicamento é a via intramuscular, se for administrado por via intravenosa pode causar embolia ou reações tóxicas. Caso seja administrado por via intra-arterial poderá ocorrer gangrena da extremidade ou órgão, e ainda se for administrada por via subcutânea poderá causar dor e endureção, segundo dados da MedicinaNet (2013) e P.R. Vade mécum (2006-07).

O tempo de duração do tratamento e a quantidade suficiente para o tratamento foram pouco especificados em prescrições do sistema privado, sendo que em 31,35% e 50,75%, respectivamente, dessas receitas faltavam esses itens. Em 8,4% das prescrições do Centro de Saúde Modelo o tempo de duração do tratamento não foi especificado, sendo que esse foi o menor percentual encontrado entre as procedências analisadas. Em 15,6% das prescrições de postos de saúde a quantidade de medicamentos suficiente para o tratamento não foi determinada, sendo esse o valor minoritário entre as procedências avaliadas. Apenas em duas prescrições hospitalares observou-se rasuras na quantidade de medicamentos suficiente para o tratamento. Entre 2,46% e 3,7% das prescrições estavam com a quantidade de medicamentos incoerente com a duração do tratamento, e foram consideradas erradas (Tabela 5).

Especificar na prescrição a quantidade de medicamento necessário para o tratamento e a duração do tratamento em questão é importante para evitar que um produto seja utilizado por um tempo inferior ou superior ao desejado. Nas prescrições de antimicrobianos, por exemplo, esses dados são muito relevantes para o tratamento, pois o tratamento realizado de maneira inadequada implica em aumento de taxas de resistência bacteriana e pode ocasionar em prejuízos à saúde do paciente (ABRANTES *et al*; 2002).

Tabela 5: Número de prescrições em que não foi expresso a via de administração, tempo de duração e quantidade suficiente para o tratamento.

Itens analisados	Hospitais	CS Modelo	Unidades de Saúde	Privado
Falta da via de Administração	12,5% (64)	24,5% (73)	14,75% (18)	31,35% (21)
Uso da expressão “Externo/Interno”	37,8% (194)	66,8% (199)	46,7% (57)	32,84% (22)
Tempo de duração do tratamento	15,6% (80)	8,4% (25)	14,75% (18)	31,35% (21)
Quantidade de medicamentos necessária	37,6% (193)	20,5% (61)	15,6% (19)	50,75% (34)

Continua

Tabela 5: Número de prescrições em que não foi expresso a via de administração, tempo de duração e quantidade suficiente para o tratamento.

Itens analisados	Hospitais	CS Modelo	Unidades de Saúde	Privado
Quantidade de medicamentos rasurada	0,4% (2)	0%	0%	0%
Quantidade de medicamentos errada	3,7% (19)	3,35% (10)	2,46% (3)	2,98% (2)

Fonte: elaborado pela autora

Das receitas originadas de convênios/sistema privado 10,45% não discriminaram a concentração de pelo menos um medicamento e em 10,45% das mesmas, a concentração estava ilegível. Em 1,17% das prescrições hospitalares esse dado também não estava descrito, sendo esse percentual o menor encontrado entre as procedências. A ilegibilidade da concentração de medicamentos prescritos no Centro de saúde Modelo, hospitais e UBS foram 3,7%, 4,5% e 4,92%, respectivamente (Tabela 6).

As prescrições do Centro de Saúde Modelo foram as que melhor especificaram a forma farmacêutica, sendo que em apenas uma receita esse dado não estava presente. Nas demais procedências, a falta da forma farmacêutica variou entre 1,17% e 1,64%.

Muitos medicamentos apresentam-se com mais de uma concentração, a levotiroxina sódica é um exemplo, sendo que esse medicamento tem dez concentrações diferentes (25, 50, 75, 88, 100, 112, 125, 150, 175 e 200 mg). A falta da concentração do medicamento pode impedir o ato da dispensação do medicamento. A ocorrência de erros na dispensação e administração pode ser evitada com a presença de especificações como a concentração e forma farmacêuticas de medicamentos, pois a falta desses itens podem afetar diretamente o paciente (SAMPAIO; CAMPOS, 2009).

As prescrições oriundas de outros postos de saúde foram as mais deficientes quando o item analisado foram as unidades internacionais de medida. Em 22,13% dessas prescrições, as unidades internacionais de medida não estavam descritas e em 14,75% estavam ilegíveis (Tabela 6).

Tabela 6: Número de prescrições que não estavam adequados concentração do medicamento, forma farmacêutica e unidades internacionais de medida

Itens analisados	Hospitais	CS Modelo	Unidades de Saúde	Privado
Falta da concentração do medicamento	1,17% (6)	3,7% (11)	3,28% (4)	10,45% (7)
Concentração ilegível	4,5% (23)	3,7% (11)	4,92% (6)	10,45% (7)
Falta da forma farmacêutica	1,17% (6)	0,34% (1)	1,64% (2)	1,4% (1)
Sem unidades internacionais de medida	9,95% (51)	24,8% (74)	22,13% (27)	16,42% (11)
Unidades internacionais de medida ilegíveis	6,24% (32)	6,04% (18)	14,75% (18)	8,95% (6)

Fonte: elaborado pela autora

Para a análise da posologia, as prescrições foram estratificadas de três formas: posologia incompleta, posologia com intervalos de administração, posologia completa e sem posologia.

Foram classificadas como posologia incompleta as prescrições em que muitas informações a respeito da posologia estavam omitidas, ou seja, essas prescrições citavam apenas quantas vezes o medicamento deveria ser administrado ao dia, mas não especificavam informações importantes como horários de administração, utilização de alimentos ou se o paciente deveria administrar o medicamento em jejum. Para ser classificada como prescrição de posologia com intervalos, a receita deveria citar o intervalo de horas entre uma administração e outra. Para a prescrição ser definida como completa em relação à posologia, ela deveria ter especificado o horário ou turno de administração, além de determinar se o medicamento deveria ser ingerido em jejum, com alimentos, e outras informações relevantes para facilitar a administração. As prescrições sem posologia não citaram nenhuma informação para auxiliar o paciente em como utilizar o medicamento.

Do total das prescrições analisadas, 475 apresentaram posologia incompleta, variando de 42,68% a 62,28%. Em 26,42% das prescrições hospitalares a posologia tinha especificado os intervalos de administração, percentual semelhante foi encontrado em receitas do sistema privado/convênios. Em 16,67% das prescrições do Centro de Saúde Modelo e de Unidades de Saúde a posologia especificou o intervalo de administração de medicamentos. A posologia ideal, ou seja, completa foi observada em 30,9% das prescrições hospitalares, sendo esse o maior percentual. Já as prescrições de outros postos de saúde foram as com o menor número de prescrições com posologia completa (21,05%). Em uma prescrição do Centro de Saúde Modelo e duas do sistema privado, a posologia não foi definida, comprometendo totalmente o tratamento terapêutico (Tabela 7).

A falta da posologia correta na prescrição medicamentosa poderá gerar prejuízos a terapêutica ou até mesmo desconforto para o paciente. Esse é o caso de prescrições contendo o diurético hidroclorotiazida, na qual é importante orientar o paciente a ingerir o medicamento pela manhã para não interromper o sono devido a diurese (BRASIL, 2010). No entanto, não é apenas uma questão de desconforto. A descrição da posologia é fundamental para evitar variabilidade no intervalo de tempo entre as doses, o que poderia comprometer a eficácia do tratamento. A administração de medicamentos em intervalos regulares, é importante para manter suas dosagens em níveis terapêuticos, evitando flutuações e picos elevados de concentração. Já que cada medicamento tem seus padrões farmacocinéticos específicos, torna-se necessário a descrição da posologia baseada em tais padrões. (NÉRI, 2004).

A posologia incompleta ou a falta dela podem gerar dúvidas na interpretação do tratamento. Em casos como esse, o profissional prescritor deve ser contatado, para que oriente quanto a correta posologia a ser seguida (AZEVEDO *et al*; 2011).

Com o objetivo de reduzir prejuízos terapêuticos, é necessário reforçar a orientação verbal, mesmo que as orientações já estejam escritas na prescrição.

Tabela 7: Número de prescrições classificadas com posologia incompleta, com intervalos de administração, completa e sem posologia.

Análise da posologia	Hospitais	CS Modelo	Unidades de Saúde	Privado
Posologia incompleta	42,68% (210)	55,1% (162)	62,28% (71)	48,48% (32)
Posologia com intervalos de administração	26,42% (130)	16,67% (49)	16,67% (19)	25,75% (17)
Posologia completa	30,9 (151)	27,89% (82)	21,05% (24)	22,72% (15)
Sem posologia	0%	0,34% (1)	0%	3,03% (2)

Fonte: elaborado pela autora

Nesse estudo, a losartana potássica, que é um antagonista de receptores de angiotensina (ARA II), foi o medicamento com maior demanda não atendida, sendo requisitada por todas as procedências analisadas. Foi o medicamento que apresentou maior demanda não atendida nas prescrições oriundas de hospitais (4,68%), do Centro de Saúde Modelo (5,03%) e do sistema privado de saúde (2,98%) (Tabela 8). Em uma prescrição oriunda de Unidades Básicas de Saúde (0,82%) esse medicamento foi requisitado (Tabela 8). Esse medicamento foi incluído na 6ª edição da RENAME com uso restrito a tratamento de segunda linha nos casos de intolerância ao IECA, no entanto não está incluído na REMUME do município de Porto Alegre. Os Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) e os Antagonistas de Receptores de Angiotensina (ARA II) são indicados no tratamento de hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, disfunção do ventrículo esquerdo e nefropatia diabética. Todos pacientes que apresentam nefropatia com proteinúria ou com microalbuminúria estabelecida, que não se enquadrem em situações de contra-indicação, devem ser tratados com um IECA ou um ARA II, mesmo se a pressão arterial for normal. Os ARA II são considerados fármacos substitutivos aos IECA para pacientes que apresentam intolerância. Os ARA II apresentam benefício para os desfechos mortalidade e reinternações em pacientes com insuficiência cardíaca. O uso de IECA ou ARA II deveria ser considerado para todos os pacientes com insuficiência cardíaca, especialmente aqueles com evidência de disfunção do ventrículo

esquerdo. Em pacientes hipertensos e normotensos, o tratamento com um IECA, ou um ARA II, pode ser iniciado no prazo de 24 horas após o infarto do miocárdio e continuado por pelo menos cinco a seis semanas (BRASIL, 2008b).

O atenolol, o qual foi incluído na quinta edição da Rename e atualmente está presente nas apresentações de 50 e 100 mg, é antagonista adrenérgico β 1-seletivo. O Centro de Saúde Modelo disponibiliza atenolol 50 mg na forma farmacêutica de comprimido. Atenolol 25 mg foi prescrito em 10 receitas hospitalares (1,95%), 7 prescrições do centro de saúde modelo (2,35%) e 1 prescrição procedente do sistema privado de saúde (1,5%). Isso demonstra o desconhecimento das apresentações de medicamentos presentes na REMUME de Porto Alegre por parte dos prescritores.

Os dois medicamentos mais solicitados, losartana potássica e atenolol, são utilizados para o tratamento da insuficiência cardíaca (IC). A IC é uma complicação comum em pacientes com doença cardiovascular e pode ser considerada como problema epidêmico em progressão e também é a causa mais frequente de internação por doença cardiovascular (BOCCHI *et al*, 2009).

A principal etiologia da insuficiência cardíaca no Brasil é a cardiopatia isquêmica crônica associada a hipertensão arterial. Em determinadas regiões geográficas do país, com situação socioeconômica precária, encontram-se formas de IC associadas a doença de chagas, endomiocardiopatia e a cardiopatia valvar reumática crônica (BOCCHI *et al*, 2009).

O cloridrato de hidralazina, que foi requisitado em dez receitas oriundas de hospitais (1,95%), trata-se de um vasodilatador direto com uso restrito em hipertensão refratária (BRASIL, 2010.). O mecanismo de ação desse medicamento ainda não é totalmente conhecido. Inicialmente foi utilizado para o tratamento da hipertensão. A utilização para o tratamento de curto prazo de hipertensão grave na gravidez ainda ocorre, no entanto, entre os efeitos adversos está um distúrbio imunológico que se assemelha ao lúpus eritematoso sistêmico. Por esse motivo, em geral, é dada preferência a outros agentes para o tratamento de longo prazo da hipertensão (RANG *et al*; 2011)

Monidrato de isossorbida nas apresentações de 20 e 40 mg, foi solicitado apenas em prescrições hospitalares (2,14%). Tal medicamento é um vasodilatador com propriedades gerais dos

nitratos (BRASIL, 2010). Os nitratos são vasodilatadores periféricos e coronários usados no manejo da angina, insuficiência cardíaca e enfarte do miocárdio (SWEETMAN, 2009). Apesar de não haver provas provenientes de ensaios clínicos, existe consenso que o uso de nitrato, associado ou não a betabloqueador e/ou bloqueador dos canais de cálcio, é efetivo e seguro no tratamento dos sintomas da angina controlada e na qualidade de vida (O'TOOLE, 2008).

Em oito prescrições hospitalares (1,55%) e duas prescrições oriundas de Unidades Básicas de Saúde (1,64%) ocorreu a solicitação de carvedilol (Tabela 8). Esse medicamento foi incluído na 6ª edição da RENAME para terapêutica da insuficiência cardíaca em substituição ao metoprolol. O succinato de metoprolol na forma de comprimidos de liberação modificada, é utilizado para o tratamento de insuficiência cardíaca e hipertensão em gestantes. No entanto, alguns estudos demonstram superioridade do carvedilol sobre o metoprolol em relação a efetividade, tolerância a efeitos adversos, melhor adesão ao tratamento, redução do número de hospitalizações por doenças cardiovasculares e outras causas, redução do número de mortes e melhoria na qualidade de vida na sobrevivência. Análises dos desfechos relatados no estudo COMET que compara o carvedilol com o tartarato de metoprolol mostraram ainda que o carvedilol está associado a risco reduzido de novos episódios de diabetes comparado com o metoprolol. Análises de custo-efetividade demonstram que, embora o custo unitário do carvedilol seja maior que o do metoprolol, a redução do custo para o sistema de saúde compensa a utilização do carvedilol (BRASIL, 2008b).

A solicitação de fenofibrato ocorreu em quatro prescrições do Centro de Saúde Modelo (1,35%) e em 1 prescrição de outras Unidades Básicas de Saúde (0,82%) (Tabela 8). Esse medicamento é utilizado no manejo da hiperlipidemia e para a redução do risco cardiovascular, pois age induzindo a redução da concentração de lipoproteínas de densidade muito baixa (VLDL), aumentando a concentração de lipoproteínas de alta densidade (HDL) e possui efeitos com variedade na concentração de lipoproteínas de densidade baixa (LDL) (SWEETMAN, 2009). O fenofibrato está associado a importante redução da incidência de enfarte do miocárdio e deve ser

usado como opção em pacientes que não tem tolerância ou são resistentes as estatinas, em pacientes com hipertrigliceridemia ou como adjuvante ao tratamento com estatina (JUN *et al*, 2010)

O Complexo B foi prescrito em três receitas oriundas do Centro de Saúde Modelo (1,00%) e em duas prescrições de outras Unidades Básicas de Saúde (1,62%). O complexo B é um conjunto de vitaminas hidrossolúveis prescritas, principalmente, para pacientes com hipovitaminose do complexo B. Esse complexo de vitaminas é prescrito para idosos como suplementação vitamínica, para pacientes em diálise crônica visando repor a perda dialítica estimada de vitaminas hidrossolúveis, gestantes (TERRA, 2010). No entanto, este medicamento não consta na Rename 2012.

O clopidogrel, o qual foi solicitado por três prescrições procedentes do Centro de Saúde Modelo (1,00%), teve sua inclusão na Rename 2012 como componente especializado na assistência farmacêutica. O Ácido Acetil Salicílico (AAS) é o agente de primeira linha para prevenir as doenças cardiovasculares isquêmicas incluindo acidente vascular cerebral, por considerar a eficácia, segurança e amplo espectro de cobertura clínica. Como segunda escolha para tratamento adjunto ou substituto ao ASS na prevenção de eventos vasculares graves em pacientes de alto risco, na prevenção de isquemias transitórias e na redução da mortalidade e recorrência do enfarte agudo do miocárdio em pacientes de alto risco submetidos a intervenções coronarianas percutâneas, o antiagregante plaquetário com melhor perfil de eficácia e segurança e superior efetividade nestes casos particulares é o clopidogrel (BRASIL, 2010).

A glicosamina foi um dos cinco medicamentos mais solicitados pelas Unidades Básicas de Saúde (0,82%). Trata-se de um suplemento nutricional de amplo consumo no tratamento da osteoartrite, que é uma doença crônica, multifatorial que leva à incapacidade funcional progressiva (COIMBRA *et al*, 2002).

Cloridrato de propranolol 80 mg, foi requisitado por uma prescrição do sistema privado de saúde (1,5%). Este é medicamento betabloqueador não-cardiosseletivo, utilizado na profilaxia da enxaqueca, no manejo da hipertensão, angina, enfarte do miocárdio e arritmia cardíaca. Cloridrato

de propranolol também pode ser utilizado no tratamento paliativo do hipertireoidismo, para melhorar rapidamente sintomas adrenérgicos, como taquicardia, tremor e ansiedade (BRASIL, 2010). Este medicamento está presente na Renome atual nas apresentações de 10 e 40 mg, já na Remome do município de Porto Alegre consta apenas o cloridrato de propranolol 40 mg. As prescrições não atendidas pelo Centro de Saúde Modelo solicitavam cloridrato de propranolol 80 mg. Mais uma vez, o desconhecimento da Remome pelos prescritores, impediu a dispensação do medicamento na dosagem correta.

O cloridrato de clonidina está entre os cinco principais medicamentos não atendidos oriundo de prescrições do sistema privado, sendo que foi solicitado em uma prescrição do sistema privado de saúde (1,5%). Este medicamento é um agonista específico dos receptores adrenérgicos alfa2 de ação central, seu principal efeito é a diminuição do tônus do sistema nervoso simpático, sendo utilizado frequentemente como anti – hipertensivo. No entanto, atualmente a metildopa é mais utilizada do que cloridrato de clonidina, principalmente para hipertensão durante a gravidez, em razão da falta de efeitos adversos documentados sobre o bebê (RANG *et al*; 2011).

A Eritropoetina recombinante humana foi requisitada em uma prescrição do sistema privado de saúde. A eritropoetina tem sido utilizada na correção da anemia do paciente renal crônico, pois existem evidências demonstrando que o emprego de eritropoetina melhora significativamente a qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica no período pré-dialítico (ABENSUR, 2004).

Tabela 8: Lista dos cinco medicamentos mais requisitados e não atendidos pelo Centro de Saúde Modelo de cada procedência.

Medicamentos	Hospitais	C.S Modelo	Unidades		Total	Rename	Remome
			Básicas	Privado			
Losartana	4,68%	5,03%	0,82%	2,98%	42	sim	Não
Potássica	(n=24)	(n=15)	(n=1)	(n=2)			

Continua

Tabela 8: Lista dos cinco medicamentos mais requisitados e não atendidos pelo Centro de Saúde Modelo de cada procedência.

Medicamentos	Hospitais	C.S Modelo	Unidades			Rename	Remume
			Básicas de Saúde	Privado	Total		
Atenolol 25 mg	1,95% (n=10)	2,35% (n=7)	-	1,5% (n=1)	18	Não	Não
Monoidrato de Isossorbida	2,14% (n=11)	-	-	-	11	Sim	Não
Cloridrato de hidralazina	1,95% (n=10)	-	-	-	10	Sim	Não
Carverdiol	1,55% (n=8)	-	1,64% (n=2)	-	10	Sim	Não
Fenofibrato	-	1,35% (n=4)	0,82% (n=1)	-	5	Sim	Não
Complexo B	-	1,00% (n=3)	1,64% (n=2)	-	5	Não	Não
Clopidogrel	-	1,00% (n=3)	-	-	3	Sim	Não
Glicosamina	-	-	0,82% (n=1)	-	1	Não	Não
Propranolol 80 mg	-	-	-	1,5% (n=1)	1	Não	Não
Cloridrato de clonidina	-	-	-	1,5% (n=1)	7	Não	Não
Eritropoetina recombinante humana	-	-	-	1,5% (n=1)	1	Não	Não

Fonte: elaborado pela autora

CONCLUSÃO

Podemos observar através deste estudo, que muitas das diretrizes legais exigidas para a obtenção de uma prescrição medicamentosa não estão sendo obedecidas, havendo um grande número de inadequações nas prescrições. As inadequações e/ou omissões encontradas podem causar problemas relacionados a medicamentos, principalmente na efetividade e segurança.

Os resultados encontrados sugerem a necessidade de aplicar medidas de sensibilização dos prescritores sobre a importância de uma prescrição clara, completa e precisa para que se possa garantir a segurança no ciclo do uso do medicamento.

Constatou-se também uma elevada demanda por medicamentos para o tratamento de doenças crônicas, principalmente os que possuem indicação para problemas cardíacos.

Através desse estudo, obteve-se resultados das características das prescrições de cada procedência. Esses resultados podem direcionar uma futura intervenção com os prescritores de tais procedências com o objetivo de melhorar a qualidade das prescrições.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABENSUR, H.** Anemia da doença renal crônica. *J Bras Nefrol*, v. 26, n. 3, 2004.
- ABRANTES, P. M.; MAGALHÃES, S. M. S.; ACÚRCIO, F. A.; SAKURAI, E.** Avaliação da qualidade das prescrições de antimicrobianos dispensadas em unidades públicas de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2002. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23 (1): 95-104, jan, 2007.
- AGUIAR, G.; SILVA JÚNIOR, L. A.; FERREIRA, M. A. M.** Ilegibilidade e ausência de informações nas prescrições médicas: fatores de risco relacionados a erros de medicação. *Rev. Bras. Promoç. Saúde*, Fortaleza, v.19, n. 2, p. 84-91, 2006
- ANACLETO, T. A; ROSA, M.B; NEIVA, H. M.; MARTINS, M. A. P.** Erros de medicação. *Pharmacia Brasileira*, Brasília, n. 74, p.2-24, 2010.
- AQUINO, D.S;** Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade?, *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, vol.13, 2008.
- AZEVEDO, L. S; PEREIRA, L. J.; ZANGERÔNIMO, M. G.; SOUZA, R. V.; MURGAS, L. D. S.; MARQUES, L.S.; CASTELO, P.M.; PEREIRA, C. V.** Avaliação da adequação legal de recitas e notificações de receitas de medicamentos sujeitos a controle especial dos setores públicos e privados. *Rev. ciên. Farm. Básica apl.*; Araraquara, v. 32, p. 3, p. 401-417, 2011.
- BOCCHI, E. A; MARCONDES-BRAGA, F. G; AYUB-FERREIRA, S. M; ROHDE, L. E; OLIVEIRA, W. A; ALMEIDA, D. R, E COLS.** Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. *Arq Bras Cardiol* 2009;93(1 supl.1):1-71
- BRASIL.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução – RDC nº 16, de 02 de março de 2007.
- BRASIL.** Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretária Municipal de Saúde. Coordenadoria – Geral da Rede de Atenção Primária à Saúde. Assistência Farmacêutica. Relação Municipal de Medicamentos Essenciais: REMUME – 3ª edição – Porto Alegre: Calábria, 2012.
- BRASIL.** Constituição da República Federativa do Brasil 1988. Brasília: Senado Federal; 1988.
- BRASIL.** Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990 – Lei Orgânica da Saúde. Diário Oficial da União 1990, Brasília, 20 set. 1990. Seção I, p. 18055-60.
- BRASIL.** Lei Federal 9.787 de 10 de fevereiro de 1999.
- BRASIL.** Ministério da Saúde. Portaria n. 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília, DF. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 nov. 1998. n. 215.
- BRASIL.** Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338 de 06 de maio de 2004.
- BRASIL.** Ministério da Saúde. Secretária de Ciência, tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename – 6 ed.-Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.
- BRASIL.** Ministério da Saúde. Secretária de Ciência, tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename – 7.ed.-Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- COIMBRA, I. B; PASTOR, E. H; GREVE, J. M. D et al.** Consenso brasileiro para o tratamento de osteoartrite (artrose). *Ver Bras Reumatol*. V. 42, n. 6; 2002.
- COLOMBO, D; SANTA HELENA, E. T; AGOSTINHO, A. C. M. G; DIDJURGEIT, J. S. M. A.** Padrão de prescrição de medicamentos nas unidades de programa de saúde da família de Blumenau. *Rev. Bras. Cienc. Farm.* V.40, n. 4; 2004.
- FUCHS FD & WANNMACHER L.** Farmacologia Clínica: Fundamentos da terapêutica racional. 4º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- GALATO, D.; ALANO, G. M.; TRAUTHMAN, S. C.; VIEIRA, A. C.** A dispensação de medicamentos: uma reflexão sobre o processo para prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia. *Rev. Bras. Cienc. Farm.*, São Paulo, v. 44, n. 3, Sept. 2008.

- GIMENES, F. R. E; MIASSO, A. I; LYRA JUNIOR, D. P; GROU, C. R.** Eletronic prescription as contributory factor for hospitalized patients safety. *Pharmacy Practice*. V 4, n.1, p 13-17, 2006.
- GUZZATO, P; BUENO, D.** Análises de prescrições de medicamentos dispensados na farmácia de uma unidade básica de saúde de Porto Alegre – *Revista HCPA*. v 27, n. 3; 2007.
- KAWANO, D. F; PEREIRA, L. R. L; UETA, J. M; FREITAS, O.** Acidentes com os medicamentos: como minimizá-los? *Rev Bras de Cien Farm*. 2006; 42 (4): 487-495.
- JUN, M.; FOOTE, C. L. V. J; NEAL, B; PATEL, A; NICHOLLS, S. J; GROBBEE, D. E; CASS, A; CHALMERS, J; PERKOVIC, V.** Effects of fibrates on cardiovascular outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, London, v. 375, n. 9729, p. 1875-1884, 2010.
- LAGE, E. A; FREITAS, M. I. F; ACURCIO, F. A.** Informação sobre medicamentos na imprensa: uma contribuição para o uso racional?. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2005, vol.10, suppl., pp. 133-139.
- LINS, B; CAZZAMALLI, F; ZANCANARO, V.** Análises de erros nas prescrições médicas de uma unidade básica de saúde de um município do meio oeste catarinense – *Revista Caçador*. V1, n. 2, p. 62-77; 2012.
- LYRA, J. D. P; PRADO, M. C. T. A; ABRIATA, J. P; PELÁ, I. R.** Recetas médicas como causantes de riesgo de problemas relacionados com medicamentos. *Seguim Farmacoter* 2004; 2(2): 86-96.
- MEDICINANET.** Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br/>. Acesso em 29 de setembro de 2013.
- NÉRI, E. D. R.** *Determinação do perfil dos erros de prescrição de medicamentos em um hospital universitário*. 2004. 229f. Dissertação (Mestrado em Farmácia) – Departamento de Farmácia, Universidade Federal do Ceará, Ceará. 2004.
- O'TOOLE, L. Angina (chronic stable). *Clin. Evid.*, v. 10, p. 213, 2008.
- P.R. VADE MÉCUM. 12 ed. São Paulo: Soriak, 2007.
- RANG HP, DALE MM, RITTER JM, FLOWER RJ & HENDERSON G.** *Farmacologia*. 7ªed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
- ROSA, M. B; PERINI, E; ANACLETO; T. A; NEIVA, H.M; BOGUTCHI, T.** Erros na prescrição hospitalar de medicamentos potencialmente perigosos. *Revista de saúde Pública*. 43 (3):490-8. 2009.
- SAMPAIO, A. A. C.; CAMPOS, A. R.** Erros comuns na administração de medicamentos em hospitais. *Ver Pharm Bras – Infarma*. 2009; 21 (9/10): 35-37.
- SANTOS, V. & NITRINI, S.M.O.O.** Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 38 (6): 819-26, 2004.
- SWEETMAN, S.** (Ed.). Martindale: The complete drug reference. Electronic version. London: Pharmaceutical Press, 2009.
- TERRA, F. S; COSTA, A. M. D. D; FIGUEIREDO, E. T; MORAIS, A. M; COSTA, M. D; COSTA, R. D.** Adesão ao tratamento farmacológico de uso diário de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. *Rev Bras Clin Med* 2010;8(2):119-24.
- VIEIRA, F. S.** Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Ver Panam Salud Publica*. 2010;27(2): 149-56.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION.** WHO model list. 14th Ed. Geneva: World Health Organization; 2005.

ANEXOS

REVISTA BRASILEIRA DE FARMÁCIA (RBF) A Revista Brasileira de Farmácia (RBF) (Brazilian Journal of Pharmacy - BJP) é um periódico da Associação Brasileira de Farmacêuticos, de publicação trimestral, cuja missão é publicar trabalhos originais de **pesquisa e revisão** de autores brasileiros e estrangeiros, relativos às Ciências Farmacêuticas e áreas afins.

1. A revista está organizada nas seguintes seções: **ARTIGOS ORIGINAIS, ARTIGOS DE REVISÃO.**

A seção “**ARTIGOS ORIGINAIS**” é composta por trabalhos inéditos e originais de pesquisa científica e concluída, cujos resultados possam ser replicados e/ou generalizados.

Devem ter até 20 páginas com a seguinte organização: Título, Resumo (Abstract)*, Palavras-chave (Keywords)*, Introdução*, Material e Métodos*, Resultados*, Discussão*, Agradecimentos (opcional)* e Referências*. O item Resultados pode ser combinado com a Discussão*. Os itens com asteriscos devem ser digitados em negritos e com letra maiúscula.

A seção “**ARTIGOS DE REVISÃO**” é composta de artigos destinados à apresentação do progresso em uma área específica das Ciências Farmacêuticas, com o objetivo de dar uma visão crítica do estado da arte do ponto de vista do especialista altamente qualificado e experiente. É imprescindível que, na referida área, o autor tenha publicações que comprovem a sua experiência e qualificação. Antes do envio do manuscrito, o autor deverá submeter ao Conselho Editorial, por e-mail, um **resumo da revisão**, acompanhado de uma carta explicativa da pertinência do trabalho. Os artigos de revisão não deverão ter mais de 60 referências. O material será analisado pelos editores e, uma vez aprovado, será solicitado ao autor o envio do manuscrito completo, dentro das normas da RBF e, só então, será dado início ao processo de avaliação pelos assessores. O Conselho Editorial da RBF poderá, eventualmente, convidar pesquisadores qualificados para submeter Artigo de Revisão.

Formatação do texto: Os manuscritos podem ser escritos em português, inglês ou espanhol, utilizando aplicativos compatíveis com o *Microsoft Word*. Devem ser escritos em página formato A4 com margens de 2 cm, espaçamento duplo, fonte Times New Roman, tamanho 12, justificado. As linhas e páginas devem ser numeradas a partir do Título até a página final para facilitar o processo de revisão.

Os ARTIGOS deverão seguir a seguinte estrutura:

- **Título:** deverá ser conciso, informativo, digitado em negrito com letras minúsculas utilizando a fonte *Times New Roman* (tamanho 14), com exceção da primeira letra, dos nomes próprios e/ou científicos.
- **Autores:** deverão ser adicionados a um espaço abaixo do título, centralizados, separados por vírgula. O símbolo & deve ser adicionado antes do último autor (Ex.: Paulo da Paz, João de Deus & Pedro Bondoso). Inserir os nomes completos dos autores, por extenso, com letras minúsculas com exceção da primeira letra de cada nome.

- **Afiliação do autor:** cada nome de autor deverá receber um **número Arábico** sobrescrito indicando a instituição na qual ele é afiliado. A lista de instituições deverá aparecer imediatamente abaixo da lista de autores. O nome do autor correspondente deverá ser identificado com um asterisco sobrescrito. O e-mail institucional, endereço completo, CEP, telefone e fax do autor correspondente deverão ser escritos no final da primeira página.
- **Resumo (Abstract):** deverá ser escrito na **segunda página** do manuscrito, não deverá exceder 200 palavras, deverá conter informações sucintas sobre o objetivo da pesquisa, os métodos, os resultados e a conclusão. Os manuscritos escritos em português ou em espanhol devem ter um Resumo traduzido para o inglês, ou seja, um Abstract. O Abstract deve ser digitado na **terceira página** do manuscrito e deve ser revisado por um profissional de edição de língua inglesa.
- **Palavras-chave (Keywords):** são fundamentais para a classificação da temática abordada no manuscrito em bancos de dados nacionais e internacionais. Serão aceitas entre 3 e 5 palavras-chave que não estejam citadas no título. Após a seleção, sua existência em português e inglês deve ser confirmada pelo(s) autor(es) do manuscrito no endereço eletrônico <http://decs.bvs.br> (Descritores em Ciências da Saúde - Bireme). As palavras-chave (Keywords) deverão ser separadas por vírgula e a primeira letra de cada palavra-chave deverá maiúscula.
- **Introdução:** apresentar o problema de estudo, destacar sua importância e lacunas de conhecimento, com revisão da literatura (**referências antigas e atuais**); incluir objetivos e outros elementos necessários para situar o tema da pesquisa.
- **Material e Métodos:** incluir de forma objetiva e completa a natureza/tipo do estudo; dados sobre o local onde foi realizada a pesquisa; população/sujeitos do estudo e seus critérios de seleção; material; equipamentos; procedimentos técnicos e métodos adotados para a coleta de dados; tratamento estatístico/categorização dos dados; informar a data e o número do protocolo da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa ou pela Comissão de Ética em Experimentação Animal, para todos os trabalhos envolvendo estudos com humanos ou animais, respectivamente. Deverá ser encaminhado pelo e-mail uma cópia assinada desse documento. Todo material vegetal utilizado na pesquisa descrita no trabalho deve ter a indicação do seu local de coleta (dados de GPS), o país de origem, o responsável pela identificação da espécie e o depósito da exsicata.
- **Resultados e Discussão:** devem ser apresentados de maneira clara, objetiva e em seqüência lógica, utilizando ilustrações (figuras e tabelas) quando necessário. Deve-se comparar com informações da literatura sobre o tema ressaltando-se aspectos novos e/ou fundamentais, as limitações do estudo e a indicação de novas pesquisas.
- **Conclusões:** apresentar considerações significativas fundamentadas nos resultados encontrados e vinculadas aos objetivos do estudo.
- **Agradecimentos:** opcional e deverá aparecer antes das referências.

a) Referências:

As citações bibliográficas deverão ser adotadas de acordo com as exigências da RBF. Citação no texto, usar o sobrenome e ano: Lopes (2005) ou (Lopes, 2005); para dois autores (Souza & Scapim, 2005); três autores (Lima, Pereira & Silva), para mais do que quatro autores, utilizar o primeiro autor seguido por *et al.* (Wayner *et al.*, 2007), porém na lista de referências deverão aparecer ordenadas alfabeticamente pelo **sobrenome do primeiro autor**. A a) **Artigos de periódicos:**

A abreviatura do periódico deverá ser utilizada, em itálico, definida no Chemical Abstracts Service Source Index (<http://www.cas.org/sent.html>) ou na Base de dados PubMed, da US National

Library of Medicine (<http://www.pubmed.gov>), selecionando Journals Database. Caso a abreviatura autorizada de um determinado periódico não puder ser localizada, deve-se citar o título completo.

Autor (es)*. *Título do periódico em itálico*, volume (a indicação do fascículo é entre parênteses): páginas inicial - final do artigo, ano de publicação.

Galato D & Angeloni L. A farmácia como estabelecimento de saúde sob o ponto de vista do usuário de medicamentos. *Rev. Bras. Farm.* 90(1): 14 – 18, 2009.

Fonseca VM, Longobuco P, Guimarães EF, Moreira DL, Kaplan MAC. Um teste do formato de nome. *Rev. Bras. Farm.* 90(1): 14 – 18, 2009.

b) Livros:

• Com 1 autor

Autor. Título. Edição (a partir da 2^a). Cidade: Editora, ano de publicação. Número total de páginas.

Casciato DA. Manual de oncologia clínica. São Paulo: Tecmed, 2008. 1136 p.

• Com 2 autores

Lakatos EM & Marconi MA. Metodologia científica. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1991. 231 p.

• Com autoria corporativa

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. I Fórum Nacional de Educação Farmacêutica: O farmacêutico de que o Brasil necessita (Relatório Final). Brasília, DF, 2008. 68p.

• Capítulos de livros (o autor do capítulo citado é também autor da obra):

Autor (es) da obra. Título do capítulo. *In:* _____. Título da obra. Cidade: Editora, Ano de publicação. Capítulo. Paginação da parte referenciada.

Rang HP, Dale MM & RITTER JM. *In:* Quimioterapia do câncer. Farmacologia. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. cap. 50, p. 789-809.

• Capítulos de livros (o autor do capítulo citado não é o autor da obra):

Autor (es) do capítulo. Título da parte referenciada. *In:* Autor (es) da obra (ou editor) Título da obra. Cidade: Editora, Ano de publicação. Capítulo. Paginação da parte referenciada.

Schenkel EP, Gosmann G & Petrovick PR. Produtos de origem vegetal e o desenvolvimento de medicamentos. *In:* Simões CMO. (Org.). Farmacognosia: da planta ao medicamento. 5. ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS; Florianópolis: Editora da UFSC, 2003. cap. 15, p. 371-400.

• Citação indireta

Utiliza-se *apud* (citado por) nas citações que foram transcritas de uma obra de um determinado autor, mas que na verdade pertence a outro autor.

Helper CD & Strant LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am. J. Hosp. Pharm.* 47: 533-543, 1990. *Apud* Bisson MP. *Farmácia Clínica & Atenção Farmacêutica*. 2. ed. Barueri: Manole, 2007. p. 3-9.

c) Teses, Dissertações e demais trabalhos acadêmicos:

Autor. *Título* (inclui subtítulo se houver). Ano. Cidade. Total de páginas. Tipo (Grau), Instituição (Faculdade e Universidade) onde foi defendida.

Sampaio IR. *Etnofarmacologia e toxicologia de espécies das famílias Araceae e Euphorbiaceae*. 2008. Rio de Janeiro. 45 p. Monografia (Especialização em Farmacologia), Associação Brasileira de Farmacêuticos. Rio de Janeiro.

d) Eventos científicos (Congressos, Seminários, Simpósios e outros):

Autor (es). Título do trabalho. *Nome do evento*, nº do evento. Página. Cidade. País. Ano.

Marchioretto CT, Junqueira MER & Almeida ACP. Eficácia anestésica da neocaína (cloridrato de bupivacaína associada a epinefrina) na duração e intensidade da anestesia local em dorso de cobaio. *Reunião anual da SBPC*, 54, Goiânia, Brasil, 2002.

e) Patentes: Devem ser identificadas conforme modelo abaixo e na medida do possível o número do Chemical Abstracts deve ser informado.

Ichikawa M, Ogura M & Lijima T. 1986. Antiallergic flavone glycoside from *Kalanchoe pinnatum*. *Jpn. Kokai Tokkyo Koho JP 61,118,396*, *apud* Chemical Abstracts 105: 178423q.

f) Leis, Resoluções e demais documentos

Conforme o modelo:

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 44, de 17 de agosto de 2009.

g) Banco/Base de Dados

Conforme o modelo

BIREME. Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. Lilacs - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=p>>. Acesso em: 27 ago. 2009.

h) Homepage/Website

Conforme o modelo:

WHO *Guidelines for Pharmacological Management of Pandemic (H1N1) 2009 Influenza and other Influenza Viruses*. 91 p. Disponível em: <http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/h1n1_guidelines_pharmaceutical_mngt.pdf>. Acesso em agosto de 2009.

TABELAS E FIGURAS

Tabelas devem apresentar um título breve e serem numeradas consecutivamente com Algarismos Arábicos, conforme a ordem em que forem citadas no manuscrito. As Tabelas devem apresentar dados numéricos como informação central, e não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, com os seus respectivos símbolos. No manuscrito devem ser digitadas como Tabela 1 (Times New Roman, tamanho 12, espaçamento duplo, justificado). Se houver ilustração extraída de outra fonte, publicada ou não, a fonte original deve ser mencionada abaixo da tabela. Figuras devem apresentar um título breve e serem numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, conforme a ordem em que forem citadas no manuscrito. As Figuras deverão ser digitadas como Figura 1, conter legenda em Times New Roman, tamanho 12, justificado e com largura máxima de 8,25 cm. Não colocar, no manuscrito, Figura publicada em outro periódico sem antes pedir autorização prévia dos autores e/ou da revista. Figuras com baixa resolução devem ser evitadas. **Manuscritos com Figuras com resolução ruim não serão aceitos para revisão.** As fotos deverão evitar a identificação de pessoas. Caso os autores queiram apresentar fotos com identificação pessoal, deverão apresentar permissão específica e escrita para a publicação das mesmas.

ATENÇÃO: TABELAS E FIGURAS DEVEM TER LARGURA DE NO MÁXIMO 8,25 CM. CASO CONTRÁRIO, O MANUSCRITO SERÁ DEVOLVIDO AOS AUTORES.

SUBMISSÃO

Todos os manuscritos deverão ser submetidos **exclusivamente** por e-mail: revista@abf.org.br. Os autores deverão informar a área de concentração (**Apêndice 1**), a categoria do manuscrito (artigo original ou artigo de revisão); apresentar carta de encaminhamento ao editor com sugestão de até 4 nomes de possíveis revisores especialista na área temática indicada (**Apêndice 2**) e declaração de originalidade e cessão de direitos autorais (**Apêndice 3**). É responsabilidade dos autores reconhecerem e informar ao Conselho Editorial da existência de conflitos de interesse que possam exercer qualquer influência em seu manuscrito. Desta forma, as relações financeiras ou de qualquer outra ordem deverão ser comunicadas por cada um dos autores em declarações individuais (**Apêndice 4**). *Confirmação da submissão:* O autor receberá por e-mail um documento com o número do protocolo, confirmando o recebimento do artigo pela RBF. Caso não receba este e-mail de confirmação dentro de 48 horas, entre em contato com o Conselho Editorial da RBF (e-mail: revista@abf.org.br). A Revista Brasileira de Farmácia submeterá os manuscritos recebidos à análise por dois consultores *ad hoc*, acompanhado de um formulário para a avaliação e que terão a autoridade para decidir sobre a pertinência de sua aceitação, podendo inclusive, reapresentá-los ao(s) autor(es) com sugestões, para que sejam feitas alterações necessárias e/ou para que os mesmos sejam adequados às normas editoriais da revista. Solicita-se aos autores que, na eventualidade de reapresentação do texto, o façam evidenciando as mudanças através de cores ou marcação de texto e apresente uma carta sumarizando as alterações realizadas ou não. Os nomes dos autores e dos avaliadores dos manuscritos permanecerão em sigilo.

O trabalho aceito para publicação só poderá seguir para diagramação caso TODOS os autores tenham assinado o termo de publicação (**Apêndice 3**). **Qualquer tipo de solicitação ou informação quanto ao andamento ou publicação do artigo poderá ser solicitado através do e-mail: revista@abf.org.br ou pelos telefones: 0 (xx) 21 2233-3672/ 2263-0791, baseado no número do protocolo recebido pelo autor correspondente.** O Conselho Editorial da RBF reserva-se o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa. O Conselho Editorial da Revista tem plena autoridade de decisão sobre a publicação de manuscritos, quando os mesmos apresentem os requisitos adotados para a avaliação de seu mérito científico, considerando-se sua **originalidade**, ineditismo, qualidade e clareza. Toda idéia e conclusão apresentadas nos trabalhos

publicados são de total responsabilidade do(s) autor(es) e não reflete, necessariamente, a opinião do Editor Chefe ou dos membros do Conselho Editorial da RBF.

ITENS DE VERIFICAÇÃO PARA SUBMISSÃO

Como parte do processo de submissão, os autores deverão 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. Somente receberão número de protocolo os artigos que estiverem em conformidade com as Normas para Publicação na RBF:

1. O manuscrito encontra-se no escopo da Revista Brasileira de Farmácia.
2. A contribuição é original, inédita e não está sendo avaliada por outra revista.
3. Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word ou equivalente.
4. O e-mail para envio do manuscrito está disponível.
5. O texto está em espaçamento duplo; fonte tamanho 12, estilo *Times New Roman*; com figuras e tabelas inseridas no texto, e não em seu final.
6. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos em [Critérios](#) para preparação dos manuscritos (**Atenção as citações no texto e referências bibliográficas**).
7. Todos os apêndices estão preenchidos (**Atenção especial ao preenchimento dos apêndices**).
8. Ao submeter um manuscrito, os autores aceitam que o *copyright* de seu artigo seja transferido para a Revista Brasileira de Farmácia, se e quando o artigo for aceito para publicação. Artigos e ilustrações aceitos tornam-se propriedade da **Revista Brasileira de Farmácia**.

[APÊNDICE 1 - Áreas temáticas](#)

[APÊNDICE 2 - Modelo de carta de responsabilidade](#)

[APÊNDICE 3 - Declaração de originalidade e cessão de direitos](#)

[APÊNDICE 4 - Modelo de declaração de conflitos de interesse](#)

[ANEXO - LEI Nº 9.610, DE 19 DE FEVEREIRO DE 1998](#)

BRASIL. Lei 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/19610.htm>

veracidade das referências é de responsabilidade dos autores. Os exemplos de referências citados abaixo foram adaptados, em sua maioria, do documento original da ABNT (NBR 6023, agosto de 2002).

APÊNDICE

Relação de medicamentos não atendidos pelo Centro de Saúde Modelo

Medicamento	Prescrições Hospitalares	Prescrições CS Modelo	Prescrições de UBS	Prescrições convênio/ privado	Total
Losatarna potássica	24	15	1	2	42
Atenolol	10	7	-	1	18
Carverdiol	8	2	2	-	12
Monoidrato de issosorbida	11	-	-	-	11
Hidralazina	10	-	-	-	10
Clopidogrel	5	3	-	-	8
Complexo B	3	3	2	-	8
Carbnato de cálcio + Vitamina D3 400 UI	6	-	-	-	6
Cloridrato de Clonidina	5	1	-	1	7
Fenofibrato	-	4	1	-	5
Atorvastatina	3	2	-	-	5
Paracetamol 750 mg	4	-	-	-	4
Amiodarona	2	1	1	-	4
Glimperida	2	2	-	-	4
Sinvastatina	3	-	-	-	3
Domperidona	2	1	-	-	3
Diclofenaco sódico	2	-	1	-	3
Doxasozina	2	-	-	-	2
Hidróxido de Alumínio	2	-	-	-	2
Succinato de metropolol	2	-	-	-	2
Rosuvastatina	2	-	-	-	2
Clortalidona	2	-	-	-	2
Ciprofibrato	1	1	-	-	2
Valsartana	-	1	1	-	2
Metotrexato	1	-	1	-	1
Itraconazol	1	-	-	-	1
Indometacina	1	-	-	-	1
Nimesulida	1	-	-	-	1
Cloridrato de tiamina	1	-	-	-	1
Sulfassalazina	1	-	-	-	1
Hidroxiclorquina	1	-	-	-	1
AAS protect	1	-	-	-	1
Claritomicina	1	-	-	-	1
Alfadornase	1	-	-	-	1
Colchicina	1	-	-	-	1
Cilostazol	1	-	-	-	1
Naproxeno	1	-	-	-	1
Ciclobenzaprina	1	-	-	-	1
Cinarizina	-	1	-	-	1
Cimetidina	-	1	-	-	1
Clonodina	-	1	-	-	1
Cetoconazol	-	1	-	-	1
Ceftriaxona	-	1	-	-	1
Glicosamina	-	-	1	-	1
Propranolol 80 mg	-	-	-	1	1
Eritropoetina	-	-	-	1	1

ANEXO

Elenco oficial de medicamentos disponibilizados pela farmácia de medicamentos básicos do Centro de Saúde Modelo.

Medicamento	Apresentação	Unidade de dispensação
Aciclovir	200 mg	Comprimido
Ácido acetil salicílico	100 mg	Comprimido
Ácido Fólico	5 mg	Comprimido
Albendazol	400 mg	Comprimido
Albendazol	400 mg/ml	Suspensão oral
Alendronato sódico	10 mg	Comprimido
Alendronato sódico	70 mg	Comprimido
Alopurinol	100 mg	Comprimido
Amoxicilina + Clavulanato de Potássio	50ml + 12,5 mg	Suspensão oral
Amoxicilina + Clavulanato de Potássio	500 +125 mg	Comprimido
Amoxicilina	50 mg/ml	Suspensão oral
Amoxicilina	500 mg	Cápsula
Ampicilina sódica	500 mg	Comprimido
Anlodipino, Besilato	5 mg	Comprimido
Atenolol	50 mg	Comprimido
Axetilcefuroxima	40 mg/ml	Solução oral
Azitromicina	500 mg	Comprimido
Azitromicina	40 mg/ml	Solução oral
Beclometasona, dipropionato	250 mcg	Spray
Benzilpenicilina Benzatina	1.200.000 UI	Pó para sol. Injetável
Benzilpenicilina G Procaína + Potássica	300.000+100.000 UI	Pó para sol. Injetável
Budesonida	50 mcg	Dose oral
Captopril	25 mg	Comprimido
Carbonato de cálcio	1.250 mg (500 mg de Cálcio)	Comprimido
Cefalexina	50 mg/ml	Suspensão oral
Cefalexina	500 mg	Cápsula
Cloreto de sódio+cloreto de benzalcônio	-	Gotas nasais
Ciprofloxacino	500 mg	Comprimido
Dexametasona	0,1%	Creme
Dexclorfeniramina	0,4 mg/ml	Solução oral
Digoxina	0,25 mg	Comprimido
Dipirona	500 mg	Comprimido
Dipirona	500 mg/ml	Solução oral
Doxiciclina		
Enalapril, Maleato	10 mg	Comprimido
Eritromicina, Estolato	50 mg/ml	Suspensão oral
Eritromicina, Estolato	500 mg	Comprimido revestido
Espiramicina	500 mg	Comprimido
Espironolactona	500 mg	Comprimido
Estradiol + Noretisterona	5 mg+50 mg/ml	Solução Injetável
Estrogenio conjugado	0,625 mg	Comprimido
Fenoterol	5 mg/ml	Gotas para nebulização
Fluconazol	150 mg	Comprimido
Furosemida	40 mg	Comprimido
Gentamicina	5 mg/ml	Solução oftálmica
Glibenclamida	5 mg	Comprimido
Glicazida	80 mg	Comprimido
Hidroclortiazida	25 mg	Comprimido
Ibuprofeno	600 mg	Comprimido
Ibuprofeno	50 mg/ml	Solução oral
Insulina humana NPH		
Insulina humana regular		
Ipratrópio, Brometo	0,25 mg/ml	Solução inalatório
Isossorbida, Dinitrato	5 mg	Comprimido

Ivermectina	6 mg	Comprimido
Levodopa + Carbidopa	250 mg+25 mg	Comprimido
Levodopa + Benserazida	100 mg + 25 mg	Comprimido
Levodopa + Benserazida	200 mg + 50 mg	Comprimido
Levonorgestrel+Etinilestradiol	0,15 + 0,03 mg	Comprimido
Levotiroxina	25 mcg	Comprimido
Levotiroxina	100 mcg	Comprimido
Loratadina	10 mg	Comprimido
Medroxiprogesterona	10 mg	Comprimido
Metformina	850 mg	Comprimido
Metildopa	250 mg	Comprimido
Metoclopramida	10 mg	Comprimido
Metoclopramida	4 mg/ml	Gotas
Metronidazol	100 mg/g	Creme/gel vaginal
Metronidazol	400 mg	Comprimido
Metronidazol	40 mg/ml	Suspensão oral
Miconazol	20 mg/g	Creme vaginal
Metoprolol, tartarato	100 mg	Comprimido
Neomicina+Bacitracina	5 mg+250 UI	Pomada tópica
Nistatina	100.000 UI/ml	Suspensão oral
Nitrofurantóina	100 mg	Cápsula
Norestisterona	0,35 mg	Comprimido
Norestisterona, Enantato+Estradiol, Valerato	50 + 5 mg	Solução injetável
Óleo mineral		
Omeprazol	20 mg	Cápsula
Paracetamol	200 mg/ml	Solução oral
Paracetamol	500 mg	Comprimido
Permetrina	10 mg/ml	Solução
Permetrina	50 mg/ml	Solução
Pirimetamina	25 mg	Comprimido
Prednisolona	3 mg/ml	Solução oral
Prednisona	20 mg	Comprimido
Prednisona	5 mg	Comprimido
Prometazina	25 mg	Comprimido
Propranolol	40 mg	Comprimido
Ranitidina	150 mg	Comprimido
Sais para Reidratação	27,9 g	Pó para solução oral
Salbutamol, sulfato	100 mcg/dose	Aerossol inalatório
Sinvastatina	20 mg	Comprimido
Sulfadiazina	500 mg	Comprimido
Sulfamrtoxazol + Trimetoprima	400 + 80 mg	Comprimido
Sulfamrtoxazol + Trimetoprima	40 +8 mg/ml	Suspensão oral
Sulfato ferroso	25 mg/ml	Solução oral
Sulfato ferroso	40 mg	Comprimido
Sulfato ferroso	12,5 mg/2,5 ml	Xarope
Timolol, Maleato	0,5%	Colírio
Varfarina	5 mg	Comprimido
Verapamil	80 mg	Comprimido revestido
Vitamina A + D1	3000 UI + 800 UI/ml	Solução oral