

A prescrição medicamentosa nas unidades do Programa de Saúde da Família no município de Imperatriz – MA

J. L. Silva¹; P. R. S. Ribeiro^{2*}; H. W. O. Sousa¹

1 Instituto Nordeste de Educação Superior e Pós-Graduação - INESPO, CEP: 65907-080, Imperatriz, MA, Brasil.

2 Centro de Ciências Sociais, Saúde e Tecnologia (CCSST) – Universidade Federal do Maranhão (UFMA), CEP: 65900-410, Imperatriz, MA, Brasil.

**pauloufma@ufma.br*

(Recebido em 23 de setembro de 2013; aceito em 16 de outubro de 2013)

Os medicamentos constituem parte importante dos recursos terapêuticos disponíveis, sendo a opção com melhor perfil custo-benefício. A prescrição medicamentosa é o ponto de partida para a prática adequada da terapia medicamentosa. O conhecimento do padrão de prescrição de um determinado local possibilita o melhor gerenciamento da assistência farmacêutica. Este trabalho objetivou caracterizar o padrão das prescrições medicamentosas nas Unidades do Programa de Saúde da Família de Imperatriz – MA. Foram entrevistados 60 pacientes e foram avaliadas 71 prescrições medicamentosas, no período de fevereiro a março de 2011. A partir destas receitas, foram calculados os indicadores de prescrição propostos pela Organização Mundial da Saúde e os medicamentos prescritos foram classificados obedecendo a classificação da *Anatomical Therapeutic Chemical*. Observou-se que 35% dos entrevistados realizam uma consulta por mês e o principal motivo está relacionado com problemas digestivos. Do total de 94 medicamentos prescritos, o número médio de medicamentos por prescrição foi de 1,3 e 92% foram prescritos por seus nomes genéricos. Os antiparasitários destacaram-se como a classe terapêutica mais prescrita (17%) e a via oral foi a mais indicada (70%), sendo que não foi observada a prescrição de injetáveis. Em 16% das prescrições foi encontrada a prescrição de antibióticos. Em relação às listas de medicamentos (RENAME e REMUME), 76% dos medicamentos fazem parte destas listas. Em relação à maior parte dos indicadores de prescrição investigados, as unidades do PSF se encontram em boa situação em relação a outros locais investigados. Além disso, a maioria dos itens prescritos fazia parte daqueles padronizados pelo município.

Palavras-chave: Medicamentos, indicadores de prescrição, Programa de Saúde da Família.

Drug prescription in units of Family Health Program in the city of Imperatriz – MA

Medicines constitute important part of available therapeutic resources, and are often the option with the best cost/benefit profile. The prescription drug is the starting point for practicing proper drug therapy. The knowledge of the prescription pattern from a determined location enables better management of pharmaceutical assistance. This study aimed to characterize the prescription pattern of drug in the units of the Family Health Program in Imperatriz - MA. With this purpose 60 patients were interviewed and 71 medication prescriptions were evaluated, in the period of February to March of 2011. Prescription indicators proposed by the World Health Organization (WHO) were calculated based on these prescriptions, and the drugs prescribed were classified according to the WHO's Anatomical Therapeutical Chemical classification. It was observed that 35% of respondents held a consultation per month and the main reason is related to digestive problems. Of the total of 94 prescription drugs, the drug average per prescription was 1.3 and 92% of them were prescribed by their generic names. The antiparasitic drugs stood out as the most prescribed therapeutic class (17%) and the oral route was more indicated (70%), and in this study it was not observed prescribing injectable drugs. In 16% of the prescriptions drug found the prescription of antibiotics. The majority of these drugs (76%) was part of the municipal standardized medication list and national list of essential drugs – RENAME. Compared to most prescription indicators investigated, the PSF's units are in good condition compared to other places investigated. Furthermore, most of the prescribed drugs were part of those standardized by the city.

Keywords: Drugs, prescription indicators, Family Health Program.

1. INTRODUÇÃO

No ano de 1998, instituiu-se no Brasil a Política Nacional de Medicamentos (PNM), que tem como propósito garantir a segurança, a eficácia e qualidade dos medicamentos, bem como a promoção do seu uso racional e o acesso a aqueles medicamentos considerados essenciais ^[1].

Estes compreendem os medicamentos básicos e indispensáveis para atender a maior parte da população assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e que são distribuídos gratuitamente. Estes medicamentos devem estar disponíveis continuamente aos pacientes que deles necessitem, devidamente prescritos e nas formas farmacêuticas apropriadas ^[2].

A expressão prescrever medicamentos, equivalente ao termo inglês *prescribing*, deve ser considerada relativa a um processo de tomada de decisão, ou seja, o ato que decide o(s) medicamento(s) que serão empregados na assistência ao paciente. Por outro lado, realizar uma prescrição correspondente ao termo *prescription*, significa ato de redigir uma prescrição ^[3].

A prescrição ou receita médica é um instrumento essencial para a instituição de uma terapêutica adequada, visando a promoção do uso racional de medicamentos. Para tanto, ela deve conter as informações necessárias sobre o medicamento: a dose, a frequência e a duração do tratamento adequado para o(s) problema(s) do paciente. Trata-se, portanto, de um importante fator para a qualidade e quantidade do consumo de medicamentos, embora o ato da prescrição sofra influências do conhecimento do prescritor, das expectativas do paciente e da indústria farmacêutica ^[4].

As prescrições médicas têm papel ímpar na prevenção do erro e, atualmente, sabe-se que prescrições ambíguas, ilegíveis ou incompletas, bem como a falta de uma padronização da nomenclatura de medicamentos prescritos (nome comercial x genérico), o uso de abreviaturas e a presença de rasuras são fatores que podem contribuir com os erros de medicação. Segundo Gimenes ^[5], estudos têm revelado que a maioria destes erros é iniciada nesta fase, necessitando de serem implantadas melhorias em sua elaboração para que os erros possam ser minimizados.

Os medicamentos prescritos podem ser classificados em: oficiais, magistrais e especialidades farmacêuticas. Os medicamentos oficiais são fórmulas fixas que constam dos textos oficiais, tais como farmacopeias e formulários. Os magistrais possuem fórmulas que são confeccionadas pelo próprio médico, com as respectivas quantidades dos seus constituintes, forma farmacêutica e ávidas ou manipuladas no momento. As especialidades farmacêuticas são aquelas produzidas pela indústria farmacêutica com nomes fantasia ou como fármacos apresentados por seus nomes genéricos, isto é, os nomes não comerciais do medicamento ^[6].

Nas diversas especialidades dos serviços de saúde, os medicamentos representam um instrumento essencial para a capacidade resolutive dos serviços prestados. No intuito de racionalizar os recursos da saúde e garantir acesso aos medicamentos, os países elaboram suas políticas de medicamentos, estes processos são de grande importância, pois regulamenta um dos maiores gastos nos serviços públicos de saúde ^[2]. Uma prescrição adequada ou um tratamento bem escolhido deve conter o mínimo de medicamentos possível, reduzida possibilidade de efeitos adversos, inexistência de contraindicações, ação rápida, forma farmacêutica apropriada, posologia simples e tempo de tratamento adequado ^[7].

O Programa Saúde da Família (PSF) está baseado no trabalho de uma equipe multiprofissional que busca o consenso ao solucionar os problemas da comunidade. Dessa forma, é possível estimular a comunicação permanente entre os componentes da equipe, considerando o indivíduo como um todo, no seu contexto familiar, com sua cultura, seus valores, sua realidade social, como um verdadeiro cidadão, que tem garantido seus direitos constitucionais ^[8]. Considerando que grande parte da cobertura da atenção primária no Brasil é realizada mediante o PSF, através das Unidades de Atenção Básicas, os programas de terapias medicamentosas desenvolvidos no sistema público de saúde estão, atualmente, vinculados ao PSF. Assim, a prescrição medicamentosa está diretamente relacionada com a eficácia destes programas.

Ao longo dos anos, com a identificação de medicamentos como uma modalidade terapêutica fundamental, vários esforços têm sido realizados para promover seu uso racional, diminuindo os custos associados com prescrições inadequadas, efeitos adversos e utilização incorreta. Um conceito introduzido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) nos anos 1970 contempla a adoção de listagens de medicamentos essenciais de acordo com as necessidades locais. Com o objetivo de racionalizar o uso dos medicamentos existentes, o Ministério da Saúde criou uma lista de medicamentos denominada Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) ^[9], que visa orientar o uso de produtos seguros, eficazes e com possibilidade de solucionar a maior parte dos problemas de saúde da população brasileira. Baseado na RENAME e levando

em conta as particularidades municipais, a cidade de Imperatriz – MA criou a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME). Todos os medicamentos da REMUME são fornecidos gratuitamente, mediante prescrição médica, em todas as unidades de saúde de Imperatriz – MA.

Diante deste contexto, torna-se necessária a caracterização da prescrição de medicamentos nas Unidades de Programa de Saúde da Família (PSF) no Município de Imperatriz – MA. Dessa forma, de modo a avaliar elementos que afetam a prescrição e a utilização adequada dos medicamentos como a quantidade de medicamentos por receita, a percentagem de utilização de antibióticos e fármacos injetáveis, a utilização de fármacos da REMUME e RENAME e, portanto, a obediência das prescrições medicamentosas aos padrões estabelecidos pela OMS.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, documental, observacional e transversal, assim como estudo de campo exploratório, descritivo e com abordagem quantitativa, utilizando a entrevista estruturada como principal método indireto e quantitativo para a caracterização da prescrição de medicamentos em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do PSF.

A pesquisa foi realizada no Município de Imperatriz – MA que possui 39 equipes do PSF responsáveis pela cobertura de cerca de 62,0% da população desta cidade. Todas estas equipes existentes foram arroladas para a pesquisa. Entretanto, em 11 equipes houve impossibilidade da coleta dos dados por razões diversas: ausência do médico no dia da pesquisa (4 equipes) e não concordância da equipe com a pesquisa (7 equipes). Assim, a coleta dos dados foi realizada em 28 destas equipes distribuídas em 16 UBSs.

Para o alcance do objetivo proposto neste trabalho, a população de estudo foi composta por pacientes que foram consultados nas 16 UBSs que fizeram parte deste estudo, que receberam prescrições medicamentosas e que aceitaram participar mediante seu consentimento, no período de fevereiro de março de 2011. Foram excluídos os pacientes com deficiências que impedissem a comunicação, ou que estivessem em condições clínicas que desaconselhassem sua participação no estudo. Assim, foram entrevistados 60 pacientes, sendo que aqueles que possuíam idade inferior a 18 anos tiveram suas perguntas direcionadas aos pais ou responsáveis.

Todas as receitas prescritas na consulta imediatamente anterior à entrevista foram utilizadas no estudo, inclusive aquelas que continham medicamentos não inclusos na REMUME. Não foram computadas as prescrições para medicamentos de uso contínuo (anti-hipertensivos, por exemplo) não emitidas no dia da consulta.

Os instrumentos utilizados para coleta de dados foram uma ficha semiestruturada de coleta de dados do prontuário dos pacientes para avaliação da prescrição medicamentosa (tipo de prescrição, se os medicamentos prescritos fazem parte da RENAME, número de medicamentos por prescrição, quantidade de prescrições por pacientes, classes de medicamentos prescritos e via de administração). Também foi aplicado um roteiro de entrevista semiestruturado destinado a coletar dados relacionados ao perfil socioeconômico dos pacientes (estado civil, idade, grau de escolaridade, renda mensal, profissão e quantidade de filhos), ao motivo da consulta, cuidados que os entrevistados têm ao adquirirem o medicamento, as formas de armazenamento, se verificam os prazos de validade, se observam alterações após a abertura das embalagens dos medicamentos, quais medicamentos adquirem sem receituário médico. As entrevistas foram feitas individualmente, e realizadas pelo método de contato direto do pesquisador com os entrevistados.

Para verificação da inteligibilidade e clareza do roteiro, coerência das perguntas, ordem de sequência, compreensão do paciente ao ouvir e responder, duração provável da entrevista, bem como para avaliar a capacidade de obtenção de dados consistentes do prontuário do paciente, foram realizados testes preliminares com seis pacientes (10,0% da casuística). Os resultados destes testes permitiram aperfeiçoar o questionário da entrevista e a ficha de avaliação do prontuário e compor as versões definitivas dos instrumentos, que foram, então, empregadas no estudo.

Foi solicitado o consentimento escrito a cada participante do estudo. Lia-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a participação em pesquisa para o paciente e, em seguida, foi solicitada a sua assinatura. Garantiu-se o sigilo sobre as respostas e foi respeitada a recusa do paciente em responder a qualquer pergunta do roteiro de entrevista.

Para fins de análise dos dados, considerou-se que todos os medicamentos prescritos para um determinado paciente faziam parte da mesma receita. Posteriormente, os dados foram tabulados e analisados utilizando-se o *software* Excel[®], Microsoft Office, versão 2010. A análise dos dados foi feita de forma descritiva, mediante a elaboração de tabelas e gráficos.

Os motivos de consulta foram descritos de acordo com a segunda edição da Classificação Internacional de Atenção Primária (*International Classification of Primary Care - ICPC-2*), desenvolvida pela Organização Mundial de Médicos de Família (*World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians – WONCA*)^[10]. Embora a Classificação Internacional de Doenças (CID) seja mundialmente aceita para uniformizar os diagnósticos possíveis, ela ainda sofre com os vieses de sua origem hospitalar. Dessa forma, não é um instrumento muito útil em atenção primária, uma vez que se trata de compêndio de todos os diagnósticos existentes, muito deles incomuns e raramente, ou nunca, vistos no atendimento básico. A ICPC-2 é compatível com a CID e mais prática para a codificação de diagnósticos em atenção primária^[11].

A partir das prescrições geradas pelo serviço, foram calculados os indicadores de prescrição recomendados pela OMS, baseados no manual *Como Investigar el Uso de Medicamentos em los Servicios de Salud*^[11]. Estes indicadores refletem o funcionamento do serviço de saúde, principalmente no que se refere às práticas gerais de prescrição com independência dos diagnósticos específicos, conforme descrito a seguir^[12]:

- Número médio de medicamentos por consulta (determina o grau de polimedicação a que a população está sujeita) = total de medicamentos prescritos/total de consultas no período. Por não ter sido possível a coleta das prescrições de todas as consultas, conforme descrito acima, utilizamos como denominador não o total de consultas, mas o total de prescrições recolhidas no período. Assim, a medida calculada foi a “Média de Medicamentos por Prescrição”.
- Porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico (determina a tendência do prescritor para optar por nomes genéricos na prescrição) = total de medicamentos genéricos prescritos/total de medicamentos prescritos, multiplicando-se por 100.
- Porcentagem de receitas em que se prescrevem antibióticos (determina o nível de emprego de antibióticos nos esquemas terapêuticos, o que, normalmente, tem maior custo, utilização complexa e são objeto de abuso) = receitas em que foi prescrito pelo menos um antibiótico/total de receitas, multiplicando-se por 100.
- Porcentagem de receitas em que se prescrevem injetáveis (determina o grau de utilização destas modalidades de tratamento que, normalmente, são de maior custo, utilização complexa e passíveis de abuso) = receitas em que foi prescrito ao menos um injetável/total de receitas, multiplicando-se por 100.
- Porcentagem de medicamentos prescritos que pertencem à Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (determina a adequação do serviço à Política Nacional de Medicamentos) = total de medicamentos prescritos que figuram na REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais)/total de medicamentos prescritos, multiplicando-se por 100.

Também foram utilizados os indicadores que seguem:

- Legibilidade, onde os medicamentos prescritos eram classificados em legível, pouco legível ou ilegível, de acordo com a classificação de Rosa *et al.*^[13], padronizando que cada palavra deveria ser examinada e avaliada separadamente, procurando evitar a interpretação ou dedução.
- Presença de informações essenciais na prescrição, tais como a presença de informações sobre forma farmacêutica, concentração da forma, dose, intervalo entre as doses, duração do tratamento e via de administração.

- Porcentagem de receitas com psicotrópicos.

Para o cálculo da frequência de medicamentos, primeiro e segundo níveis da ATC, utilizou-se como denominador o total de medicamentos prescritos e não, o total de prescrições/consultas.

Salienta-se que preparações otológicas, oftalmológicas, dermatológicas, entre outras, podem possuir antibacterianos na sua formulação, o que os qualifica como numerador na porcentagem de receitas em que se prescrevem antibióticos, mas não fazem parte do cálculo da frequência de antibacterianos para uso sistêmico (J01), na classificação ATC.

Os medicamentos prescritos foram apresentados pela nomenclatura constante na Denominação Comum Brasileira ^[14]. Eles foram, ainda, listados por seus nomes genéricos e classificados pelo Índice de Classificação Anatômico, Químico e Terapêutico (*Anatomical-Therapeutic-Chemical Classification Index - ATC*) ^[15] e pela RENAME do Ministério da Saúde ^[16]. Tal classificação permitiu a definição das classes de medicamentos mais prescritas no serviço de saúde do município.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após análises dos resultados, constatou-se que a maioria dos entrevistados (58%) era do sexo feminino. Considerando que as mulheres constituíram a maioria dos pacientes entrevistados, isso pode ser decorrente do fato de que as mulheres se preocupam mais com a saúde, fazem exames rotineiros, procurando assim não somente curar, controlar, mas também prevenir as doenças. Enquanto que os homens tendem a procurar os serviços de saúde com menor frequência. Além disso, as mulheres tendem a relatar piores condições de saúde que os homens, em praticamente todas as faixas etárias ^[17].

A predominância do atendimento à mulher também pode ser, possivelmente, pela menor inserção desta no mercado formal de trabalho, com maior disponibilidade de tempo, além de uma possível percepção diferenciada do seu processo saúde-doença ^[18].

Um estudo realizado por Gomes, Nascimento e Araújo ^[19] apontou que o imaginário de ser homem pode aprisionar o masculino em amarras culturais, dificultando a adoção de práticas de autocuidado, pois à medida que o homem é visto como viril, invulnerável e forte, procurar o serviço de saúde, numa perspectiva preventiva, poderia associá-lo à fraqueza, medo e insegurança; portanto, poderia aproximá-lo das representações do universo feminino, o que implicaria possivelmente desconfiar acerca dessa masculinidade socialmente instituída. Outras questões que reforçam a ausência dos homens nos serviços de saúde seriam o medo da descoberta de uma doença grave, a vergonha da exposição do seu corpo perante o profissional de saúde e a falta de unidades específicas para o tratamento da saúde do homem.

Na avaliação do perfil demográfico, segundo a faixa etária, observou-se que 45% dos pacientes entrevistados têm idade superior a 40 anos, como observado na seguinte distribuição percentual dos indivíduos: 20 a 39 anos (23%), 40-49 anos (20%), acima de 60 anos (18%), 10-14 anos (17%), 1-4 anos (8%), 50-59 anos (7%), 5-9 anos (4%) e de 15-19 anos (3%). É possível que a maior demanda por atendimento na idade acima de 40 anos encontrada neste estudo seja causada pela alta frequência de doenças crônicas nessa faixa etária, associada ao provável maior número de pessoas nessa faixa etária que moram no local de abrangência da Unidade de Saúde.

Quanto ao grau de instrução dos entrevistados, a maioria dos pacientes possui baixo nível de escolaridade, pois 42% relataram ter apenas o 1º grau incompleto e 12% relataram que são analfabetos. Aqueles maiores de 18 anos que afirmaram serem analfabetos afirmaram que não tiveram oportunidade para estudar, pois quando eram crianças havia uma carência de escolas e não tiveram acesso àquelas existentes, por morarem no interior do estado. O nível de escolaridade dos usuários do PSF na Unidade Mista de Felipe Camarão, Distrito Oeste de Natal – RN também foi considerado baixo, já que 70,6% do contingente pesquisado, ou não completaram os estudos até o 1º grau ou só estudaram até o 1º grau ^[20].

A maioria dos investigados (77%) relatou ter renda familiar mensal entre 1 a 2 salários mínimos, sendo que a baixa renda apresentada pelos pacientes foi o principal motivo relatado

por eles para a procura da assistência médica no setor público. Em estudo realizado por Oliveira e Borges^[20], também foi observado que a renda familiar dos usuários do PSF em Oeste de Natal – RN é extremamente baixa, já que a quase totalidade dos respondentes não ultrapassa a faixa de três salários mínimos, resultando em baixo poder aquisitivo, agravado ainda pelo fato de que a maioria dos lares tem de três a seis residentes.

No Brasil, estima-se que 25% da população possuem plano de saúde e que mais de 90% utilizam o Sistema Único de Saúde^[21]. Arrais, Barreto e Coelho^[22] ressaltam que, provavelmente, as transformações sociais e econômicas pelas quais passa o Brasil, em que existe uma nítida perda de poder aquisitivo das famílias, aliada aos altos preços dos planos de saúde e de consultas particulares, tenham influenciado na busca de assistência no setor público.

Com relação à periodicidade de consultas realizadas pelos entrevistados nas UBSs, 35% comparecem nas consultas uma vez por mês; enquanto que 24% relataram comparecer apenas duas vezes ao ano, como mostrado no Gráfico 1. Diante disso, observa-se a importância da equipe do PSF para informar, durante as visitas domiciliares, sobre a importância de ir às consultas com regularidade na UBS. Santos^[8] reforça que o PSF está baseado no trabalho de uma equipe multiprofissional que busca o consenso ao solucionar os problemas da comunidade, estimulando a comunicação permanente entre os componentes da equipe, considerando o indivíduo como um todo, no seu contexto familiar, com sua cultura, seus valores, sua realidade social, como um verdadeiro cidadão, que tem garantido seus direitos constitucionais.

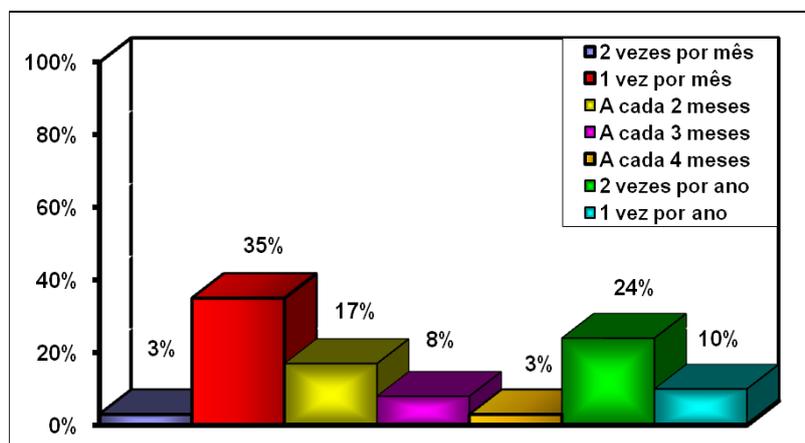


Gráfico 1: Periodicidade das consultas médicas realizadas pelos entrevistados.

Quanto aos motivos de atendimento neste estudo, é importante destacar que um paciente pode apresentar mais de um motivo. Portanto, dos 60 pacientes entrevistados foram obtidos 85 motivos para consulta que foram devidamente classificados segundo a Classificação Internacional de Atenção Primária (ICPC-2)^[9] e apresentados na Tabela 1. Assim, os motivos de consulta mais frequentes foram aqueles relacionados aos sistemas digestivo (26%) e circulatório (22%).

Tabela 1 - Motivos para consulta mais frequentes da população analisada segundo ICPC-2

Grupo ICPC	Motivos Agrupados	Total (%)
D	Digestivo	26
K	Circulatório	22
A	Geral e inespecífico	14
R	Respiratório	12
N	Neurológico	5
S	Pele	4
L	Musculoesquelético	4
U	Urinário	2
X	Genital feminino	2
T	Endócrino/metabólico/nutricional	2
P	Psicológico	2
W	Gravidez	2
B	Sangue	1
F	Olho	1
*	Procedimentos	1
Total		100

Assim, foi observada uma grande variedade de motivos para a consulta. Tal fato é compatível com o atendimento primário, no qual, deve haver série ampla de problemas apresentados pelos usuários, em contraste com o atendimento especializado, em que pequena variedade de diagnósticos corresponde à maioria das consultas.

Posteriormente, foram avaliadas 71 prescrições medicamentosas dos pacientes entrevistados, com um total de 94 medicamentos prescritos, tendo uma média de 1,3 medicamentos por prescrição médica. Este dado está de acordo com a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) que aponta a média entre 1,3 a 2,2 medicamentos por prescrição como um resultado sem tendência à polimedicação ^[11]. Este valor é compatível com o encontrado em Araraquara (1,8) ^[23] que, mesmo com realidade diferente à do Município de Imperatriz – MA (localização geográfica, clima, perfil epidemiológico e política de medicamentos), apresentou resultado que se assemelha ao deste estudo. Enquanto que, em estudo feito por Giroto e Silva ^[2] no Município de Ibiporã - PR, a média de medicamentos por prescrição foi 2,0.

Dessa forma, ao avaliar a quantidade de medicamentos por prescrição, os resultados obtidos (Gráfico 2) mostraram que 45% das prescrições continham 3 medicamentos, 34% delas apresentaram duas especialidades farmacêuticas, 14% uma formulação farmacêuticas e 7% quatro ou mais medicamentos.

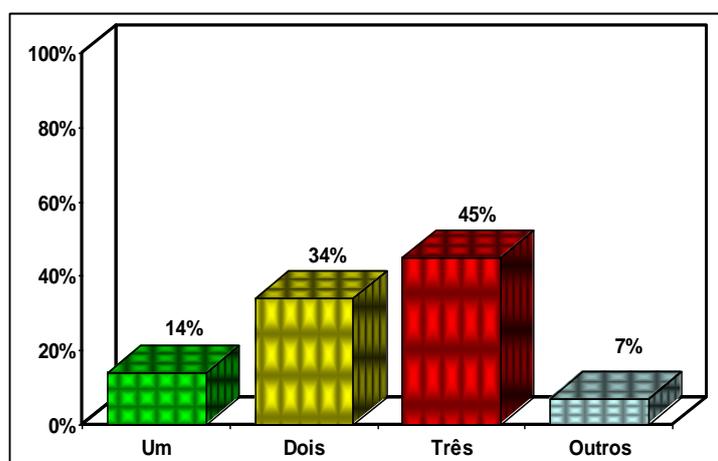


Gráfico 2: Quantidade de medicamentos por prescrição médica.

A prática da polimedicação não é recomendável, pois segundo dados da OMS, de todos os pacientes que são atendidos em pronto-socorros com intoxicação, 40% são vítimas dos medicamentos e, apenas 50% dos pacientes, em média, tomam corretamente seus medicamentos, conseqüentemente, tais problemas crescem em frequência com a utilização de maior número de medicamentos ^[24].

Todas as prescrições medicamentosas investigadas foram redigidas manualmente. Após a análise destas prescrições pela legibilidade, pode-se constatar que 85% delas foram consideradas legíveis e 15% foram consideradas ilegíveis. As consideradas legíveis o foram, pois não houve problemas de tempo gasto, além do normal, para entender o que estava escrito e as tachadas de ilegíveis, quando foi impossível entender o que estava escrito em pelo menos metade delas. É de fundamental importância que as prescrições sejam elaboradas de forma legível, pois as prescrições ilegíveis contribuem com a ocorrência dos erros de medicação, visto que os profissionais da saúde não são capazes de ler corretamente as informações.

A prescrição constitui documento legal pelo qual se responsabilizam quem prescreve (médico, médico-veterinário e cirurgião-dentista), quem dispensa o medicamento (farmacêutico) e quem administra (enfermeiro), estando sujeito a legislações de controle e vigilância sanitária. No entanto, para que os resultados da prescrição sejam efetivos, é preciso facilitar e promover a cooperação ativa, não só dos profissionais já citados como do próprio paciente, seus familiares ou cuidadores ^[25].

A prescrição é a ordem médica dirigida ao farmacêutico para o cumprimento da terapia medicamentosa do paciente. A falta de informação na prescrição pode interferir com a comunicação entre os profissionais, prejudicando-a e levando a erros de medicação ao paciente. Prescrições incompletas impedem a eficiência do trabalho de dispensação dos medicamentos, colocando em risco a qualidade da assistência farmacêutica ao paciente.

Em relação à ausência de informações contidas nas prescrições, observou-se que 20% (14) delas não estavam dentro dos padrões. Entre os erros foram encontradas ausências de: data (4), dose (2) e intervalo entre as doses (3), bem como a presença de siglas (5). Gimenes ^[5] aponta que um dos problemas mais graves encontrado é a ausência da dose na prescrição medicamentosa o que pode favorecer a administração de doses inferiores ou superiores em relação ao desejado para o tratamento, resultando no não alcance das metas farmacoterapêuticas estabelecidas.

A presença de siglas e/ou abreviaturas nas prescrições médicas tem sido apontada em diversos estudos como sendo um problema para a administração segura de medicamentos, uma vez que pode causar dificuldades na leitura e compreensão de seus significados, especialmente se, associado a elas, a caligrafia estiver ilegível ou difícil de ler ^[5].

Além disso, em sete prescrições (10,0%) não havia a assinatura de qualquer prescritor. A dispensação de medicamentos permite ao farmacêutico avaliar a receita médica sob diferentes aspectos. Em alguns casos, a ausência de informações sobre a forma farmacêutica ou dosagem pode não ser essencial. Isto ocorre quando há apenas um produto disponível na padronização do hospital com aquele fármaco prescrito. Nestes casos, embora a prescrição esteja incompleta, o paciente não chega a sofrer as conseqüências desta falta de informação. Entretanto, muitas vezes tem-se mais de um produto padronizado na farmácia para um determinado fármaco, com formas farmacêuticas e dosagens diferentes, para administração tanto oral quanto parenteral. Assim, é essencial a identificação do prescritor para sanar tais dúvidas. Assim, torna-se evidente que a correta identificação do prescritor é uma medida que visa agregar valor à prescrição e à função do médico. A assinatura do prescritor é também uma exigência legal na documentação do paciente ^[26].

Na dispensa de medicamentos, especialmente os antibióticos, é de suma importância uma informação adequada sobre o medicamento prescrito, como: a forma correta da sua utilização principalmente através do respeito pelas dosagens e intervalos entre as doses e duração do tratamento. A falta de informações adequadas dificulta o tratamento do paciente podendo por em risco a sua vida.

Nas prescrições analisadas foram encontradas apenas quatro receitas que continham antidepressivos ou ansiolíticos, o que corresponde a 4% do total de receitas. Segundo a Portaria 344 de 12 de maio de 1998 (MS), medicamentos controlados são aqueles cuja substância pode

causar dependência física ou psíquica. Estes necessitam de notificação de receita, cuja definição é documento que acompanhado de receita autoriza a dispensação de medicamentos a base de substâncias entorpecentes, psicotrópicas, retinóicas, imunossupressoras^[27].

Quanto ao responsável pela prescrição, observou-se que 82% das prescrições foram feitas por médicos e 18% por enfermeiros. Além do médico, outros profissionais da área da saúde podem prescrever, tais como odontólogos, médicos-veterinários, paramédicos, enfermeiros. Já quanto à dispensação, nem sempre quem avia a receita é um farmacêutico, podendo ser um enfermeiro, um técnico ou um assistente^[28].

A enfermagem dispõe da Lei do Exercício Profissional nº. 7.498/1986 e ao Decreto nº. 94.406/1987, que asseguram ao enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, a “prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde [...]”. Tal prática, dadas as necessidades de saúde da população, vem cada vez mais se constituindo como necessária ao processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, conseqüentemente, à efetivação da integralidade e da equidade^[29]. Entretanto, vêm surgindo muitos questionamentos em relação à prescrição de medicamentos e à solicitação de exames por enfermeiros do PSF, que os profissionais médicos afirmam serem atribuições específicas de sua profissão^[30].

Autores defendem a prescrição medicamentosa feita pelo enfermeiro, porém enfatizam que esse profissional não deve tornar a prescrição como o procedimento essencial em seu processo de trabalho, mas, sim, também, as ações de promoção da saúde, educação em saúde, prevenção de doenças, reabilitação, dentre outras, com o processo de cuidar como a base do trabalho em enfermagem^[31].

Neste estudo, observou que 62% das prescrições apresentaram somente medicamentos com a denominação genérica, 8% apresentaram medicamentos somente com seus nomes comerciais e 30% das receitas apresentaram medicamentos com ambas denominações. A porcentagem de prescrição de medicamentos pela denominação genérica foi um valor abaixo do definido pela Lei dos Genéricos (Lei nº 9787/99)^[32]. Ela determina que, no âmbito do SUS, todas as prescrições devem ser feitas pelos nomes genéricos, utilizando-se a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou a Denominação Comum Internacional (DCI). Este resultado é semelhante ao encontrado no Município de Londrina – PR^[33], que obteve 66,5% de prescrição pela denominação genérica. Em outros trabalhos realizados no Brasil, valores maiores foram encontrados em Campo Grande (84,3%)^[34] e Fortaleza (74%)^[35]. Resultados inferiores podem ser vistos em Ribeirão Preto, 30,6%^[12], e Araraquara, 36,1%^[23].

A OMS^[36] recomenda que se utilize o nome genérico (denominação comum) em todas as prescrições, pois isto facilita a educação e a informação. Para o paciente, a não utilização da denominação genérica nas prescrições pode criar dificuldades na identificação do medicamento em função da confusão entre nomes comerciais e genéricos, além de levar à aquisição de medicamentos mais caros, mesmo com opções mais baratas^[33]. Entretanto, alguns médicos ainda fazem a prescrição de medicamentos pelo nome fantasia em função do *marketing* da indústria farmacêutica sobre o prescritor, da disponibilização de diferentes apresentações comerciais para o mesmo princípio ativo, do desconhecimento da legislação, do elevado número de associações e da confiabilidade em determinadas marcas farmacêuticas^[37].

Observou-se que 28% das prescrições medicamentosas investigadas continham medicamentos de uso contínuo. Como não foram computadas as prescrições para medicamentos de uso contínuo (anti-hipertensivos, por exemplo) não emitidas no dia da consulta, assim, é interessante ressaltar que os dados aqui apresentados referem-se a novas prescrições ou repetição de prescrições anteriores para pacientes que consultaram no dia da pesquisa. Dessa forma, a baixa frequência de medicamentos de uso contínuo apresentada nessa pesquisa provavelmente não reflete a prevalência do uso desses medicamentos no município. Paniz *et al.*^[38] ressaltam que estes medicamentos assumem grande importância no tratamento de doenças crônico-degenerativas, como a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes *mellitus*, bem como de problemas de saúde mental, morbidades estas que apresentam prevalências crescentes no Brasil em decorrência do envelhecimento populacional.

Medicamentos essenciais se constituem em um dos principais instrumentos para a realização de uma efetiva política de medicamentos. Eles são definidos pela OMS como aqueles que

servem para satisfazer às necessidades de atenção à saúde da maioria da população. São selecionados de acordo com a sua relevância na saúde pública, provas quanto à eficácia e à segurança e com estudos comparados de custo efetividade^[9].

Dentre os medicamentos prescritos, a maioria (76%) fazia parte da REMUME e da RENAME, evidenciando que os médicos dos PSFs de Imperatriz – MA prescreveram os medicamentos fornecidos pelos postos de saúde. Em Araraquara – SP, 61,35% dos medicamentos constavam da listagem padronizada do município^[39]. Em Florianópolis – SC, verificou-se que 86,5% dos medicamentos prescritos constavam da lista municipal de medicamentos padronizados^[40]. Entretanto, no município de Tabatinga – SP, a porcentagem de medicamentos prescritos que constavam na lista de medicamentos do município foi de apenas 22,8%^[41].

Observou-se que 72% dos entrevistados receberam apenas uma receita após a consulta, 20% receberam duas prescrições e 8% receberam três receitas (Gráfico 3). É importante sempre atentar para o uso racional de medicamentos que é um elemento fundamental para um sistema de saúde de qualidade. Existem diferentes possibilidades de racionalizar a receitas através da melhoria da qualidade da informação utilizada. Contudo, qualquer que seja a estratégia inerente a um programa de melhoria da qualidade das receitas deve ter em consideração as características do grupo a que se destina^[42].

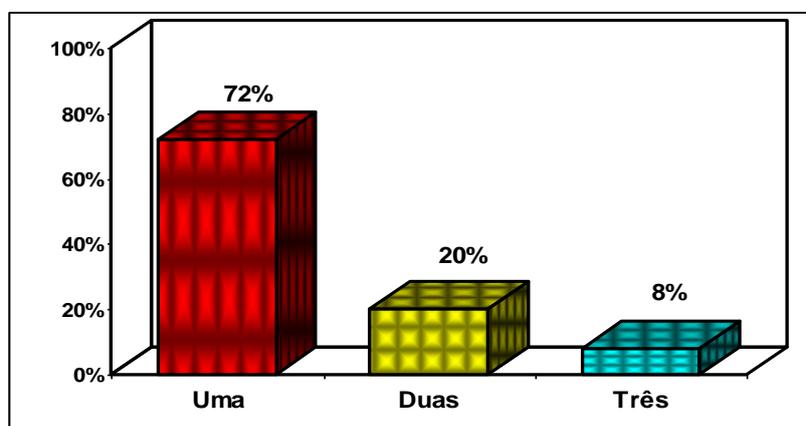


Gráfico 3: Quantidade de prescrições por pacientes

Na Tabela 2 são mostrados os resultados da análise dos medicamentos prescritos classificados pelo código ATC em seu segundo nível (classe terapêutica), dos pacientes investigados. Assim, no total de 94 medicamentos prescritos, as classes de medicamentos mais prevalentes foram antiparasitários (17%), antibacterianos sistêmicos (16%), anti-hipertensivos (14%) e analgésicos (10%). As classes mais prescritas encontram-se na Tabela 2.

Tabela 2: Classes terapêuticas mais prescritas na amostragem avaliada

Classe ATC (2º nível)	Classes Terapêuticas	Total (%)
P01A/P02	Antiparasitários	17
J01	Antibacterianos sistêmicos	16
C02	Anti-hipertensivos	14
N02	Analgésicos	10
C03	Diuréticos	6
M01	Anti-inflamatórios	5
B03	Antianêmicos	4
D01	Antifúngicos	2
Outros		26
Total		100

A porcentagem de prescrições com presença de antibióticos (16%) está abaixo do sugerido pela *International Network for the Rational Use of Drug* (INRUD) que sugere valores entre 20 a

30% como aceitáveis ^[43]. Valores superiores foram encontrados em Londrina (28,6%) ^[33], em Campo Grande (27,4%) ^[34] e no Plano Piloto, em Brasília (26,4%) ^[44].

O uso abusivo de antibióticos gera gastos desnecessários com a hospitalização de pacientes com RAMs e reações de hipersensibilidade, sendo que seu uso em excesso e desnecessário leva ao desenvolvimento de bactérias multirresistentes, podendo dificultar o tratamento de futuras infecções, bem como o agravamento dos quadros das doenças ^[33, 45].

Mota *et al.* ^[46] mencionam que os antimicrobianos é a segunda classe de droga mais utilizada sendo responsável por 20 a 50% das despesas hospitalares. É prescrita em larga escala em atendimentos ambulatoriais e também como automedicação. Esta ampla utilização de antimicrobianos pode afetar de forma significativa não somente a microbiota do paciente que o utiliza, mas também a ecologia microbiana dos outros pacientes.

Quanto aos grupos de medicamentos mais indicados, percebemos certa coerência quanto ao esperado segundo o perfil epidemiológico e o nível de atenção verificado em Imperatriz - MA, à exceção de medicamentos para o aparelho cardiovascular (Classificação ATC: C). O fato dos anti-hipertensivos estarem no terceiro lugar pode ser devido ao encaminhamento da maioria dos pacientes com problemas cardiovasculares para o especialista. Além disso, também há a possibilidade dos prescritores que não prescreveram nos receituários terem em parte de suas prescrições a presença de medicamentos para o aparelho cardiovascular, mas principalmente ao fato que consultas de retorno de pacientes, pertencentes ao programa de hipertensos, não terem suas prescrições renovadas. Tais pacientes retiram continuamente seus medicamentos com a mesma receita, que só é renovada quando há troca do tratamento ou na dosagem dos medicamentos prescritos.

Na Tabela 3 são mostrados os resultados da análise dos medicamentos prescritos classificados pelo código ATC em seu quinto nível (nome do fármaco), dos pacientes investigados. Assim, no total de 94 medicamentos encontrados nas prescrições investigadas, os cinco medicamentos mais prescritos foram: metronidazol (13%), amoxicilina (8%), hidroclorotiazida (7%), captopril (6%) e sulfato ferroso (6%). Assim, estes resultados mostraram uma tendência para a utilização de medicamentos de uso eventual para tratamento de quadros agudos, como o metronidazol, a amoxicilina e o sulfato ferroso. Entretanto, os medicamentos de uso contínuo, principalmente os que são relacionados com as doenças do sistema cardiovascular, como a hidroclorotiazida e o captopril, também apareceram entre os mais prescritos, refletindo uma preocupação do serviço em dar seguimento aos pacientes que possuem quadros de doenças crônicas.

Tabela 3: Medicamentos mais prescritos na amostragem avaliada

Classe ATC (5º nível)	Medicamento	Total (%)
G01AF01	Metronidazol	13
J01CA04	Amoxicilina	8
C03AA03	Hidroclorotiazida	7
C09AA01	Captopril	6
B03AA07	Sulfato ferroso	6
N02BE01	Paracetamol	5
B03BB01	Ácido Fólico	4
D01AC08	Cetoconazol	3
C09AA02	Enalapril	3
P02CA01	Mebendazol	3
M01AX17	Nimesulida	2
P02CA03	Albendazol	2
P01AB07	Secnidazol	2
C07AA05	Propranolol	2
NA*	Fitoterápico (<i>Hedera helix</i> L.)	2
Outros	Outros	32
Total		100

* NA: Não se aplica.

De acordo com a via de administração prescrita para o uso dos medicamentos (Gráfico 4), observou-se que a via oral foi a via indicada para a maioria (70%) dos pacientes, seguida das vias: tópica (15%), vaginal (13%) e oftálmica (2%). Silva ^[6] afirma que a via oral é a modalidade mais conveniente na administração de drogas. Ela é chamada tradicionalmente de via de uso interno ou também enteral. Os medicamentos administrados por essa via podem exercer um efeito local no trato gastrointestinal ou ser absorvida pela mucosa gastrointestinal, atingindo o sangue ou linfa e exercendo efeitos sistêmicos. Além disso, a absorção dos fármacos por via oral pode ocorrer na boca, intestino delgado, reto e em menor extensão no estômago e no intestino grosso.

Neste estudo, não foi observada a prescrição de medicamentos injetáveis. Dados diferentes foram encontrados em outros municípios, como Ribeirão Preto, onde 8,3% das consultas tiveram prescrição de injetáveis ^[13], Campo Grande com 10,2% ^[34] e Londrina com 10,9% ^[33].

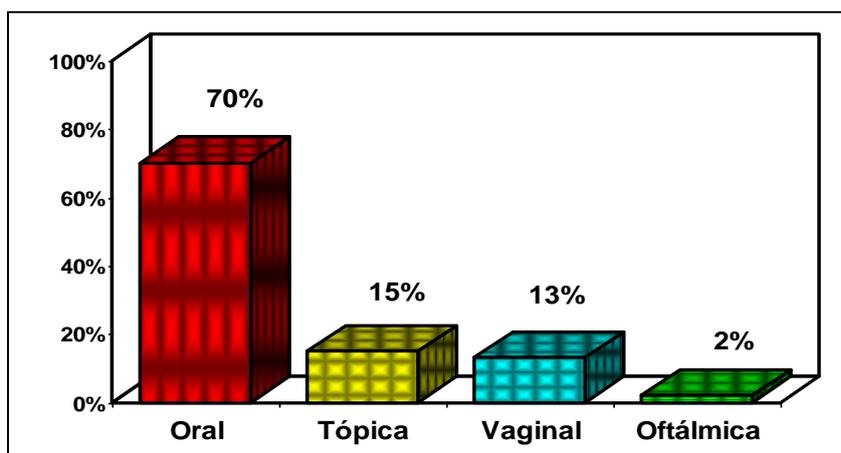


Gráfico 4: Via de administração dos medicamentos prescritos.

4. CONCLUSÃO

A utilização de medicamentos padronizados melhora a relação custo-benefício da prescrição, uma vez que se utilizam fármacos com eficácia e segurança devidamente estabelecidas. Assim, é de suma importância a realização de estudos que forneçam informações sobre a prescrição de medicamentos no país, fornecendo informações para que os administradores da saúde identifiquem a realidade local para a implementação de políticas de saúde eficazes e eficientes.

De acordo com os resultados obtidos neste estudo, observou-se que as prescrições apresentaram um baixo número médio de medicamentos por consulta, determinando o baixo grau de polimedicação a que a população está sujeita. A elevada porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico, determinando a tendência do prescritor para optar por nomes genéricos na prescrição. A baixa porcentagem de receitas em que se prescrevem antibióticos, determinando o nível de emprego de antibióticos nos esquemas terapêuticos, o que, normalmente, tem maior custo, utilização complexa e são objeto de abuso. A ausência de receitas em que se prescrevem injetáveis, sendo que estas modalidades de tratamento são de maior custo, utilização complexa e passíveis de abuso). A elevada porcentagem de medicamentos prescritos que pertencem à REMUME e à RENAME.

Dessa forma, as prescrições avaliadas estão alinhadas com o perfil recomendado pela OMS e, em relação à maior parte dos indicadores, o PSF do Município de Imperatriz se encontra em situação melhor que outras localidades investigadas em outros estudos.

1. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. *Política Nacional de Medicamentos*. Diário Oficial da União. Brasília, 10 de novembro de 1998.
2. GIROTTO, E.; SILVA, P. V. A prescrição de medicamentos em um município do Norte do Paraná. *Revista Brasileira Epidemiologia*, v.9, n.2, p. 226-234, 2006.

3. ROSA, M. B. Avaliação de intervenções educativas na prescrição de medicamentos potencialmente perigosos, em três hospitais de Belo Horizonte. 2011. 113p. Tese (Doutorado) Universidade Federal de Minas Gerais.
4. FARIAS, A. D. *et al.* Indicadores de prescrição médica nas unidades básicas de Saúde da Família no município de Campina Grande, PB. *Revista Brasileira de Epidemiologia* n. 10, v. 2, p. 149-156, 2007.
5. GIMENES, F. R. E. A segurança de pacientes na terapêutica medicamentosa: análise da redação da prescrição médica nos erros de administração de medicamentos em unidades de clínica médica. 2007. 112p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Ribeirão Preto.
6. SILVA, P. *Farmacologia*. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
7. SOUZA, J. M. *et al.* Avaliação dos indicadores de prescrição e da demanda atendida de medicamentos no Sistema Único de Saúde de um município do Sul do Estado de Santa Catarina. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada* v.33, n.1, p.107-113, 2012.
8. SANTOS, F. S. Identificação do líder e as competências exercidas na liderança das equipes do Programa de Saúde da Família: um estudo exploratório em Imperatriz, MA. 2005. Dissertação (Mestrado em Liderança) – Universidade de Santo Amaro. São Paulo.
9. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria n. 1.587, de 3 de setembro de 2002. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais RENAME – Revisão. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 5 setembro de 2002. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/1587_02.htm>. Acesso em: 29.mar.2011.
10. WONCA. Wonca International Classification Committee. *International Classification of Primary Care Second Edition*. 1998. Disponível em: <www.fimrc.org.au/Download/ICPC-2%20summary%20-%20English.pdf>. Acesso em: 28. fev. 2004.
11. STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002. 725 p.
12. WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. Indicators for monitoring National Drug Policies, Action Program on Essential Drugs. Geneva: WHO/DAP/ 94.12; 1994.
13. SANTOS, V.; NITRINI, S.M.O.O. *Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde*. *Revista Saúde Pública*, v.38, n.6. p. 819-26, 2004.
14. ROSA, M.B.; NEIVA, H.M.; ANACLETO, T.A.; MENDES, D.P.; FREITAS, F.; LAGE, J.B.; PERINI, E. Legibilidade de prescrições médicas com medicamentos potencialmente perigosos em um hospital de Belo Horizonte, MG. *Revista BRAFH* n.2, p.22-8, 2003.
15. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Medicamentos. Conceitos técnicos. Brasília, 2000. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/conceito.htm>>. Acesso em: 08.abr. 2003.
16. WHO. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. ATC Index 2004. Disponível em: <<http://www.whocc.no/atcddd>> Acesso em: 29.fev.2004.
17. MACINTYRE, S.; HUNT K.; SWEETING H. Gender differences in health: are things really as simple as they seem? *Social Science and Medicine* v.42, n.4, p.617-624, 1996.
18. MORAES, M.; FIEBIG, E. Q.; LAUERMANN, F. T.; DODE, O. B.; ROVARIS, R. Estudo de demanda de uma Unidade Básica de Saúde em Pelotas/RS. *Rev. de Saúde da UCPEL*, Pelotas, v.1, n.1, p. 39-44, 2007.
19. GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p. 565-574, 2007.
20. OLIVEIRA, A. K. P.; BORGES, D. F. Programa de Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários. *Revista de Administração Pública – Rio de Janeiro* v.42, n.2, p.369-89, 2008.
21. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. A saúde na opinião dos brasileiros / Brasília: CONASS, 2003. <Disponível em: www.conass.org.br/admin/arquivos/opiniaobrasileiros1.pdf> Acesso em: 21.jan.2012.
22. ARRAIS, P. S. D.; BARRETO, M. L.; COELHO, H. L. L. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. v. 23, n.4, p.927-937, 2007.
23. SIMÕES, M.J.S.; FEGADOLLI, C. Consumo de medicamentos por prescrição na assistência básica à Saúde do Município de Araraquara, SP. In: *Programas e resumos do 1º Seminário Brasileiro de Farmacoepidemiologia*. Fortaleza (BR). p. 34, 1996.

24. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Parcerias para diminuir o mau uso de medicamentos. Rev. Saúde Pública, v. 40, n. 1, p. 191-192, 2006.
25. FUCHS, F. D.; WANNMACHER, L.; FERREIRA, M. B. C. Farmacologia Clínica: Fundamentos da terapêutica racional. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
26. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Diário Oficial da [República Federativa do Brasil]. Brasília, 15 maio 1998. <Disponível em: <http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=20054&word>> Acesso em: 20.fev.2007.
27. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. *Regulamento Técnico Sobre Substâncias e Medicamentos Sujeitos a Controle Especial*. 1998. <Disponível em: www.anvisa.gov.br/legis/portarias/344_98.html> Acesso em: 21.jan.2012.
28. XIMENES NETO, F.R.G. Refletindo sobre a questão da prescrição de medicamentos. Revista Brasileira de Enfermagem. v. 60, n.2, p.129-30, 2007.
29. SOUSA, I.F.; BEM BORGES, D. Prescrição de medicamentos: legislação e recomendações. Instituto Salus, p. 1-7. 2011.
30. CARNEIRO, A.D.; MORAIS, G.S.N.; COSTA, S.F.G.; BATISTA, P.S.S.; COSTA, K.C. Prescrição de medicamentos e solicitação de exames por enfermeiros no PSF: aspectos éticos e legais. Revista Eletrônica de Enfermagem. v.10, n.3, p.756-65, 2008.
31. XIMENES NETO, F.R.G.; COSTA, F.A.M.; CHAGAS, M.I.O.; CUNHA, I.C.K.O. Olhares dos enfermeiros acerca de seu processo de trabalho na prescrição medicamentosa na Estratégia Saúde da Família. Revista Brasileira de Enfermagem, v.60, n.2, p.133-40, 2007.
32. BRASIL. Lei nº9787 de 10 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e da outras providências. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 11 de fevereiro de 1999. Seção 1. p.1.
33. Silva, P. V. O uso de medicamentos na atenção básica em Londrina, PR. 2003. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Londrina.
34. CUNHA, M.C.N.; ZORZATTO, J.R.; CASTRO, L.L.C. Avaliação do uso de medicamentos na rede pública municipal de Campo Grande – MS. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas. n.38, p. 317-27, 2002.
35. LOPES, A.E.C.; TEIXEIRA, A.C.A.; GURGEL, M.L.F.; MIRANDA, M.C.C. Drug use of evaluation in health services in Fortaleza, Brasil. INRUD. p. 6-17, 1996.
36. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS]. Guia para Boa Prescrição Médica. Porto Alegre: ARTMED, 1998.
37. CARDINAL, L. S. M. *et al.* Caracterização das prescrições medicamentosas em unidade de terapia intensiva adulto. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. v. 24, n.2, p.151-156, 2012.
38. PANIZ, V. M. V. *et al.* Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v.24, n.2, p.267-280, 2008.
39. SIMÕES, M. J. S; FALVO, I. F. Estudo da prescrição de medicamentos para idosos atendidos em serviço público de saúde, em município da região sudeste. Revista Ciências Farmacêuticas, v. 21, n. 2, p. 217-227, 2000.
40. NASCIMENTO JÚNIOR, J. M. *Avaliação da Assistência Farmacêutica na Rede Pública Municipal de Florianópolis*. Florianópolis, 1999. 200 p. [Tese de Mestrado. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina].
41. FEGADOLLI, C.; MENDES, I. J. M.; SIMÕES, M. J. S. Avaliação da prescrição médica em pediatria, baseada nos indicadores de medicamentos selecionados pela OMS em município do interior do estado de São Paulo. Revista Ciências Farmacêuticas, v. 23, n. 2, p. 239-254, 2002.
42. MIGUEL, J. Análise das inconformidades em receitas médicas recebidas em uma farmácia do município de Balneário Gaivota – SC. 2010. 24p. Monografia (Graduação) Universidade do Extremo Sul Catarinense.
43. HOGERZEIL, H.V.; ROSS-DEGNAN, D.; LAING, R.O.; OFORI-ADJEI, D.; SANTOSO, B.; AZAD CHOWDHURY, A.K. Field tests for rational drug use in twelve developing countries. Lancet, v.342, n.8884, p. 1408-10, 1993.
44. NAVES, J.O.S. Avaliação da assistência farmacêutica na atenção primária no Distrito Federal [dissertação de mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília; 2002.
45. BAUCHNER, H. ; PELTON, S.I. ; KLEIN, J.O. Parents, physicians, and antibiotic use. Pediatrics. v.103, n.2, p. 395-401, 1999.
46. MOTA, L. M. *et al.* Uso racional de antimicrobianos. Medicina. v.43, n.2, p.164-72, 2010.