



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA

RAYANNE DA COSTA OLIVEIRA

**NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE A PRESCRIÇÃO
MÉDICA ENTRE USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE
LAGARTO/SE**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Lagarto, SE
Abril, 2018

RAYANNE DA COSTA OLIVEIRA

**NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE A PRESCRIÇÃO MÉDICA ENTRE
USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE LAGARTO/SE**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade Federal de
Sergipe, Campus Professor Antônio
Garcia Filho, como exigência para a
obtenção do Diploma de Graduação em
Farmácia.

Orientadora: Profa. Dra. Chiara Ermínia
da Rocha

Lagarto, SE

2018

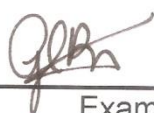
RAYANNE DA COSTA OLIVEIRA

**NÍVEL DE CONHECIMENTO DA PRESCRIÇÃO MÉDICA ENTRE USUÁRIOS
DA ATENÇÃO BÁSICA DE LAGARTO/SE**

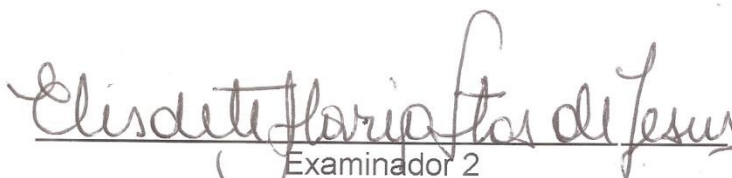
Projeto/Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal de Sergipe, Campus Professor Antônio Garcia Filho, como exigência para a obtenção do Diploma de Graduação em Farmácia.

Orientador (a): Profa. Dra. Chiara Erminia da Rocha

Aprovado em: 25/04/2018



Examinador 1
Profa. Dra. Giselle de Carvalho Brito



Examinador 2
Prof. Ma. Elsdete Maria Santos de Jesus

Dedico este trabalho aos meus pais, minha família, amigos e a Matheus, pelo incentivo e apoio durante minha jornada acadêmica.

Agradecimentos

A Deus, por ter me guiado e dado forças nos momentos mais difíceis.

A minha família, em especial meus pais, Arivaldo Antônio e Maria Evany, e minha Vó Mocinha. Vocês me deram o alicerce para conquistar isso aqui.

Ao meu amigo, braço direito, namorado, Matheus Amaral. Seu companheirismo, amor e atenção foram essenciais para encarar tudo com alegria e coragem, me tornando um ser melhor.

Aos amigos, em especial Débora de Jesus Cruz e Larisse Teodora da Silva Lima (irmãs que Lagarto me presenteou!). Foi em vocês que sempre pude confiar, dividir angústias, medos e alegrias.

Aos professores, em especial minha orientadora Prof. Dra Chiara Ermínia da Rocha, sempre disposta a ajudar e a contribuir, compartilhando seu conhecimento comigo.

As professoras Elisdete Maria de Jesus e Giselle de Carvalho Brito, por todos os ensinamentos e contribuírem com o meu trabalho.

Aos usuários da UBS Leandro Maciel por terem compartilhado seus conhecimentos e dúvidas.

*“A menos que
modifiquemos a nossa
maneira de pensar, não
seremos capazes de
resolver os problemas
causados pela forma
como nos acostumamos
a ver o mundo”*

Albert Einstein

RESUMO

NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE A PRESCRIÇÃO MÉDICA ENTRE USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE LAGARTO/SE

Rayanne da Costa Oliveira, Lagarto, 2018.

Introdução: Ao passo que o medicamento tornou-se sinônimo de restabelecimento de saúde, os mesmos passaram a ser prescritos ou utilizados de maneira indiscriminada. Assim, falhas na comunicação profissional de saúde-paciente e a desorganização das informações na prescrição favorecem o surgimento de dúvidas no paciente que culminam em falhas na terapêutica prescrita. **Objetivo:** Avaliar o nível de conhecimento da prescrição médica entre usuários da atenção básica do município de Lagarto/SE. **Método:** O estudo teve delineamento transversal com o suporte de um instrumento que era aplicado aos usuários na sala de espera e na farmácia da UBS. O instrumento continha questões pertinentes às características sócio-demográficas e sobre o medicamento prescrito. O nível de conhecimento dos usuários sobre seus medicamentos prescritos foi classificado em bom, regular e insuficiente. **Resultados:** Entre os 106 usuários, 87,74% eram do sexo feminino, com média de idade de 45,65 anos. O nível de conhecimento sobre os medicamentos foi considerado insuficiente (42,45%). Os usuários apresentaram maior nível de acerto para as variáveis referentes a indicação (91,5%), como deve utilizar (66,98%) e o horário de administração do medicamento (76,41%). O nome do medicamento (46,22%), tempo de uso (45,28%), e reações adversas (7,54%) apresentaram menores níveis de acerto. Apenas 21,8% citaram o farmacêutico como profissional responsável por dirimir dúvidas sobre medicamentos, e 53,8% não sabiam da presença do farmacêutico na UBS. **Conclusão:** A duração das consultas médicas não permite priorizar todas as informações necessárias ao uso correto assim como para dirimir as dúvidas remanescentes do usuário. Para identificar, prevenir e resolver PRMs, além de realçar os resultados terapêuticos e econômicos para o usuário e para a sociedade, o farmacêutico, na farmácia, deverá ser facilmente identificado por meio da vestimenta ou crachá.

Palavras-chave: Informação sobre medicamento, Atenção Básica, Conhecimento do paciente sobre a medicação, Informação ao paciente.

ABSTRACT

LEVEL OF KNOWLEDGE ABOUT PRESCRIPTION MEDICINE BETWEEN USERS OF THE BASIC HEALTH CARE IN LAGARTO/SE

Rayanne da Costa Oliveira, Lagarto, 2018.

Introduction: While the drug has become synonymous of health restoration, they have been prescribed or used indiscriminately. Thus, failures in professional health-patient communication and the disorganized information on prescription support the emergence of doubts in the patient that culminate in miscarriages on prescribed therapy. **Objective:** To evaluate the level of knowledge of the medical prescription among users of basic health care in Lagarto/SE. **Methods:** The study was cross-sectional with the support of an instrument which was applied to the users in the waiting room and in the pharmacy of an UBS. The instrument contained questions relevant to the socio-demographic characteristics and the prescribed medicine. Users' level of knowledge about their prescription was rated good, regular, and insufficient. **Results:** Among the 106 users, 87.74% were female, with an average age of 45.65 years. The level of knowledge about medicines was considered insufficient (42.45%). The users presented a higher level of accuracy for the variables related to indication (91.5%), how should use (66.98%) and the schedule of administration of the medicine (76.41%). The medicine name (46.22%), treatment schedule (45.28%), and adverse reactions (7.54%) had lower levels of matching. Only 21.8% cited the pharmacist as the professional responsible for solving doubts about medicines, and 53.8% did not know about the pharmacist's presence at UBS. **Conclusions:** The extent of the medical consultations does not allow prioritizing all the information necessary to the correct use of the medicine as well as to resolve the remaining doubts of the user. In order to identify, prevent and resolve PRMs, in addition to emphasizing the therapeutic and economic results for the user and for society, the pharmacist in the pharmacy should be without difficulty identified through the costume or button.

Keywords: Medication information, Primary care, Patient knowledge about medication, Patient information

LISTA DE SIGLAS

ANVISA – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

APHA – AMERICAN PHARMACISTS ASSOCIATION

CFF – CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA

LFS – LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE

NASF – NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

PNH – POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

PRM – PROBLEMAS RELACIONADOS A MEDICAMENTOS

SINITOX – SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES TÓXICO-FARMACOLÓGICAS

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

UBS – UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

URM – USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição das características sócio-demográficas dos entrevistados _____	45
Tabela 2. Distribuição dos acertos dos usuários em relação às informações e o conhecimento sobre medicamentos prescritos _____	46
Tabela 3. Frequência da solicitação dos usuários por informações adicionais sobre o medicamento _____	46
Tabela 4. Distribuição das classes terapêuticas dos medicamentos prescritos utilizados na amostra estudada _____	47
Tabela 5. Categorias e subcategorias identificadas a partir das respostas dos usuários sobre o papel do farmacêutico _____	47

Sumário

1 Fundamentação Teórica _____	11
1.1 Uso Racional de Medicamentos _____	11
1.2 Comunicação profissional-paciente: dificuldades e vias de comunicação _____	13
1.3 Papel do farmacêutico na atenção básica como promotor do uso racional de medicamentos _____	16
1.4 Conhecimento do usuário sobre medicamentos _____	21
2 Objetivos _____	26
2.1 Objetivo Geral _____	26
2.2 Objetivos Específicos _____	26
3 Manuscrito _____	27
Resumo _____	28
Abstract _____	29
Introdução _____	30
Metodologia _____	32
Resultados e discussões _____	35
Conclusões _____	41
Referências _____	42
Tabelas _____	45
4 Considerações Finais e Perspectivas futuras _____	48
5. Referências _____	49
Apêndice _____	58
Apêndice II _____	59
Anexo I _____	60
Anexo II _____	63

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

Os avanços tecnológicos que ocorreram na indústria farmacêutica desde o século passado proporcionaram a ampliação do arsenal terapêutico, que contribuíram significativamente para melhora dos indicadores de saúde. No entanto, a agregação de novos fármacos no mercado está atrelada também aos aspectos negativos, oriundos do uso irracional de medicamentos, notadamente aos problemas relacionados à farmacoterapia (ROCHA, 2014).

O consumo de medicamento tornou-se indispensável na vida das populações ao permitir a falsa ilusão do pleno sucesso no tratamento das doenças e a melhora e incremento na qualidade de vida (ALENCAR et al., 2014; MENDONÇA et al., 2014). No entanto, vale salientar que o alcance dos objetivos terapêuticos está atrelado, também ao uso adequado dos medicamentos (PORTELA et al., 2010; ASSIS & LEAL, 2013; MENDONÇA et al., 2014). Está assertiva se deve ao fato de que ao consumir o medicamento se considera o risco na ocorrência de efeitos inesperados ou indesejados (MENDES et al., 2014). Esses efeitos se configuram como um problema para o usuário, visto que geram o mascaramento de sinais e sintomas, agravamento da doença, a resistência antimicrobiana, o aumento do consumo de medicamentos, além de custos crescentes nos gastos com saúde, o que representa um problema de saúde pública (MENDES et al., 2014; RIBEIRO et al., 2014).

O uso irracional de medicamentos pode ser consequência da deficiência do acesso da população aos medicamentos essenciais. De acordo com o Centro Brasileiro de Informação sobre Medicamentos (2003), a prescrição conflitando com as diretrizes clínicas; o uso indevido de antimicrobianos, seja para infecções não-bacterianas ou em doses inapropriadas; a polifarmácia e a automedicação, são alguns motivos que levam ao uso irracional de medicamentos (CEBRIM, 2003; FERNANDES & CEMBRANELLI, 2014; LIMA et al., 2017).

Dados da ANVISA revelam que desde 2006 o uso irracional de medicamentos é um problema de saúde pública mundial, sendo que apenas 15% da população mundial consomem cerca de 90% dos produtos farmacêuticos. O último registro de intoxicações publicado pelo Sistema Nacional de Informações Tóxico Farmacológicas da FIOCRUZ - SINITOX - realizado em 2014 relata que os medicamentos encontram-se em primeiro lugar entre os

principais agentes causadores de intoxicações humanas no Brasil, sendo que as principais causas das intoxicações variam entre erros de administração (6,56%), automedicação (2,8%), acidente individual (35,68%), prescrição inadequada (0,88%) e uso indevido (0,80%). O cenário atual retrata que mais de 50% dos medicamentos são receitados, dispensados ou utilizados incorretamente. Em torno de 30 a 50% das pessoas não fazem o uso conforme o receitado por não terem as informações necessárias sobre o seu tratamento (OMS, 2002; ASSIS & LEAL, 2013).

De acordo com a OMS (1985), o uso racional de medicamentos (URM) ocorre quando “os pacientes recebem medicamentos apropriados para sua situação clínica, nas doses que satisfaçam as necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo possível para eles e sua comunidade”. Assim o URM envolve a prescrição apropriada de medicamentos para o usuário, de acordo com sua condição de saúde em que o usuário recebe, no momento da dispensação, os medicamentos adequados, em doses corretas e no período apropriado, com um custo razoável (CEBRIM, 2003; RIBEIRO *et al.*, 2014).

Assim, toda a comunidade, desde as indústrias produtoras de medicamentos, do profissional prescritor, das farmácias que comercializam os medicamentos até o próprio usuário tem o compromisso de praticar o URM (OMS, 1985). Outro grupo também incluído no processo de promoção do URM são os universitários (futuros profissionais da área da saúde), que em suas ações de extensão ou intervenções contribuem na disseminação de conhecimentos sobre medicamentos, e no vínculo entre profissional de saúde e usuário do serviço (ALENCAR *et al.*, 2014).

Por outro lado, o uso irracional de medicamentos é influenciado pelas propagandas de medicamentos, pela compulsão de algumas pessoas por medicamentos, pela manutenção das ações curativistas ao invés da promoção de saúde e prevenção de agravos e pelo fácil acesso aos medicamentos nas farmácias e virtualmente, dentre outros (CUNHA *et al.*, 2012).

No tocante as propagandas de medicamentos e os demais produtos relacionados à saúde, estes deveriam conter informações aceitáveis e concretas sobre os riscos quanto ao seu uso indiscriminado. Porém, os apelos emocionais dominam essas propagandas, causando o consumo sem evidências seguras e, portanto, desnecessário (MENDONÇA *et al.*, 2014). O uso do marketing e das propagandas pelas indústrias farmacêuticas como instrumento de lucro no mercado contribui para os altos índices de automedicação no Brasil, tornando o consumo de alguns produtos farmacêuticos um hábito cultural (JESUS, 2012).

Diante do uso inapropriado dos medicamentos e suas inúmeras consequências, o farmacêutico tem papel fundamental no momento da dispensação, favorecendo o URM pelo o uso de termos de fácil entendimento para o usuário, estabelecendo uma boa comunicação centrada no paciente e estabelecendo um vínculo terapêutico, ao se preocupar em proporcionar a autonomia e empoderamento do paciente quanto ao seu tratamento (ROMANICHEN *et al.*, 2009). Ou seja, o processo de comunicação exige o desenvolvimento e o aperfeiçoamento desta habilidade, a apreensão dos fundamentos teóricos da comunicação interpessoal no tocante a condução de um processo bem-sucedido e proativo entre o farmacêutico e o usuário (CFF, 2015).

1.2 COMUNICAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE: DIFICULDADES E VIAS DE COMUNICAÇÃO

A comunicação profissional-paciente é estabelecida pela troca de informações seja de forma escrita, por imagens e sons, na qual pode haver ou não a interpretação correta da mensagem (SANTOS & BERNARDES, 2010). Independente do tipo de comunicação ocorrerá a condução de informações necessárias para o sucesso terapêutico (REZENDE & MITRE, 2013; RAMOS & BORTAGARAI, 2014). O processo de comunicação é fundamental para a promoção da saúde, sendo um dos elementos mais importantes para a execução da Política Nacional de Humanização (PNH) nos serviços de saúde (SOARES & POLEJACK, 2016). Quando realizado de maneira adequada, o processo de comunicação se torna o melhor meio tanto para prevenir e identificar problemas quanto para encontrar os melhores meios de resolvê-los (CFF, 2015).

O encontro entre o profissional e o paciente é primordial para a assistência em saúde. Portanto não devem existir barreiras, para disseminar o conhecimento do usuário sobre sua condição de saúde e os problemas advindos do não tratamento e as consequências negativas em sua qualidade de vida (ARAÚJO, 2009; BERTACHINI, 2012). Nesse processo, a comunicação pode ser verbal ou não verbal, sendo que cerca de 50% da mensagem é transmitida por linguagem corporal e 40% pelo modo como as palavras são ditas (CFF, 2015; CRF-SP, 2015).

Neste contexto, as informações relacionadas à terapia medicamentosa são repassadas por meio da comunicação verbal escrita ou falada (CFF, 2015). A falada ocorre por meio das relações interpessoais e profissionais, devendo ser compreendida corretamente, sendo bem

pronunciada, por meio da articulação das palavras, do ritmo (rápido ou lento) e o timbre de voz, sem contar que, deve ser utilizada uma linguagem adequada ao nível de conhecimento do usuário (RAMOS & BORTAGARAI, 2012; CFF, 2015). Com relação à comunicação escrita, esta é fundamental no registro de informações, sendo as prescrições medicamentosas o melhor meio utilizado (SILVA *et al.*, 2007; CFF, 2015). A prescrição é considerada o resultado da comunicação entre o médico e o usuário de medicamentos, de modo que é fundamental conter na prescrição informações tanto dos medicamentos quanto do usuário e do prescritor, para obter um tratamento apropriado (SILVA *et al.*, 2012).

A prescrição é considerada um “documento com valor legal pelo qual se responsabilizam, perante o paciente e sociedade, aqueles que prescrevem, dispensam e administram os medicamentos” (DAMMENHAIN, 2010). De acordo com Duncan e colaboradores (2004, apud SOUSA & BORGES, 2011), a receita é um documento legal que sujeita o médico e o farmacêutico às leis de controle e vigilância sanitária vigentes. É um documento contendo as informações necessárias quanto ao medicamento a ser utilizado, a forma farmacêutica e a dose, a via de administração, o período e a quem é direcionado (GARJON, 2009; MASTROIAMI, 2009).

No Brasil os regulamentos de saúde dispõem de acordo com a Lei nº 5.991 de 1973, que a prescrição deve conter: nome e endereço do paciente, data, assinatura do prescritor e o respectivo número do Conselho profissional. Esses dados influenciam no URM, de modo a evitar problemas relacionados a medicamentos e, conseqüentemente, inefetividade do tratamento (SILVA *et al.*, 2012; WEBER *et al.*, 2012; FERREIRA *et al.*, 2013). Além da Lei nº 5.991 de 1973, a prescrição de medicamentos no Brasil é regulamentada pela Lei Federal nº 9.787 de 1999 pela Resolução nº 357 de 2001 do Conselho Federal de Farmácia (CFF) e por pontos presentes nos Códigos de ética de Medicina e Farmácia (DAMMENHAIN, 2010; LUCAS *et al.*, 2012).

Ante o exposto, não são apenas as normas e os princípios legais que caracterizam uma prescrição de qualidade. Selecionar o tratamento de acordo com o quadro clínico apresentado pelo usuário, suas condições sócio- econômicas e aceitabilidade, baseado na melhor evidência disponível, levando em consideração a realidade do sistema de saúde e o melhor custo-efetividade possível, contribuem positivamente para uma prescrição de qualidade e para o êxito no tratamento (PEPE & CASTRO, 2010). Assim, se a prescrição não obedecer e cumprir as condições citadas acima culminando no comprometimento da dispensação farmacêutica, quanto dificultando a execução correta do tratamento pelo usuário (LUCAS *et al.*, 2012).

São diversas as barreiras que comprometem o sucesso da comunicação, como a valorização do modelo biomédico quanto ao tecnicismo e a objetividade; a inexistência da comunicação ou má utilização da mesma; o fracasso na emissão ou recepção de mensagens e a desvalorização do feedback usuário – profissional de saúde (SILVA *et al.*, 2007; SOARES & POLALACK, 2016). Bertachini (2012) afirma que os “distúrbios de comunicação” levam a não resolução dos problemas, dificultando a implementação e aplicação de intervenções em saúde que deveriam ser realizadas.

Apesar dos usuários no âmbito da atenção básica ter acesso a medicamentos, mesmo que limitado, o auxílio médico não garante uma melhora em sua condição de saúde. Na atenção básica persistem falhas na comunicação que geram prescrições inapropriadas e erros na distribuição de medicamentos contribuindo com a falha na farmacoterapia e a exposição a tratamentos inseguros (LUCAS *et al.*, 2012). De acordo com Cassiani & Ueta (2004, apud WEBER *et al.*, 2012) os erros de medicação podem estar relacionados a problemas na prescrição, como a seleção incorreta de medicamentos, prescrição ilegível e omissão de informações. Lucas *et al* (2012) afirmam que a prescrição inadequada e, conseqüentemente, seus erros de medicação, prejudicam tanto os profissionais, prescritores e farmacêuticos, quanto o próprio usuário.

A prescrição inadequada de medicamentos é o ato no qual o profissional prescreve os medicamentos com um alto risco de ocorrência de eventos adversos, ultrapassando seus benefícios terapêuticos, mesmo existindo outras alternativas terapêuticas mais eficazes e seguras (CASTRO-RODRIGUEZ *et al.*, 2015; MANSO *et al.*, 2015). Além disso, são também classificados como prescrição inadequada de medicamentos situações na qual o usuário utiliza o medicamento por mais tempo que o necessário, a subutilização de fármacos, e as interações medicamento-medimento ou medicamento-doença. Assim, o medicamento deve ser considerado apropriado quando é aceito pelo usuário adequadamente, tendo uma indicação terapêutica clara, sendo necessário e seguro ao usuário, com efeito colateral mínimo possível, posologia simples, forma farmacêutica adequada e custo conveniente (SILVA *et al.*, 2014; CASTRO-RODRIGUEZ *et ali.*, 2015).

Os profissionais prescritores adquirem seus hábitos de prescrição próprios, visto que não tem uma forma padrão global para prescrever (SOUSA & BORGES, 2011). De acordo com Lyra *et al* (2004) milhões de prescrições são geradas nos serviços públicos de saúde do Brasil por ano, sem cumprir aos requisitos de legalidade, legibilidade e completude que possibilitam provisão de informações na dispensação e o uso correto dos medicamentos.

Estudos realizados na Argentina revelaram número elevado de prescrições ilegíveis tanto nos serviços de saúde, público e privado (ACENOLAZA et al., 1999). Em um estudo realizado na Secretaria de Saúde de Minas Gerais, foi constatada a ausência de informações adequadas para uma correta dispensação e compreensão do usuário sobre o uso dos medicamentos (ABRANTES et al., 2007). Esses estudos corroboram os problemas de adesão ao tratamento, gênese elevada de reações adversas, o incremento nos gastos com saúde, o que impacta negativamente a qualidade de vida da população (LYRA *et al.*, 2004; ABRANTES *et al.*, 2007).

De acordo com Cassiani (2005) os erros relacionados a medicamentos podem ocorrer tanto durante a prescrição (39%), na transcrição (12%), na dispensação (11%) e na administração (38%), sendo que apenas 2% desses erros são compreendidos e evitados por usuários. Silva et al (2012) afirma que a escrita ilegível contribui consideravelmente nos erros durante a prescrição. Em um estudo realizado por Lucas *et al* (2012), foi constatado que dentre os receituários avaliados, 15,8% eram digitados e não foram detectados problemas com ilegibilidade.

Assim, é evidente que a maioria dos prescritores não observam as diretrizes legais, culminando em prescrições inadequadas e consequentes problemas relacionados a medicamentos (PRM) que são frequentes quando relacionados com o baixo nível sócio-econômico-cultural dos usuários (LYRA *et al.*, 2004). Para a redução desses erros e alcançar a terapia efetiva e segura é importante a colaboração entre médicos e farmacêuticos. Sem esquecer que a possibilidade de atentar os médicos para a prática da prescrição correta, a valorização da comunicação adequada bem como a utilização da prescrição eletrônica que diminuem os erros de medicação, possibilitando o acesso as informações necessárias pelo usuário sobre seus medicamentos (LUCAS *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2012).

1.3 PAPEL DO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO BÁSICA COMO PROMOTOR DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

Diante do cenário atual em que se busca qualidade de vida e se considera o medicamento como uma alternativa para o alcance do bem estar, o farmacêutico é capaz de participar ativamente, em equipe, na promoção de saúde e prevenção de agravos, contribuindo

significativamente na promoção do URM (FERNANDES & CEMBRANELI, 2014; SILVA, 2015).

Hepler e Strand (1999) consideram três fases da atividade farmacêutica mais importantes no século XX, sendo elas a tradicional, o período de transição e o de surgimento da atenção ao usuário. Esses três períodos retratam funções e conceitos distintos voltados ao papel do farmacêutico para a sociedade, desde o farmacêutico boticário, onde preparava e vendia medicamentos, à fase de transição, tendo foco na produção industrial e por fim o surgimento da farmácia clínica com uma prática farmacêutica voltada ao usuário e ao uso dos seus medicamentos (VIEIRA, 2007; GALATO *et al.*, 2008).

O surgimento da industrialização e a produção de medicamentos em formas farmacêuticas e indicações específicas levaram a, não somente no Brasil, a perda de identidade e reconhecimento do farmacêutico manipulador, afastando o farmacêutico do atendimento ao usuário. Ademais, em 1930 a legislação permitiu o funcionamento das farmácias sem, necessariamente, ter o farmacêutico presente. A crise da profissão farmacêutica fez com que estes profissionais optassem por outras áreas, sem ligação com o medicamento (ANGONESI & SEVALHO, 2010; ALENCAR *et al.*, 2011). Enquanto no Brasil ocorria o afastamento do farmacêutico do contato direto com o usuário e com o medicamento, em outros países, os farmacêuticos buscavam a solidificação do seu papel como profissional de saúde, caminhando para a construção da Atenção Farmacêutica (ANGONESI & SEVALHO, 2010; GREGÓRIO & LAPÃO, 2012). O olhar voltado para o usuário surgiu, dentre outros registros, após o desastre com o uso da talidomida, em 1962, por gestantes acarretando uma epidemia de má formação congênita (VIEIRA, 2007).

Nos Estados Unidos o código de ética da American Pharmacists Association (AphA) de 1952 instituiu que farmacêuticos comunitários eram proibidos de discutir com os usuários sobre os efeitos dos seus medicamentos, devendo encaminhá-los à um profissional prescritor. No entanto, em âmbito hospitalar o farmacêutico mantinha sua valorização profissional na decisão terapêutica, exercendo funções na Comissão de Farmácia e Terapêutica e na distribuição de medicamentos (ANGONESI & SEVALHO, 2010). Dessa forma, o que ocorreu nos Estados Unidos foi uma resistência à revolução da industrialização. Em 1960, diante dos erros de medicação nos hospitais e a possível automação da distribuição de medicamentos, ocorreu o surgimento da Farmácia Clínica, modelo de prática farmacêutica voltado, naquele momento, ao ambiente hospitalar, onde a educação para a prática

farmacêutica visava o reconhecimento da importância do farmacêutico na equipe de saúde. (FARINA, 2005; ANGONESI & SEVALHO, 2010; SATURNINO et al., 2012).

Por outro lado, com Hepler e Strand (1999), o papel do farmacêutico deveria ir além da farmácia clínica, mantendo uma abordagem centrada no usuário, em que juntos resolvam os PRMs. Nesse aspecto, na década de 80, surgiu o “pharmaceutical care”, filosofia de prática que visa orientar e ampliar o papel do farmacêutico (Cipolle, 2000 apud Araújo 2005). A ampliação da função farmacêutica, além da farmácia clínica nos hospitais, tornou-se necessária devido ao problema mundial do uso irracional de medicamentos pela população. Os farmacêuticos passaram a ter como propósito melhorar a qualidade de vida do usuário a partir do seu tratamento farmacológico (HEPLER & STRAND, 1999; SATURNINO *et al.*, 2012).

Na Espanha, na década de 80 o termo Atenção Farmacêutica foi adotado, como também o foi no Brasil, em 2002, a partir de discussões da Organização Pan Americana da Saúde e Rede UNIDA (CARDOSO *et al.*, 2013). Neste contexto, o modelo de Atenção Farmacêutica inclui diversos aspectos voltados a potencialização das atividades assistenciais do farmacêutico como profissional de saúde. Diferente da visão norte-americana, que vê a Atenção Farmacêutica como uma prática distinguível das outras práticas desenvolvidas por farmacêuticos, a visão espanhola a inclui como modelo de prática as atividades farmacêuticas tradicionais. Isto se deve pelo fato de que em todas as atividades do farmacêutico espanhol são direcionadas a resolução ou prevenção dos PRMs (ANGONESI & SEVALHO, 2010).

Com esse processo de transição e reconhecimento da profissão farmacêutica, em 2002 as diretrizes curriculares para os cursos de Farmácia enfatizaram uma formação mais crítica e humanística do farmacêutico, indo além do conhecimento técnico-científico (COSTA et al., 2014; FERNANDES & CEMBRANELI, 2014). Com essa ampla formação, o farmacêutico recebeu grande incentivo para se tornar um profissional ativo na Saúde Pública. Notadamente na Atenção Básica, o percurso para ser visto como um agente de saúde, capaz de disponibilizar orientações confiáveis sobre medicamentos ainda se configura um desafio. (VIEIRA, 2007; FERNANDES & CEMBRANELI, 2014). Em 2014, com a Lei de nº 13.021 de 2014 que dispõe sobre o exercício e fiscalização da profissão farmacêutica, com o conceito de farmácia ampliado para estabelecimentos de assistência à saúde, o papel do farmacêutico ganhou mais espaço ao ser reconhecido como profissional fundamental nas ações em saúde pública quanto a promoção e adesão à farmacoterapia (CFF, 2015). No entanto, a profissão farmacêutica ainda está em processo de reestruturação no Brasil, corroborado pelo movimento

de formação de profissionais que desenvolvam práticas de cuidados em saúde focadas na melhoria da qualidade de vida das pessoas (CFF, 2015; COSTA, 2015,).

Atualmente o farmacêutico vivencia a mudança do paradigma mecanicista para o humanístico, ao buscar inserir em sua prática ações e serviços direcionados ao usuário e a sua experiência com a farmacoterapia. Essa transformação possibilita que o farmacêutico da atenção básica, seja na equipe multidisciplinar um orientador das ações de promoção de saúde visando à redução de fatores de risco e agravos da condição clínica do usuário. Quando presente nas farmácias das UBS se desenha uma alternativa para estabelecer o vínculo com o usuário, ao oferecer informações adequadas sobre a farmacoterapia à condição clínica de cada usuário. (MARTINS, 2014; ZANELLA et al., 2014).

A partir das ações de promoção da saúde, o farmacêutico se torna peça fundamental para promoção do URM e na educação terapêutica do usuário propiciando a adesão ao tratamento. Deste modo, o usuário se torna informado e capacitado para lidar com sua condição de saúde e possíveis efeitos indesejados advindos com o uso do medicamento (interações medicamentosas e efeitos colaterais) (COSTA et al., 2014). O farmacêutico tem papel fundamental na cadeia da assistência à saúde na atenção básica, sendo o profissional presente em uma das últimas oportunidades em identificar, corrigir ou evitar erros associados ao uso dos medicamentos, dando continuidade ao fluxo de informação iniciado na consulta médica (FERNANDES & CEMBRANELI, 2014; ZANELLA et al., 2014).

Com a Política Nacional de Atenção Básica garantindo o acesso universal aos serviços de saúde, acolhendo usuários e se responsabilizando pelas suas necessidades, o farmacêutico pôde cumprir o seu papel de cuidador centrado no usuário, se responsabilizando pelo seu bem estar, realizando ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, com ênfase na prevenção de agravos. Ou seja, o farmacêutico se responsabiliza pelo tratamento e pelos cuidados contínuos, sempre preocupado em não comprometer a qualidade de vida do usuário (VIEIRA, 2007; BRASIL, 2011; MELO & CASTRO, 2017; FERREIRA et al., 2016).

Costa et al (2014) afirmam que existem estudos relatando que a intervenção farmacêutica na farmacoterapia do usuário só ocasiona benefícios à promoção da sua saúde. Estas intervenções por meio de orientação farmacêutica ou ações educativas podem ser voltadas ao usuário, acompanhantes, familiares ou até mesmo ao prescritor e outros profissionais da saúde no contexto da atenção básica (PEPE & CASTRO, 2000). Assim, o farmacêutico é responsável em desenvolver atividades para orientar os usuários quanto ao uso

de medicamentos (CARDOSO et al., 2013). O cuidado farmacêutico objetiva manter a saúde do usuário e evitar o comprometimento do seu processo de cura. (FERREIRA et al., 2016).

Melo & Castro (2017) citam uma revisão de Eck et al (2014) em que os estudos relacionavam à prestação de serviços farmacêuticos na atenção primária nos Estados Unidos, Reino Unido e Canadá. Dos 38 estudos em que o farmacêutico estava incluído na mesma equipe do clínico geral, 25 relatavam um impacto positivo das intervenções farmacêuticas, como membro da equipe, compartilhando pessoalmente com o prescritor informações relevantes para a farmacoterapia do usuário, melhorando a qualidade da prescrição e contribuindo no acesso do usuário aos medicamentos que realmente necessitam. Esse achado confirma a importância do farmacêutico na equipe multiprofissional de saúde da atenção básica (CARDOSO et al., 2013; MELO & CASTRO, 2017).

Posto isto, a dispensação de medicamentos quando realizada de forma apropriada garante ao paciente o recebimento das orientações necessárias, constituindo-se um momento crucial em que o farmacêutico pode promover o URM antes do início do tratamento e contribuindo, por exemplo, na adesão à farmacoterapia (ROMANICHEN et al., 2009). No entanto, a ausência do farmacêutico na dispensação em UBS não permite a orientação adequada dos usuários sobre sua farmacoterapia e o impacto desta em sua condição de saúde (ALMEIDA et al., 2014; CORRER & OTUKI, 2013).

Mesmo com o reconhecimento do seu papel, ainda é escasso o número de farmacêuticos no Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente na dispensação de medicamentos. O Conselho Regional de São Paulo relatou, em 2006, que 73% das farmácias públicas do município de São Paulo não apresentavam o farmacêutico. A ANVISA relatou em seu estudo, em 2009, que de cada 10 farmácias do SUS, 7 não apresentam o farmacêutico (MELO & CASTRO, 2017). Mesmo sem ter seu verdadeiro reconhecimento no NASF (Núcleo de Apoio à saúde da família), no qual o farmacêutico só passou a fazer parte em 2008, com a portaria nº 698 e 154 de 24 de janeiro de 2008 do Ministério da Saúde, haviam, em 2010, mais de 600 farmacêuticos cadastrados no NASF em todo o Brasil. É importante ainda aperfeiçoar o processo de cuidado centrado no usuário e não no medicamento (LOPES, 2010; SILVA et al., 2016).

1.4 CONHECIMENTO DO USUÁRIO SOBRE MEDICAMENTOS

Avaliar o nível de conhecimento do usuário sobre seus medicamentos está relacionado a promoção do URM (CRUZETA et al., 2013; CORADI et al., 2016). O conhecimento do usuário sobre medicamentos pressupõe o acesso as informações necessárias para utilizar seu medicamento corretamente e inclui a indicação, a forma de usar, as interações, os efeitos adversos, as contraindicações e o armazenamento do medicamento (RUBIO et al., 2012).

O conhecimento sobre medicamentos é um aspecto fundamental para que o usuário alcance o sucesso terapêutico. Para tanto, faz-se necessário à disponibilização de informação adequada para que assim o usuário reduza suas dúvidas sobre seus medicamentos e alcance a efetividade e segurança da farmacoterapia (DRESCH et al., 2016). Assim, o uso dos medicamentos deve ser realizado levando em consideração tanto os benefícios esperados quanto os riscos possíveis. Essa atenção é imprescindível por conta dos medicamentos estarem presente na vida de grande maioria da população, na qual a transmissão de informações dos profissionais aos usuários pode ser ineficiente ou a falha no entendimento dessas informações pode levar a consequências como o uso incorreto. (VILLA, 2009; PINTO et al., 2016).

Neste sentido, Frölich et al (2010) identificaram entre usuários da atenção primária acertos para algumas variáveis como indicação terapêutica (77,8%) e utilização do medicamento prescrito (59,1%), enquanto que para outras questões o conhecimento dos usuários foram deficientes, como para as interações (27,5% dos acertos), efeitos adversos (16,2%) e o que fazer no caso de esquecimento de uma ou mais doses (20,6%). Concluiu-se assim a predominância dos níveis de conhecimento regular (42,5%) e insuficiente (46,3%). Em um estudo semelhante realizado por Dresch et al (2016), a frequência de acertos para estas variáveis variaram de acordo com o estudo de Frölich et al (2010),predominando os níveis de conhecimento regular (55%) e insuficiente (34%). A frequência de acertos para as variáveis foram 66,3% para indicação terapêutica e 8,5% para reações adversas. As informações direcionadas para o conhecimento sobre medicamentos irão variar entre as pessoas. Avaliar esse conhecimento acaba se tornando complexo, pois não existem categorias específicas de conhecimento, cada usuário recebe a informação de acordo com a sua necessidade de uso (GARCIA-DELGADO, 2008; REIS, 2010).

De acordo com o estudo realizado por Faria et al (2009) que retrata o conhecimento sobre medicamentos em diabetes, 56,5% dos entrevistados apresentaram carência de

informações sobre sua terapia medicamentosa. Essa carência de informações, além de piorar o estado de saúde do diabético, pode gerar custos a mais para o sistema público de saúde. Portela et al (2010) afirma que a não compreensão de uma única orientação sobre um medicamento já seria o suficiente para trazer problemas de saúde ao usuário. Ademais, não é uma garantia que os usuários irão utilizar seus medicamentos corretamente, mesmo apresentando um bom conhecimento sobre horário e dose. A viabilidade em seguir os conselhos propostos, a vontade de cumprir as orientações recebidas e a condição clínica apresentada pelo usuário também influenciam na adesão ao tratamento (SANTOS et al., 2013; BORBA et al., 2013; ABREU et al., 2015).

Na medida em que o usuário entende e conhece a sua farmacoterapia a tendência à adesão a mesma é crescente. Consequentemente, isso é um sinal de um processo de prestação de cuidado integral (GOMEZ-CASTRO et al., 2003) . Por outro lado, as dificuldades em adquirir alguns medicamentos, o consumo irracional dos medicamentos e das inovações farmacêuticas, bem como a subutilização de classes terapêuticas específicas também implicam negativamente no nível de conhecimento dos seus medicamentos (FRÖHLICH et al., 2010). Na atenção Básica, a satisfação dos usuários com os serviços prestados contribui positivamente no seu conhecimento. A satisfação está relacionada com a adesão terapêutica e, consequentemente, no comportamento do indivíduo frente ao processo saúde-doença (BRANDÃO et al., 2013). Assim, conhecer o perfil social dos usuários na atenção básica é fundamental, tanto no aspecto da identificação de suas necessidades em saúde e condições sócio- econômica, quanto em que profissional é mais procurado para sanar dúvidas, avaliando neste sentido a satisfação do usuário e o que pode ser melhorado para alcançar resultados clínicos desejados (PEREIRA et al., 2012).

Diversos fatores contribuem para gestão da farmacoterapia pelo farmacêutico nos serviços de saúde devido às dificuldades dos usuários em utilizar seus medicamentos (CRUZETA et al., 2013). Dentre os fatores estão a complexidade da linguagem nas prescrições, a ilegibilidade (o nome dos medicamentos e sua forma farmacêutica), a presença da polifarmácia. (MENEZES et al., 2009; CRUZETA et al., 2013). Neste sentido, o usuário perde o interesse de seguir seu tratamento frente a prescrições ilegíveis, dificuldades na leitura da receita médica, ou quando já ocorreram experiências negativas com o medicamento. Assim, é possível que o usuário não respeite a prescrição, ou altere-a de acordo com a sua experiência e arbítrio (FRÖHLICH et al., 2010).

Ante ao exposto, Silva et al (2008) aponta que para o usuário obter benefícios com o uso dos seus medicamentos é fundamental a orientação farmacêutica, gerando um usuário ativo e informado quanto a sua condição clínica e tratamento, capaz de promover seu próprio bem-estar realizando escolhas adequadas quanto ao manejo do seu medicamento, seja ele prescrito ou não. Porém, nos casos em que o usuário apresenta problemas em sua farmacoterapia, relacionados ao sobreuso, a polimedicação, ao uso incorreto, a interações medicamentosas, a reações adversas, acaba impingindo negativamente nos indicadores clínicos, sociais e econômicos (OENNING et al., 2011; PINTO et al., 2016).

Além dos fatores relacionados à prescrição que afetam o conhecimento sobre os medicamentos, também existem causas específicas do usuário (CRUZETA et al., 2013). A não compreensão ou a ausência de informações repassadas pelos profissionais de saúde podem levar a consequências como a falha na terapia, não adesão ao tratamento, aumento da prevalência de efeitos adversos, a prática da automedicação, entre outras consequências que levam a agravos à saúde do usuário (OENNING et al., 2011). Buendia (2012) em seu estudo sobre as atitudes e conhecimento do usuário hipertenso quanto aos medicamentos anti-hipertensivos, afirma que a relação entre o conhecimento do usuário hipertenso sobre a sua doença e a adoção de mudanças de comportamento, depende da cultura de cada população e das suas atitudes inapropriadas, revelando que é impossível generalizar resultados obtidos em estudos específicos com outros grupos de cultura e educação distinta. Da mesma forma, essas diferenças no nível de conhecimento são confirmadas também em grupos populacionais de diferentes faixas etárias. Em seu estudo sobre o conhecimento da farmacoterapia em usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica, Motter et al (2013) relatou que o escore de conhecimento é reduzido de acordo com o aumento da idade do usuário, confirmando relatos de estudos anteriores, como o estudo de Bevan et al (1993), Boonstra et al (2003), Moreira et al (2008), dentre outros. Isto ocorre porque ao avançar a idade, o usuário tem a tendência de aumentar o número de medicamentos prescritos, acarretando um maior número de informações para serem compreendidas (MOTTER et al., 2013).

De acordo com Buendia (2012) 80,2% dos usuários hipertensos mantêm sua pressão arterial controlada com farmacoterapia instituída. Porém, quase metade admitiu esquecer-se de tomar seus medicamentos, e em torno de 40% não sabiam quais órgãos poderiam ser atingidos com a pressão arterial elevada. Cresswell et al (2007) afirma que a maioria dos idosos vivem submetidos a polifarmácia, levando a problemas com seus medicamentos. Das internações hospitalares de idosos, 30% são advindas de reações adversas preveníveis, mas

que podem deixar sequelas, inclusive a morte. Ante ao exposto, Schmitt et al (2013) observou em seu estudo que os idosos utilizavam em torno de 4,3 medicamentos, e que a polifarmácia aumenta o risco de reações adversas, prejudicando o nível de adesão do tratamento.

Além das divergências na faixa etária, o nível de conhecimento sobre medicamentos também sofre influência quanto ao letramento funcional em saúde (LFS). LFS, de acordo a OMS, é a capacidade do indivíduo em acessar, compreender e compartilhar informações sobre saúde como forma de tomar decisões adequadas e promover saúde (KONFINO et al., 2009; PASSAMAI et al., 2012; MACHADO et al., 2014; ROCHA & LEMOS, 2016). É a condição em que o usuário é capaz de manejar habilidades simples como a leitura básica, fundamentais no cuidado da sua saúde. Assim, os indivíduos considerados como LFS insuficiente são aqueles com menor acesso a serviços preventivos, baixa qualidade de vida, descontrole de sua doença crônica sem visitas regulares ao médico, não adesão ao tratamento, elevadas taxas de hospitalizações e consequentemente altas taxas de mortalidade (KONFINO et al., 2009; APOLINÁRIO et al., 2012; SANTOS et al., 2012; ROCHA & LEMOS, 2016).

Passamai et al (2012) cita que existem vários relatos na literatura afirmando que baixos níveis de LFS dificultam a comunicação profissional de saúde – usuário. Esses usuários com níveis reduzidos de LFS afirmam que os médicos falam muito rápido, não passam as informações necessárias para o usuário compreender seu estado de saúde, além de utilizarem termos incompreensíveis. Ante o exposto, o baixo nível de LFS pode apresentar como consequência a não adesão ao tratamento (MARTINS et al., 2017). Em uma revisão bibliográfica realizada por Martins et al (2017), foram encontrados diversos estudos que mostram a relação da não adesão ao tratamento com o LFS, mostrando casos em que foram necessários intervenções individuais para melhora da adesão. O LFS pode interferir na adesão ao tratamento independente da escolaridade, etnia, gênero ou acuidade visual do indivíduo.

No Brasil, são escassos os estudos relacionados à LFS, por não apresentar um instrumento de avaliação seguro. No entanto, sabe-se que as taxas de alfabetização funcional no país são baixas, mostrando em um estudo no qual em 204 cidades 27% dos idosos eram analfabetos e 22% apresentavam dificuldade em ler e escrever (APOLINÁRIO et al., 2012).

De um modo geral, atitudes observadas no usuário podem ajudar na caracterização da percepção quanto ao seu estado clínico e seu conhecimento sobre o tratamento. Assim, é possível identificar quatro tipos de usuários: a) aqueles que compreendem o seu estado de saúde e mostram-se curiosos em buscar mais informações sobre seu diagnóstico; b) aqueles que não sabem para que servem seus medicamentos nem seus efeitos colaterais; c) aqueles

que conhecem nome e efeitos colaterais dos seus medicamentos mas que procuram com o médico informações detalhadas sobre seu tratamento e d) aqueles que compreendem o avanço da sua doença como um desânimo para buscar mais informações sobre seu tratamento, deixando toda a decisão clínica com o médico (OLIVEIRA & SANTOS, 2016). Desse modo, fica claro que os próprios usuários adotam uma atitude de acordo com o seu problema de saúde, sendo livres para aceitar ou rejeitar novas informações para melhorar o seu estado (PAIVA et al., 2013).

A prática da educação em saúde sobre os medicamentos com o repasse de informações tanto verbal como escrita está relacionada como um meio para melhorar o conhecimento, a adesão terapêutica e, conseqüentemente, os resultados terapêuticos (REIS, 2010). As informações por escrito acabam sendo as mais confiáveis, pois pode ocorrer que, quando repassadas apenas verbalmente, não serem compreendidas corretamente ou até mesmo esquecidas, prejudicando a adesão a terapia (FRÖHLICH et al., 2010).

Estudos como os de Sano et al (2002), Gimenes et al (2006) e Patel et al (2013) foram realizados para avaliar a compreensão do usuário a respeito da sua prescrição. Os resultados apontaram um nível de conhecimento insatisfatório sobre medicamentos. Entretanto, são poucos os que abordam a compreensão do usuário sobre seus medicamentos na Atenção Básica (CORADI et al., 2016). Assim, é importante a avaliação do conhecimento do usuário quanto a sua prescrição, levando em consideração variáveis dos usuários do serviço de saúde, como: a sua origem, os seus hábitos de vida, a escolaridade e fatores de risco. Esse tipo de avaliação é fundamental visto que é elevada a prevalência da morbimortalidade relacionada com o uso de medicamentos, tornando-se um problema de saúde pública (BEZERRA et al., 2009; RUBIO et al., 2012).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o nível de conhecimento sobre a prescrição médica entre usuários na Atenção Básica do município de Lagarto – SE.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil sócio-demográfico dos usuários da unidade básica de saúde;
- Identificar as informações sobre medicamentos que geram dúvidas nos usuários;
- Identificar as classes de medicamentos mais utilizadas;
- Classificar o nível de conhecimento sobre os medicamentos utilizados;
- Avaliar o conhecimento dos usuários sobre o papel do farmacêutico e sua função na UBS;
- Avaliar o quanto o farmacêutico é mencionado como fonte de informações sobre medicamentos.

3. MANUSCRITO/ ARTIGO CIENTÍFICO

Nível de conhecimento sobre a prescrição médica entre usuários da atenção básica de Lagarto/SE

Rayanne da Costa Oliveira^{1*} & Chiara Erminia da Rocha²

1Discente, Departamento de Farmácia, Universidade Federal de Sergipe, Campus Universitário Prof. Antônio Garcia Filho. 2 Docente, Departamento de Farmácia, Universidade Federal de Sergipe, Campus Universitário Prof. Antônio Garcia Filho.

***Correspondência**

Chiara Ermínia da Rocha – Universidade Federal de Sergipe, Departamento de Farmácia, Campus Universitário Prof. Antônio Garcia Filho, Av. Universitária Governador Marcelo Deda Chagas

Nº 13. Jardim Novo, CEP: 49400-000 - Lagarto, SE – Brasil. Fone: (79) 98826-7087. E-mail: chiara.ermania@yahoo.com.br

RESUMO

Ao passo que o medicamento tornou-se sinônimo de restabelecimento de saúde, fatores como a desorganização das informações na prescrição favoreceram o surgimento de dúvidas no paciente que impactam negativamente na terapêutica prescrita. O objetivo do estudo foi avaliar o nível de conhecimento da prescrição médica entre usuários da atenção básica do município de Lagarto/SE. Com delineamento transversal, um instrumento foi aplicado aos usuários na sala de espera e na farmácia da UBS. O conhecimento dos usuários foi classificado em bom, regular e insuficiente. Entre os 106 usuários, 87,74% eram do sexo feminino, com média de idade de 45,65 anos. O conhecimento sobre os medicamentos foi considerado insuficiente (42,45%). Os usuários apresentaram maior nível de acerto para as variáveis referentes a indicação (91,5%), como deve utilizar (66,98%) e o horário de administração do medicamento (76,41%). Apenas 21,8% citaram o farmacêutico como profissional responsável por dirimir dúvidas sobre medicamentos, e 53,8% não sabiam da presença do farmacêutico na UBS. A duração das consultas médicas não permite priorizar todas as informações necessárias ao uso correto, portanto, além de realçar os resultados terapêuticos e econômicos para o usuário e para a sociedade, o farmacêutico deverá ser facilmente identificado por meio da vestimenta ou crachá.

Palavras-chave: Informação sobre medicamento, Atenção Básica, Conhecimento do paciente sobre a medicação, Informação ao paciente

ABSTRACT

While the drug has become synonymous of health restoration, factors like disorganized information on prescription support the emergence of doubts in the patient that culminate in miscarriages on prescribed therapy. The objective was evaluate the level of knowledge of the medical prescription among users of basic health care in Lagarto/SE. It involved a cross-sectional study with the support of an instrument which was applied to the users in the waiting room and in the pharmacy of an UBS. Users' level of knowledge about their prescription was rated good, regular, and insufficient. Among the 106 users, 87.74% were female, with an average age of 45.65 years. The level of knowledge about medicines was considered insufficient (42.45%). The users presented a higher level of accuracy for the variables related to indication (91.5%), how should use (66.98%) and the schedule of administration of the medicine (76.41%). Only 21.8% cited the pharmacist as the professional responsible for solving doubts about medicines, and 53.8% did not know about the pharmacist's presence at UBS. The extent of the medical consultations does not allow prioritizing all the information necessary to the correct use of the medicine, so in addition to emphasizing the therapeutic and economic results for the user and for society, the pharmacist should be without difficulty identified through the costume or button.

Keywords: Medication information, Primary care, Patient knowledge about medication, Patient information

Introdução

Nos últimos anos os medicamentos vêm se tornando instrumentos para restabelecer a saúde da população, geralmente contribuindo positivamente com a cura de doenças e redução de danos à saúde, proporcionando o convívio positivo entre o indivíduo e seu problema de saúde (Pepe & Castro, 2000; Zanella, Aguiar & Storpirtis, 2015). No entanto, considerá-lo o principal insumo terapêutico, faz com que os mesmos sejam prescritos e utilizados de maneira indiscriminada (Stefano *et al.*, 2017). De acordo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1985) o uso racional de medicamentos (URM) ocorre quando os pacientes recebem medicamentos apropriados para sua situação clínica, nas doses que satisfaçam as necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo possível para eles e sua comunidade. Por outro lado, desde 2006 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) afirma que o uso irracional de medicamentos é um problema de saúde mundial, sendo 20% dos custos com internamento hospitalar apenas para corrigir erros oriundos do uso inadequado de medicamentos.

Ante ao exposto, a prescrição de medicamentos é um meio para o sucesso da terapia e para a promoção do URM. Além de conter itens que conferem legalidade, as informações sobre o medicamento (nome, dose, frequência e duração do tratamento) atende ao pressuposto de minimização dos problemas relacionados a medicamentos e a maximização dos resultados desejados da terapia (Ferreira *et al.*, 2013; Schneider *et al.*, 2014; Bandeira *et al.*, 2015). Porém, é muito comum ocorrerem falhas de comunicação (prescrições ilegíveis e incompletas), bem como a desorganização das informações referentes ao uso do medicamento *per se*, por exemplo. Estas ocorrências estão relacionadas com a compreensão deficiente da prescrição que culmina em erros de medicação, adesão inadequada e falhas no tratamento (Cruzeta *et al.*, 2013; Bandeira *et al.*, 2015; ISMP, 2015; Pinto *et al.*, 2016).

Desde 1990, década em que se passou a discutir os problemas advindos do uso inadequado de medicamentos enquanto fator que piora a qualidade de vida dos usuários, o farmacêutico transmuta o cenário de prática e vislumbra o seu papel na promoção do URM (Hepler & Strand, 1999; Costa, Rabelo & Lima, 2014). Em 2015, o Conselho Federal de Farmácia (CFF) afirmou que 81% dos farmacêuticos atuam em farmácias comunitárias, sendo que a presença do farmacêutico em ambientes de natureza pública, privada e hospitalar passou a ser exigida, visto o crescente número desses estabelecimentos e das inúmeras atividades que exigem a sua presença. O farmacêutico, durante sua graduação é preparado para a prática da atenção farmacêutica, sempre com o intuito de promover o URM, orientando a população sobre tal importância (Galato, Alano & Vieira, 2008). Adquirindo a função de promotor de saúde, o farmacêutico deve levar em consideração na sua prática tanto as condições clínicas quanto fisiológicas do usuário, para que possa tomar atitudes que vão desde a indicação de medicamentos por meio de prescrição farmacêutica, ou até mesmo orientar o usuário a procurar orientação médica (Fernandes & Cembranelli, 2014).

Neste sentido, na prática da educação em saúde é fundamental que o usuário participe e conheça sua farmacoterapia, ao indagar, dialogar e questionar sobre sua farmacoterapia. No entanto, a compreensão do usuário quanto a sua prescrição é insatisfatória (Sano *et al.*, 2002; Gimenes *et al.*, 2006; Patel *et al.*, 2013). Porém, são poucos os estudos que abordam a compreensão do paciente sobre seus medicamentos na Atenção Básica a Saúde (Coradi *et al.*, 2016). Posto isto, estudos que avaliem o conhecimento dos usuários sobre a prescrição médica na Atenção Básica a Saúde ainda são necessários atrelados àqueles que verifiquem a importância da dispensação farmacêutica nas unidades de atenção básica, quanto a possibilidade de dirimir dúvidas sobre a prescrição médica.

Desta forma, o objetivo deste estudo foi avaliar o nível de conhecimento dos usuários da atenção básica sobre os medicamentos prescritos. Ademais, identificar as dúvidas sobre os

medicamentos, as classes terapêuticas mais utilizadas e, por fim avaliar o conhecimento dos usuários sobre o papel do farmacêutico na Unidade Básica de Saúde (UBS).

Metodologia

O estudo foi realizado na UBS Leandro Maciel, localizada no município de Lagarto/SE, no período de março a abril de 2018, no turno matutino. A unidade oferece, dentre os diversos serviços, o de clínico geral, pediatria, ginecologia, enfermagem, serviço odontológico, vacinação e a farmácia que distribui os medicamentos, incluindo antimicrobianos e medicamentos sujeitos a controle especial. A escolha da UBS foi realizada levando em consideração sua localização, visto que está no centro da cidade e apresenta uma demanda considerável de atendimentos por dia e dos diferentes bairros do município.

A investigação foi conduzida através de um estudo individuado observacional transversal. Os usuários incluídos neste estudo foram aqueles que, passaram por atendimento médico e receberam uma prescrição médica, maiores de 21 anos de idade, bem como menores de 21 anos que estavam acompanhados dos pais ou responsáveis, de ambos os gêneros, capazes de se comunicarem adequadamente, e que aceitaram participar do estudo. Aqueles que apresentaram prescrição médica em nome de terceiros ou que já tinham passado por atendimento na farmácia foram excluídos da pesquisa, a fim de evitar o viés da informação.

Para o cálculo do tamanho da amostra utilizou-se a fórmula descrita por Medronho (2006) para estudos de prevalência, considerando um intervalo de confiança de 95% e um erro estimado de 5%, o tamanho da amostra calculado foi de 121 pessoas.

Os usuários foram entrevistados pela pesquisadora com o suporte de um instrumento, adaptado de Fröhlich *et al* (2010), estruturado com perguntas abertas e fechadas e previamente testado em estudo piloto realizado na mesma UBS. . Foram mantidas questões

pertinentes às características sócio-demográfica e ao nível de conhecimento sobre o medicamento sendo acrescentadas questões relacionadas ao papel do farmacêutico (Anexo 1).

Os usuários foram selecionados por meio de amostragem não probabilística por conveniência. A abordagem dos usuários ocorreu na sala de espera, após atendimento médico, e na porta da farmácia antes de adentrarem o local. Aqueles que concordaram em participar do estudo foram direcionados a uma área reservada da UBS para garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade do usuário.

Logo no início da entrevista, perguntava-se se o paciente havia recebido ou se portava prescrição médica, sendo solicitado a sua apresentação. Neste momento, o entrevistador ficava com a posse da prescrição, impedindo o manuseio livre da mesma pelo paciente. Foi padronizado que as perguntas seriam realizadas apenas para o primeiro medicamento prescrito.

Ao final das entrevistas a receita era devolvida, e o julgamento das respostas do usuário referente às variáveis nome do medicamento, dose, indicação terapêutica, frequência de administração e duração do tratamento, foi atribuído a partir da comparação dos dados da prescrição com as informações que o paciente forneceu e, como suporte e reforço o Formulário Terapêutico Nacional (2010) para confirmar os dados. Quando a prescrição não apresentava alguns itens (indicação terapêutica, efeitos adversos, interações e o que fazer no esquecimento de doses) a comparação foi realizada com os dados presentes no Dicionário Terapêutico Guanabara (DTG, 2014-2015). As respostas foram classificadas em três níveis, de acordo com a coincidência com a prescrição ou DTG em: 1) não sabe 2) acha que sabe (resposta errada) e 3) sabe.

As respostas para as variáveis foram avaliadas de acordo com Frolich e colaboradores (2010). As pontuações foram divididas entre as variáveis de acordo com a sua importância no uso seguro dos medicamentos (Frölich, Pizzol & Mengue, 2010). As variáveis para o usuário

identificar e fazer o uso dos seus medicamentos (nome do medicamento, a dose, a forma e frequência de administração) receberam a pontuação de dois pontos. Já as informações que não são diretamente relacionadas com a administração do medicamento, mas que poderiam ser importantes para adesão ao tratamento (indicação terapêutica, a duração do tratamento, algum efeito adverso, interação com alimentos e outros medicamentos e o que fazer no caso de esquecimento de uma ou mais doses) receberam a menor pontuação de um ponto.

O nível de conhecimento dos usuários sobre seus medicamentos foi mensurado por meio da soma dos acertos, levando em conta os pesos das variáveis, a partir da seguinte fórmula matemática: $\text{Escore} = [q1 + q3 + q4 + q6 (x2)] + (q2 + q5 + q7 + q8 + q9)$.

Assim, os usuários foram classificados dentro de três níveis sendo ele: insuficiente – menos de oito pontos, quando o usuário não tem condição de utilizar o medicamento de forma segura; regular – de oito a dez pontos quando o usuário tem condições de usar o medicamento de forma segura em ausência de intercorrências; bom – onze pontos ou mais, quando o usuário tem condições de utilizar os medicamentos de forma segura sob qualquer circunstância. O nível bom deve conter pelo menos três acertos das questões fundamentais (nome do medicamento, a dose, a forma e a frequência) e três secundárias (indicação terapêutica, duração do tratamento, algum efeito adverso, interação com alimentos e outros medicamentos e o que fazer no caso de esquecimento de uma ou mais doses). O nível insuficiente deve conter a metade dos acertos das questões fundamentais e metade dos itens secundários. O mesmo raciocínio deve ser seguido para o nível regular.

Os dados foram analisados no programa Biostat e Statcalc do Epi-info versão 3.3 sendo listada a frequência das variáveis e estas analisadas através de gráficos, tabelas, medidas de tendência central.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos e autorizado quanto a sua realização na UBS pela Secretaria Municipal de Saúde de Lagarto/SE.

Resultados e discussão

De um total de 141 usuários abordados, 32 aceitaram participar do estudo, mas foram excluídos, pois não apresentavam prescrição médica ao sair da consulta e três usuários que apresentavam prescrição não aceitaram participar do estudo. Assim, a amostra final foi de 106 usuários: 93 (87,74%) eram do gênero feminino que estavam entre 41 e 50 anos (23,58%; $\mu = 45,65$; $\sigma = 15,01$), mas que não apresenta renda (45,28%), sendo em sua maioria donas de casa ou desempregados. Dos 82 (77,35%) usuários que afirmaram ter frequentado a escola e que sabiam ler e escrever 47,16% tiveram 12 anos ou mais de estudo (Tabela 1).

INSERIR TABELA 1

A prevalência de usuários do gênero feminino é semelhante a outros estudos. Conforme Cruzeta *et al* (2013) e Ferreira *et al* (2013), 63% e 70,4% dos entrevistados foram mulheres, respectivamente. Os achados deste estudo corrobora os encontrados por Cruzeta *et al.* (2013) quanto as mulheres utilizarem mais os serviços de saúde, tanto para seu próprio interesse como acompanhando seus filhos menores. Provavelmente, os homens utilizam os serviços de saúde com menor frequência por estarem em seus empregos no horário de funcionamento da UBS. Por outro lado, buscam o serviço de saúde quando algum problema de saúde o incomoda ou quando necessitam renovar suas prescrições de medicamentos de uso contínuo.

Em relação ao conhecimento, 53,7% não sabiam o nome do medicamento, mas a maioria sabia sua indicação (97,5%) e quais os horários de administração (76,41%). Quando perguntados sobre a duração do tratamento, 30,18% dos usuários não sabiam até quando deveriam fazer o uso (Tabela II). Quanto ao nome do medicamento e aos horários de administração o percentual de acertos não foi tão significativo quanto o estudo de Dresch *et al* (2016), que obteve 85,7% e 85,3% de acertos, respectivamente. É possível que os usuários obtiveram mais acertos quanto a indicação do que o próprio nome do medicamento por

relacionarem a pergunta sobre indicação ao motivo que gerou a procura por atendimento médico. Para a indicação do medicamentos aconteceu o inverso no estudo de Dresch *et al* (2016) em que os entrevistados apresentaram 66,3% de acertos. O fato dos usuários conhecerem mais os horários de administração e as doses do que o próprio nome do medicamento o expõe ao risco da troca de medicamentos nos casos de polifarmácia (Coradi *et al.*, 2016).

Apesar de 67% dos entrevistados saberem como fazer o uso do medicamento, 52,83% não sabia o que fazer caso esquecesse uma ou mais doses. Quando perguntados sobre a existência de alimento, bebida ou outro medicamento que deveria ser evitado 39,62% relataram saber o que deveria ser evitado, seguidos de 34,90% que não sabiam dessa informação. Com relação a ocorrência de reações desagradáveis, 51,88% não sabiam se o medicamento causaria alguma reação desagradável (Tabela 2). Dos oito usuários que afirmaram que o medicamento causa reações indesejadas, apenas 37,5% afirmaram já ter apresentado alguma da reação.

Na pesquisa realizada por Dresch e colaboradores (2016) também foram encontrados valores reduzidos de conhecimento quanto saber o que deveria ser evitado (19,8%) e se o medicamento causa alguma reação indesejável (9,3%). Essas taxas podem ser reflexos de consultas que dão ênfase a informações fundamentais para o uso correto e adesão ao tratamento ao invés de orientações que podem comprometer de alguma forma o resultado terapêutico, não escrevendo tais informações na prescrição (Pinto *et al.*, 2016; Dresch, Amador & Heineck, 2016). Uma das hipóteses é que a duração das consultas geralmente não favorece a abordagem de todas as informações sobre o medicamento. Pinto *et al* (2015), afirma que o profissional acaba priorizando informações relacionadas ao uso do medicamento como o nome, frequência de uso e a dose.

INSERIR TABELA 2

Ao classificar o nível de conhecimento dos usuários quanto ao primeiro medicamento da sua prescrição médica, a análise revelou que 42,45% era insuficiente e 27,35% era bom. Mesmo prevalecendo o nível de conhecimento insuficiente, ao indagar os usuários quanto à necessidade de mais informações para tomar o medicamento, 82% negaram necessitar de mais informações. Apenas 17,92% dos usuários afirmaram necessitar de mais informações relativas ao medicamento, sendo elas se há algum medicamento que não deve utilizar (21,05%), o que fazer quando se esquecer de tomar uma dose (21,05%), como tomar (15,78%), por quanto tempo tomar (15,78%) e se o medicamento causa alguma reação desagradável (15,78%). Alguns usuários relataram outras dúvidas (21,05%) como outras contraindicações, o que fazer nos casos de alergia e nos casos em que tomar a dose a mais que a prescrita (Tabela 3).

Segundo Oliveira (2017) 75% dos entrevistados alegaram não necessitar de mais informações para utilizar seus medicamentos, mesmo com 65% dos entrevistados apresentando um grau deficiente de conhecimento sobre medicamentos. Coradi *et al* (2016) também observaram uma deficiência no conhecimento das informações necessárias para o uso dos medicamentos, o que não garantiria o uso seguro da farmacoterapia prescrita. Levando em consideração o quanto o usuário confia nas informações repassadas pelos profissionais de saúde, é interessante que o médico durante a consulta e o farmacêutico no momento da dispensação estejam atentos em repassar todas as informações necessárias ao alcance da efetividade e segurança da farmacoterapia (Ribeiro *et al.*, 2014; Coradi *et al.*, 2016).

INSERIR TABELA 3

Na tabela 4, é observado que foram prescritos fármacos anti-infecciosos de ação sistêmica (19,81%), seguidos de fármacos que atuam no sistema circulatório e fármacos que

atuam no sistema nervoso, ambos com 14,15%. As classes que menos foram citadas foram fármacos que atuam no sistema sanguíneo (1,9%) e fármacos dermatológicos, do sistema geniturinário e hormônios e antiparasitários, todos com 2,83%. No entanto, no estudo de Pinto *et al* (2015) os fármacos anti-infecciosos apresentaram a menor pontuação, enquanto que no estudo de Cruzeta *et al* (2013) as classes mais prevalentes foram sistema cardiovascular (33,7%), ficando o sistema nervoso em terceiro lugar com 17,2%. A divergência da prevalência das classes entre esses estudos pode ser explicada pela diferença entre as regiões que os estudos foram realizados, além da necessidade em saúde dos usuários no período da coleta. Além disso, o fato do medicamento escolhido ser sempre o primeiro da prescrição podem ter evitado que outros medicamentos de classes distintas fossem escolhidos.

Entre aqueles usuários que sabiam o nome dos medicamentos (46,2%), 16,32% eram anti-infecciosos e do sistema nervoso central, seguidos daqueles para o sistema circulatório (12,24%). No entanto, dos 53,7% que não sabiam o nome do medicamento, 15,7% foram os anti-infecciosos. Esse dado é preocupante visto que o maior consumo e o uso inadequado de antibióticos contribuem para o desenvolvimento da resistência bacteriana (Fernandes & Costa, 2013; Loureiro *et al.*, 2016).

INSERIR TABELA 4

Quando perguntados sobre o que o farmacêutico faz, 93,39% dos usuários souberam dizer pelo menos alguma atividade realizada pelo farmacêutico, prevalecendo respostas que relacionam o farmacêutico à farmácia comunitária (Tabela V). O percentual significativo de reconhecimento profissional deve-se as diversas conquistas, na qual o farmacêutico foi deixando de ser apenas o profissional do medicamento e passou a ser um profissional de saúde, ganhando seu espaço intervindo na Saúde Pública e na Atenção Primária (Costa, Rabelo & Lima, 2014; Costa, 2015). Além disso, a prevalência de respostas relacionadas com orientação farmacêutica como “ajuda”, “indica” e “atende” pode ser uma resposta a aprovação

da Lei nº 13.021/14 de 11 de agosto de 2014, que torna obrigatório a presença do farmacêutico em qualquer farmácia, como responsável técnico, abrindo portas para o desenvolvimento de diversas atividades, inclusive a dispensação farmacêutica (Brasil, 2014).

Entretanto ao serem questionados sobre o profissional que provê informações sobre medicamentos, 81,52% afirmaram ser o médico, 30,19% o balconista, 18,12% apontaram o farmacêutico e 12,8% o enfermeiro. Esse dado pode ser errôneo, visto que os usuários podem não saber distinguir o farmacêutico do auxiliar de farmácia ao procurar informações na farmácia. No estudo de Dresch *et al* (2016), 10,90% dos entrevistados afirmaram obter informações na farmácia, enquanto que apenas 1,60% citaram o farmacêutico. Assim, não é confiável que as informações obtidas nas farmácias sejam exatamente seguras, pois a maior parte dos auxiliares de farmácia não estão ou são preparados corretamente para essa função (Dresch, Amador & Heineck, 2016).

Ainda, quando questionados sobre a existência de um profissional de saúde que pode esclarecer suas dúvidas sobre medicamentos, 51,88% sabiam da existência desse profissional, dos quais 40% apontaram ser o médico, 21,8% afirmaram ser o farmacêutico como também o enfermeiro e 20% agente de saúde. Por outro lado, 53,8% não sabiam informar se o farmacêutico era disponibilizado pela UBS frente a apenas 36,8% que relataram saber da existência desse profissional. A dificuldade do usuário em identificar o farmacêutico ajuda a entender o porquê desses achados. Normalmente, os farmacêuticos não utilizam crachá de identificação e/ou uniforme ou utilizam o mesmo uniforme dos auxiliares da farmácia. Nesses casos adequada identificação dos jalecos e/ou uniforme seria um fator para transformar a visão da farmácia de comércio para ambiente de saúde. Ademais, esses valores podem ser reflexos da carência de farmacêuticos atuando na atenção básica, no qual a cada 10 farmácias, apenas 3 apresentam farmacêutico (Melo & Castro, 2015).

O desconhecimento do profissional farmacêutico é preocupante, haja vista ser ele requisitado na farmácia antes do usuário procurar atendimento médico, classificando a farmácia como local de acesso primário à saúde (Fernandes & Cembranelli, 2015). Assim, sendo a dispensação farmacêutica o último ou até mesmo o único momento em que o usuário tem o profissional capacitado para tirar suas dúvidas, é importante que o farmacêutico possa ser identificado na farmácia pelas suas competências mesmo que teóricas sobre o medicamento e, precariamente, sobre comunicação interpessoal (Medeiros, 2013; Oliveira, 2017).

Este estudo apresenta algumas limitações, dentre elas podemos destacar a escolha apenas do primeiro medicamento da prescrição o que pode não retratar exatamente o nível do conhecimento do usuário com relação aos demais medicamentos da prescrição. Esse fato também é relevante, para os medicamentos que o usuário já faz uso ou que utilizam via automedicação tendo em vista que não foram investigados. Em função disto, os resultados devem ser analisados com cautela. O fato de as entrevistas terem sido realizadas no turno matutino não foi possível evitar os vieses relacionados às práticas particulares de prescrição dos profissionais. Além disso, o perfil dos indivíduos que não aceitaram participar do estudo ou que não atenderam ao critério de inclusão pode ser diferente. Mesmo corroborando os achados de estudos ora realizados, vale salientar que os resultados desta pesquisa são referentes apenas para a atenção básica da cidade de Lagarto, podendo divergir de outras localidades com usuários, necessidades em saúde, hábitos de prescrição e dispensação farmacêutica distintos.

INSERIR TABELA 5

CONCLUSÕES

O presente estudo demonstrou que a maioria dos usuários apresentou um nível de conhecimento insuficiente a respeito dos medicamentos. Mesmo conhecendo a indicação terapêutica e os horários de administração dos medicamentos, uma parcela não soube dizer o nome do medicamento, nem informações como efeitos adversos ou outros medicamentos/alimentos que deveriam evitar. O desconhecimento destas informações pode acarretar no uso inadequado dos medicamentos, culminando em experiências negativas com a terapêutica instituída. Este achado se torna ainda mais alarmante, pois a classe terapêutica mais prescrita foram os anti-infecciosos. Seu uso inadequado ou incorreto leva a resistência bacteriana e, conseqüentemente, aumento da frequência por consultas médicas o que refletiu em um maior consumo de medicamentos.

Desta forma, é importante que tanto os médicos quanto os farmacêuticos se atentem nos repasses de informações aos usuários, utilizando suas habilidades de comunicação para atender a necessidade individual do usuário, seja por meio da escrita ou da linguagem oral. Normalmente, a duração das consultas não permite priorizar todas as informações necessárias ao uso correto nem para dirimir as dúvidas remanescentes do usuário. Desta forma, o farmacêutico no momento da dispensação representa no sistema de saúde o indivíduo que além de reforçar as informações repassadas pelo prescritor, também irá orientar quanto ao uso correto e responsável da farmacoterapia. Deste modo, o usuário ciente dos medicamentos que utilizará se torna co-responsável pelos resultados obtidos com a farmacoterapia prescrita.

Para identificar, prevenir e resolver PRMs, além de realçar os resultados terapêuticos e econômicos para o usuário e para a sociedade, o farmacêutico, na farmácia, deverá ser facilmente identificado por meio da vestimenta ou crachá. Além disso, atuação direta e proativa do farmacêutico na dispensação dos medicamentos, e a implementação de formas de comunicação efetivas com os usuários, que atentem no esclarecimento das dúvidas sobre os

medicamentos, facilitam o seu reconhecimento enquanto profissional de saúde. Ademais, a orientação do farmacêutico aumenta a credibilidade e colaboração com suas atividades de cuidado do paciente.

Referências

Anvisa. Parcerias para diminuir o mau uso de medicamentos. *Rev Saúde Pública*. 40(1):191–194, 2006.

Bandeira VAC, Hermann CTS, Siqueira CM, Oliveira KR. Análise das prescrições dispensadas em uma unidade básica de saúde do município de Ijuí – RS. *Saúde (Santa Maria)*.41(1): 229-238, 2015.

BRASIL. Lei Federal 13.021 de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Diário Oficial da União, 2014.

CFF. Perfil do Farmacêutico no Brasil: relatório. Brasília, 44 p., 2015.

Coradi CO, Cardoso JS, Groia RCS, Silva KCL, Ceccato MGB, Lima MG Compreensão da prescrição de medicamentos em uma unidade básica de saúde: autorrelato do usuário e aferição pelo pesquisador. *Revista Scientia Medica*. 26(4): 1-6, 2016.

Costa EM, Rabelo ARM, Lima JG. Avaliação do papel do farmacêutico nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos na atenção primária. *Revista Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*. 35(1): 81-88, 2014.

Costa FA. Intervenções estimuladoras da adesão à terapêutica: uma reflexão sobre o contributo dos farmacêuticos para a saúde pública. *Farmacêutico News*.16: 6-7, 2015.

Cruzeta APS, Dourado ACL, Monteiro MTM, Martins RO, Calegario TA, Galato D. Fatores associados à compreensão da prescrição médica no Sistema Único de Saúde de um município do Sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 18(12): 3731–3737, 2013.

Dresch AP, Amador TA, Heineck I. Conhecimento dos pacientes sobre medicamentos prescritos por odontólogos no sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 21(2): 475-483, 2016.

Fernandes SC & Costa GS. Compreensão da prescrição médica por pacientes atendidos em pronto socorro central de Santos. *Saúde & Transformação Social*. 4(1): 53-56, 2013.

Fernandes WS & Cembranelli JC. Automedicação e o uso irracional de medicamentos: o papel do profissional farmacêutico no combate a essas práticas. *Revista Univap*. 21 (37): 5-12, 2015.

Ferreira MBC, Heineck I, Flores LM, Camargo AL, Pizzol TSD, Torres ILS, Koenig A, Daisson JT, Melo AMMF, Cardoso TFM, Monreal MTFD, Kadris MCT. Rational use of medicines: prescribing indicators at different levels of health care. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*. 49(2): 329-340, 2013.

Fröhlich SE, Pizzol TDSD, Mengue SS. Instrumento para avaliação do nível de conhecimento da prescrição na atenção primária. *Rev Saúde Pública*. 44(6):1046–1054, 2010.

Galato D, Alano GM, Trauthman SC, Vieira AC. A dispensação de medicamentos: uma reflexão sobre o processo para prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia. *Rev Bras Ciênc Farm*. 44(3): 465-475, 2008.

Gimenes HT, Zanetti ML, Otero LM, Teixeira CRS. O conhecimento do paciente diabético tipo 2 acerca dos antidiabéticos orais. *Ciencia & Cuidado Saúde*. 5(3): 317-325, 2006.

Hepler CD & Strand LM. Oportunidades y responsabilidades em la Atención Farmacéutica. *Revista Pharmaceutical Care Espana*. 1(1): 35-47, 1999.

ISMP – Instituto Para Práticas Segura No Uso De Medicamentos. Erros de medicação associados a abreviaturas, siglas e símbolos. *Boletim da ISMP*. 4(2),2015.

Loureiro RJ, Roque F, Rodrigues AT, Herdeiro MT, Ramalheira E. O uso de antibióticos e as resistências bacterianas: breves notas sobre a sua evolução . *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 34(1): 77-84, 2016.

Medeiros FCR. Evolução da Regulamentação no Setor Farmacêutico no Brasil. Disponível em: <

<http://www.cpgls.pucgoias.edu.br/8mostra/Artigos/SAUDE%20E%20BIOLOGICAS/Evolu%C3%A7%C3%A3o%20da%20Regulamenta%C3%A7%C3%A3o%20no%20Setor%20Farmac%20Autico%20no%20Brasil.pdf>> Acesso em 15 abr, 2018.

Melo DO & Castro LLC. A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*. 22(1):235-244, 2017.

Oliveira GF. Conhecimento sobre os medicamentos prescritos entre pacientes de uma farmácia comunitária do município de Salgado-SE. 2017. Lagarto. 51 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) – Universidade Federal de Sergipe.

Patel MJ, Khan MS, Ali F, Kazmi Z, Riaz T, Awan S, Sorathia AL. Patients' insight of interpreting prescriptions and drug labels--a cross sectional study. *PLOS ONE*. 8(6): 1-6, 2013.

Pepe VLE & Castro CGSO DE. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. *Cad. Saúde Pública*. 16 (3): 815-822, 2000.

Pinto IVL, Reis AMM, Almeida-Brasil CC, Silveira MR, Lima MG, Ceccato, MGB. Avaliação da compreensão da farmacoterapia entre idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte, MG, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 21(11): 3469-3481, 2016.

Ribeiro M, Costa D, Clemente J, Fernandes M, Ribeiro P. Uso Racional de Medicamentos: Conhecimento do utente acerca do medicamento em uso. *Egitania sciencia*. 15: 77-89, 2014.

Sano PY, Masotti RR, Santos AAC, Cordeiro JA. Evaluation of the understanding level of pediatric prescription. *Jornal de Pediatria*. 78(2):140-145, 2002.

Schneider A et al. Avaliação das prescrições aviadas na unidade de pronto atendimento no município de Ijuí/RS. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*. 12(2): 130-140, 2014.

Stefano ICA et al. Uso de medicamentos por idosos: análise da prescrição, dispensação e utilização num município de porte médio do estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Geriatria*. 20(5): 681-692, 2017.

Zanella, C. G., Aguiar, P. M., Storpirtis, S. Atuação do farmacêutico na dispensação de medicamentos em Centros de Atenção Psicossocial Adulto no município de São Paulo, SP, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 20 (2): p. 325-332, 2015.

Tabelas do manuscrito

TABELA 1 – Distribuição das características sócio-demográficas dos entrevistados. Lagarto, fevereiro a abril, 2018 (n= 106).

Variável	N	%
Gênero		
Feminino	93	87,74
Masculino	13	12,26
Faixa etária (em anos completos)		
≥ 21 e < 31	20	18,87
≥ 31 e < 40	23	21,69
≥ 41 e < 50	25	23,58
≥ 51 e < 64	22	20,75
≥ 65 e +	16	15,09
Ocupação		
Dona de casa	5	4,71
Agricultor	7	6,6
Desempregados	13	12,26
Aposentado/Pensionista	25	23,58
Autônomo	3	2,83
Doméstica/Serviços Gerais	8	7,54
Outros	20	18,86
Renda Individual (salários mínimos) ⁽¹⁾		
Sem renda	48	45,28
≤1	41	38,67
>1e +	17	16,03
Escolaridade (anos de estudo)		
< 12	35	33,01
≥ 12	50	47,16
Analfabeto	15	14,15
Analfabeto funcional	6	5,66

TABELA 2 – Distribuição dos acertos dos usuários em relação às informações e o conhecimento sobre medicamentos prescritos. Lagarto, fevereiro a abril, 2018 (n= 106).

Variável	N	%
Informação		
Qual o nome do medicamento prescrito	49	46,22
Para que o médico prescreveu o medicamento	97	91,50
Qual a dose que você deve tomar do medicamento	67	63,20
Quais os horários que você deve administrar o medicamento	81	76,41
Por quanto tempo você deve utilizar o medicamento prescrito	48	45,28
Conhecimento		
Como você deve utilizar o medicamento prescrito	71	66,98
O que você deve fazer se esquecer de tomar uma ou mais doses	50	47,16
Há algum outro medicamento ou alimento ou bebida que você deve evitar enquanto estiver fazendo uso do medicamento	42	39,62
Esse remédio pode lhe causar reações desagradáveis	8	7,54

TABELA 3 – Frequência da solicitação dos usuários por informações adicionais sobre o medicamento. Lagarto, fevereiro a abril, 2018 (n= 19).

Variável	N	%
Como tomar o medicamento	3	15,78
Por quanto tempo preciso tomar o medicamento	3	15,78
Se o medicamento pode causar alguma reação desagradável	3	15,78
Se há algum outro medicamento que não posso tomar enquanto estiver tomando este	4	21,05
O que deve fazer se esquecer de uma ou mais doses	4	21,05
Outros	4	21,05

TABELA 4 – Distribuição das classes terapêuticas dos medicamentos prescritos utilizados na amostra estudada. Lagarto, fevereiro a abril, 2018 (n=106).

Classes terapêuticas mais frequentes (código <i>Anatomical Therapeutic Chemical</i>)	n	%
A - Fármacos que atuam Trato alimentar e Metabolismo	11	10,4
B- Fármacos que atuam no sistema sanguíneo e órgãos hematopoiéticos	2	1,9
C- Fármacos que atuam no sistema circulatório	15	14,15
D- Fármacos dermatológicos	3	2,83
G - Sistema Geniturinário e hormônios sexuais	3	2,83
H- Fármacos hormonais sistêmicas, exceto hormônios sexuais e insulinas	4	3,77
J- Fármacos antiinfeciosos de ação sistêmica	21	19,81
M- Fármacos que atuam no sistema músculo esquelético	9	8,49
N- Fármacos que atuam no sistema nervoso	15	14,15
P – Antiparasitários	3	2,83
R- Fármacos que atuam no sistema respiratório	7	6,6
Outros	13	12,26

Tabela 5 - Categorias e subcategorias identificadas a partir das respostas dos usuários sobre o papel do farmacêutico. Lagarto, fevereiro a abril, 2018 (n=106)

Categorias	Subcategorias	Número de comentário	Exemplos
Orientação	Ajuda	9	“Dá informação sobre medicamentos, decifra a receita”
	Atende	23	“Vende com receita”; “Incentiva a comprar remédios”
	Indica medicamentos	19	“Dá conselho sobre medicamento”; “Indica medicamentos para coisas pequenas”
	Encaminhamento	2	“Manda para o médico”; “ Manda procurar posto de saúde”
Serviços Clínicos	Cuidados farmacêuticos	3	“Verifica pressão e glicemia”
	Aplicação de injetáveis	1	“Aplica injeção”
	Prescrição farmacêutica	1	“Prescreve medicação”
Função do Farmacêutico	Manipulação	2	“Manipula o remédio”; “Faz e passa o remédio”
	Indústria	3	“Composição dos remédios”
	Hospital	1	“Cuida do paciente”
	Assistência	1	“Distribui os remédios”
	Farmacêutica		

4 Considerações finais e Perspectivas futuras

Ficou evidente que os usuários não tem acesso a algumas informações imprescindíveis para o uso seguro e efetivo dos seus medicamentos. Atrelado ao fato de que desconhecem sobre os serviços em saúde prestados pelo farmacêutico sem o conhecimento necessário, o usuário poderia recorrer ao farmacêutico no momento da dispensação para compreender com maior clareza a sua farmacoterapia.

A simples presença do farmacêutico nas UBS não deverá se encerrar na provisão de informações básicas (nome, dose, posologia) sobre os medicamentos. Mas, o farmacêutico precisa considerar, atender e cuidar dos usuários enquanto indivíduos que buscam por mais informações sobre a farmacoterapia prescrita que maximizem o alcance dos melhores resultados clínicos esperados e desejados.

Assim, o farmacêutico sendo o profissional que tem o último contato com o usuário, antes de iniciar sua farmacoterapia, é o responsável por repassar essas informações ao indivíduo. Vale salientar, que o repasse das informações não deve se restringir apenas aos medicamentos prescritos. O farmacêutico deve identificar o grau de dificuldade na captação e compreensão das informações pelo usuário por meio de diálogo, para que assim através de ações em educação em saúde, utilize dos melhores veículos de transmissão da informação, sejam eles verbais ou não verbais, alcançando em conjunto com o usuário, o seu sucesso terapêutico.

Diante das diversas conquistas e do espaço que o farmacêutico vem ganhando em diversos âmbitos da saúde, espera-se que a população esteja cada vez mais ciente do papel social do farmacêutico para com a sociedade, quanto um ator que contribui positivamente no alcance de resultados terapêuticos positivos. Entretanto, para conquistar seu reconhecimento o farmacêutico deve se conscientizar do quanto pode contribuir com o sucesso terapêutico da paciente. Ao ampliar sua visão profissional para o cuidado e diversificar as formas de comunicação com o paciente, amplia-se a quantidade de indivíduos beneficiados pelos seus serviços, como por exemplo, na adesão terapêutica que reflete na redução dos elevados gastos do sistema de saúde.

5 REFERÊNCIAS

- 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**, v. 23, n. 1, p. 95-104, 2007.
- ABREU, D. P. G., SANTOS, S. S. C., SILVA B. T. *et al.* Prevalência de adesão à terapêutica medicamentosa em idosos e fatores relacionados. **Rev Bras de Enferm**, v. 69, n. 2, p. 313-20, 2016.
- ACEÑOLAZA, M.; BENITEZ, N.; CANTONI, L. *et al.* Pharmaceutical opinion about quality of given information to the pharmacist and the patient. In World Congress of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences '99, 1999 Sept 5-10; Barcelona, Spain. **World Congress of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences**. Barcelona, 5 a 10 de setembro 1999, p.108.
- ALENCAR, T. O. S., BASTOS, V. P., ALENCAR, B.R., FREITAS, I. V. Dispensação farmacêutica: uma análise dos conceitos legais em relação à prática profissional. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.**, v.32, n.1, p.89-94, 2011.
- ALENCAR, T. O. S., ALENCAR, B. R., SILVA, D. S. *et al.*; Promoção do uso racional de medicamentos: uma experiência na estratégia saúde da família. **Rev Bras de Prom da Saúde**. Fortaleza, v. 27, n. 5, p. 575-582, 2014.
- ALMEIDA, R.B.; MENDES, D.H.C., DALPIZZOL, P.A. Ensino farmacêutico no Brasil na perspectiva de uma formação clínica. **Rev de Ciências Farm Básica e Aplicada**. n. 35, v.3, p.347-354, 2014.
- ANGONESI, D. & SEVALHO, G. Pharmaceutical care: conceptual and critical basis to a Brazilian model. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.15, p.3603-3614, 2010.
- ANVISA. Parcerias para diminuir o mau uso de medicamentos. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 1, p. 191–194, 2006.
- APOLINARIO D. BRAGA, R. C. O. P., MAGALDI, R. M. *et al.* Short Assessment of Health Literacy for Portuguese- speaking Adults. **Rev Saude Publica**, v. 46, n. 4, p. 702-711, 2012.
- ARAÚJO, T. C. C. F. Comunicação em saúde: contribuições do enfoque observacional para pesquisa e atuação. **Arq Bras de Psicologia**, v. 61, n. 2, p. 1-13, 2009.
- ARAÚJO, A. L. A.; UETA, J. M.; FREITAS, E. Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.**, v. 26, n. 2, p. 87-92, 2005.
- ASSIS, M.,; LEAL, J. Uso Racional de Medicamentos no Contexto da Estratégia de Saúde da Família : só acesso não basta! **Infarma**, v. 25, n. 2, p. 102-106, 2013.
- BANDEIRA, V. A. C. *et al.* Análise das prescrições dispensadas em uma unidade básica de saúde do município de Ijuí – RS. **Saúde (Santa Maria)**, v.41, n.1, p.229-238, 2015.

BERTACHINI, L. A comunicação terapêutica como fator de Humanização da Atenção Primária. **O mundo da saúde**, v. 36. n. 3, p. 507-520, 2012.

BEVAN, E. G., CURRIE, E. M., MCGHEE, S. M. *et al.* Patient knowledge about diuretic prescription. **Br. J. clin. Pharmac**, v. 35, n. 2, p. 152-5, 1993.

BEZERRA, D. S., SILVA, A. S., CARVALHO, A. L. M. Avaliação das características dos usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus em uma Unidade de Saúde Pública, no município de Jaboatão dos Guararapes-PE, Brasil. **Rev Ciênc Farm Básica**, v. 30, n. 1, p. 57-61, 2009.

BOONSTRA, E.; LINDBAEK, M.; NGOME, E.; TSHUKUDU, K.; FUGELLI, P. Labelling and patient knowledge of dispensed drugs as quality indicators in primary care in Botswana. **Qual. Saf. Health Care**, v.12, n.3, p.168-175, 2003.

BORBA, A. K.O. T., MARQUES, A. P. O., LEAL, M. C. C., *et al.* Adesão à terapêutica medicamentosa em idosos diabéticos. **Rev Rene**, v 14, n 2, p. 394-404, 2013.

BRANDÃO, A. L. R. B. S; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, E. A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n.1, p.103-114, 2013.

BRASIL. Lei Federal 13.021 de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Diário Oficial da União, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2011.

BUENDÍA, J. A. Actitudes, conocimientos y creencias del paciente hipertenso sobre la medicación antihipertensiva. **Biomédica**, v. 32, n. 4, p. 578-584, 2012.

CARDOSO, C. K., MALHEIROS, R. T., TORRES, O. M., SILVEIRA M. P. T. Atenção farmacêutica domiciliar: série de casos de usuários do programa práticas integradas em saúde coletiva. **Revista Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 34, n.2, p. 263-268, 2013.

CASSIANI, S. H. B. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 1, p. 95-9, 2005.

CASTRO-RODRIGUES, J. A., OROZCO-HERNÁNDEZ, J., MARÍN-MEDINA, D. Polifarmacia y prescripción de medicamentos potencialmente no apropiados em ancianos. **Revista médica de Risaralda**, v. 22, n. 1, p. 52-57, 2015.

CEBRIM. Perspectivas Políticas sobre medicamentos da OMS - Promovendo o uso racional de medicamentos: principais componentes. **Boletim da Farmacoterapêutica**, ano VIII, n. 01, dez 2002 – abr 2003.

CFF. Curso online: prescrição farmacêutica no manejo de problemas de saúde autolimitados: módulo 2: unidade 2: habilidades de comunicação do farmacêutico. Brasília, 30 p., 2015.

CFF. Perfil do Farmacêutico no Brasil: relatório. Brasília, 44 p., 2015.

CORADI, C. O., CARDOSO, J.S., GROIA, R. C. S. *et al.*, Compreensão da prescrição de medicamentos em uma unidade básica de saúde: autorrelato do usuário e aferição pelo pesquisador. **Rev Scientia Medica**. v 26, n 4, p. 1-6, 2016.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. A prática farmacêutica na farmácia comunitária. Porto Alegre: Artmed; 2013. 7 p.

COSTA, E. M., RABELO, A. R. M., LIMA, J. G. Avaliação do papel do farmacêutico nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos na atenção primária. **Revista Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 35, n. 1, p. 81-88, 2014.

COSTA, F. A. Intervenções estimuladoras da adesão à terapêutica: uma reflexão sobre o contributo dos farmacêuticos para a saúde pública. **Farmacêutico News**, v.16, p. 6-7, julho-agosto 2015.

CRESSWELL, K. M., FERNANDO B., MCKINSTY B. *et al.* Adverse drug events in the elderly. **Br Med Bull**, v. 83, n. 1, p. 259-274, 2007.

CRF-SP. Manual de Orientação ao Farmacêutico: Conduta e Postura Profissional. / Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. – São Paulo: Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo, 2015.

CRUZETA, A. P. S.; DOURADO, A. C. L.; MONTEIRO, M. T. M. *et al.* Fatores associados à compreensão da prescrição médica no Sistema Único de Saúde de um município do Sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3731–3737. 2013.

CUNHA K.O.A., RENOVATO R.D., DESCOVI M.S., *et al.* Representações sobre uso racional de medicamentos em equipes da Estratégia Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**. v 46, n 6, p. 1431-1437, 2012.

DAMMENHAIN, R. A. Manual Prático para Prescrição de Medicamentos de acordo com a legislação sanitária brasileira. Versão dezembro de 2010, São Paulo, 2010.

DELGADO, P. G. Conocimiento del paciente sobre sus medicamentos. 2008. 343 f. Tese de doutorado (Programa de Doutorado em Farmácia Assistencial). Universidade de Granada – Faculdade de Farmácia, Granada, 2008.

DRESCH, A. P., AMADOR, T. A., HEINECK, I., Conhecimento dos pacientes sobre medicamentos prescritos por odontólogos no sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v 21, n 2, p. 475-483, 2016.

FARIA, H. T., ZANETTI, M. L., SANTOS, M.A., TEIXEIRA, C.R. Conhecimento sobre terapêutica medicamentosa em diabetes: um desafio na atenção à saúde. **Acta Paul Enferm**. v 22, n 5, p. 612-617, 2009.

FERNANDES, W. S. & CEMBRANELLI, J. C. Automedicação e o uso irracional de medicamentos: o papel do profissional farmacêutico no combate a essas práticas. **Rev Univap**, v. 21, n. 37, p. 5-12, 2015.

FERNANDES, S. C.; COSTA, G. S. Compreensão da prescrição médica por pacientes atendidos em pronto socorro central de Santos. **Saúde & Transformação Social**, v. 4, n. 1, p. 53-56, 2013.

FERREIRA, M. B., HEINECK, I., FLORES, L. M. *et al.* Rational use of medicines: prescribing indicators at different levels of health care. **Braz J Pharm Sci**, v. 49, p. 329-340, 2013.

FERREIRA, A. M. B., BORGES, G. F. B., CORREA, M. I. S. *et al.* Assistência farmacêutica domiciliar na utilização de medicamentos no bairro zona III no município de Umuarma-PR. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, v. 20, n. 3, p. 171-175, 2016.

FRÖHLICH, S. E.; PIZZOL, T. D. S. D.; MENGUE, S. S. Instrumento para avaliação do nível de conhecimento da prescrição na atenção primária. **Rev Saúde Pública**, v.44, n. 6, p. 1046–1054. 2010.

GALATO, D., ALANO, G., TRAUTHMAN, S. C. *et al.* A dispensação de medicamentos: uma reflexão sobre o processo para prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia. **Rev Bras Ciênc Farm**, v 44, n 3, p. 465-475, 2008.

GARJÓN F. J. Prescripción de medicamentos a pacientes ambulatorios. **An Sist Sanit Navar**, v. 31, p. 11-21, 2009.

GIMENES, H. T., ZANETTI, M.L., OTERO, L. M. *et al.* O conhecimento do paciente diabético tipo 2 acerca dos antidiabéticos orais. **Cienc & Cuidado Saúde**, v. 5, n. 3, p. 317-325, 2006.

GÓMEZ-CASTRO, M. J., ARCOS, P., RUBIERA G. *et al.* Comparación de los modelos de indicadores de la calidad de la prescripción farmacéutica en atención primaria. **Gac Sanit**, v 17, n 5, p. 375-383, set-out 2003.

GREGÓRIO, J. & LAPÃO, L.V. Uso de cenários estratégicos para planeamento de Recursos Humanos em Saúde: O caso dos Farmacêuticos Comunitários em Portugal 2010-2020. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 30, n. 2, p. 125–142, 2012.

HEPLER, C. D. & STRAND, L. M. Oportunidades y responsabilidades em la Atención Farmacéutica. **Pharm Care Esp**, v. 1, n. 1, p. 35-47, 1999.

ISMP – INSTITUTO PARA PRÁTICAS SEGURA NO USO DE MEDICAMENTOS. Erros de medicação associados a abreviaturas, siglas e símbolos. **Boletim da ISMP**, v. 4, n. 2, junho 2015.

JESUS, P. R. C. **O consumo desenfreado de medicamentos no Brasil e a responsabilidade da propaganda.** Disponível em: <
http://www2.metodista.br/unesco/1_Ecom%202012/GT4/32.O%20consumo%20desenfreado_Paula%20Jesus.pdf > Acesso em: 21 de agosto de 2017.

LOUREIRO, R. J.; ROQUE, F.; RODRIGUES, A. T. et al. O uso de antibióticos e as resistências bacterianas: breves notas sobre a sua evolução . **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 77-84, 2016.

LUCAS, J.C.F.; OLIVEIRA, M.C.; FONSECA, M.H.G.; FRANÇA, D.S.; RABELO, J.A. Avaliação do perfil de receituários médicos coletados em uma drogaria em Montes Claros – MG. **Motricidade**, v. 8, n. Supl. 2, 2012, p. 187-196.

LYRA, D. P.; PRADO, M. C.T. A.; ABRIATA, J. P. et al. As prescrições médicas como causadoras de risco para problemas relacionados com os medicamentos. **Seguim.Farmacoter**, v. 2, n. 2, p. 86–96. 2004.

KONFINO J., MEJÍA R., MAJDALANI M., PÉREZ-STABLE E. Alfabetización en salud en pacientes que asisten a un hospital universitario. **Medicina (B. Aires)**, v. 69, n. 6, p. 631-634, 2009.

MACHADO, A. L.; LIMA, F. E. T.; CAVALCANTE, T. F.; ARAUJO, T. L. Instrumentos de letramento em saúde utilizados nas pesquisas de enfermagem com idosos hipertensos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 4, p. 101-107, 2014.

MANSO, M. E. G., BIFFI, E. C. A., GERARDI, T. J. Inappropriate medication use in older adults with chronic diseases in a health plan in São Paulo, Brazil. **Rev Bras de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 1, p.151-64, 2015.

MARTINS, L. C. O papel do farmacêutico em programas de educação e promoção para a saúde nas escolas. 2014, 65 f. Monografia (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.

MARTINS, N.F.F., ABREU, D.P. G., SILVA B.T.et al.Functional health literacy and adherence to the medication in older adults: integrative review. **Rev Bras Enferm**, v.70, n. 4, p.904-911, 2017.

MASTROIANNI, P. DE C. Análise dos aspectos legais das prescrições de medicamentos. **Rev Ciênc Farm Básica e Apl**, v. 30, n. 2, p.173–176, 2009.

MEDEIROS, F. C. R. Evolução da Regulamentação no Setor Farmacêutico no Brasil. Disponível em: <
<http://www.cpgls.pucgoias.edu.br/8mostra/Artigos/SAUDE%20E%20BIOLOGICAS/Evolu%C3%A7%C3%A3o%20da%20Regulamenta%C3%A7%C3%A3o%20no%20Setor%20Farmac%C3%AAutico%20no%20Brasil.pdf>> Acesso em 15 abr, 2018.

MELO, D. O. & CASTRO, L. L. C. A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 235-244, 2017.

MENDES, L. V. P; LUIZA, V. L.; CAMPOS, M. R. Uso racional de medicamentos entre indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão arterial no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p. 1673-1684, 2014.

MENDONÇA, A. E., SILVA, M. E., ARAÚJO, C. P. *et al.*, A promoção da saúde pelas ondas do rádio: um foco na propaganda de medicamentos. **Rev Visa em Debate**, v. 2, n. 2, p. 96-101, 2014.

MENEZES, A. P. S., DOMINGUES, M. R., BAISCH, A. L. M. Compreensão das prescrições pediátricas de antimicrobianos em Unidades de Saúde em um município do sul do Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, v. 12, n. 3, p. 478-489, 2009.

MOREIRA, L. B., FERNANDES, P. F. C. B. C., MONTE, F. S. *et al.* Conhecimento sobre o tratamento farmacológico em pacientes com doença renal crônica. **Rev Bras de Ciênc Farm**, v. 44, n. 2, p. 315-325, 2008.

MOTTER, F. R., OLINTO, M. T. A., PANIZ, V. M. V. Conhecimento sobre a farmacoterapia por portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18 n. 8, p. 2263-2274, 2013.

OENNING, D.; OLIVEIRA, B. V. DE; BLATT, C. R. Conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos prescritos após consulta médica e dispensação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3277–3283, 2011.

OLIVEIRA, L. P. B. A. & SANTOS S. M. A. An integrative review of drug utilization by the elderly in primary health care. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 1, p. 163-74, 2016.

OLIVEIRA, G. F. Conhecimento sobre os medicamentos prescritos entre pacientes de uma farmácia comunitária do município de Salgado-SE. 2017. 51 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) – Universidade Federal de Sergipe.

Organización Mundial de la Salud: Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS — Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales, Septiembre de 2002. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4874s/s4874s.pdf>> Acesso em: 22 de set de 2017.

PAIVA, L. J., OLIVEIRA, L. H. S., SILVA, A. S., SOUZA, V. V. avaliação do nível de conhecimento e qualidade da atenção farmacêutica ofertada a usuários de medicamentos em Silvianópolis, Sul de Minas Gerais, Brasil. **Rev da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 11, n. 2, p. 22-31, ago/dez, 2013.

PASSAMAI, M. P. B., SAMPAIO H. A. C., DIAS, A.M. I., CABRAL, L. A.. Functional health literacy: reflections and concepts on its impact on the interaction among users, professionals and the health system. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.41, p.301-314, abr./jun. 2012.

PATEL, M. J., KHAN, M. S., ALI F. *et al.* Patients' insight of interpreting prescriptions and drug labels--a cross sectional study. **PLoS ONE**, v. 8, n. 6, 2013.

PEPE, V. L. E.; CASTRO, C. G. S. O. DE. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes : informação compartilhada como possível benefício terapêutico. **Cad. Saúde Pública**. v. 16, n. 3, p. 815–822, 2000.

PEREIRA, A. B.; MATTOS, K. M.; COLOMÉ, J. S. et al. Perfil social do usuário do sistema único de saúde na atenção primária em saúde. **Rev Epidemiol Control Infect**, v. 2, n. 3, p. 94-98, 2012.

PINTO, I. V. L., REIS, A. M. M., ALMEIDA-BRASIL, C. C. et al. Avaliação da compreensão da farmacoterapia entre idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte, MG, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p.3469-3481, 2016.

PORTELA, A. S.; SIMÕES, M. O. S.; FOOK, S. M. L. et al. Prescrição médica : orientações adequadas para o uso de medicamentos ? **Ciência & Saúde Coletiva**. v.15, n. 3, p. 3523-3528. 2010.

RAMOS, A. P.; BORTAGARAI, F. M. A comunicação não-verbal na área da saúde. **Rev CEFAC**, v. 14, n. 1, p. 164-170, 2012.

REIS, L. A. S. B. O conhecimento sobre o medicamento e a literacia em saúde – Um estudo em adultos, utentes de farmácias do concelho de Lisboa. Tese de dissertação de Mestrado em Saúde e Desenvolvimento – Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Lisboa, 2010.

REZENDE, O. L. C., MITRE, R. M. A. Interfaces da relação entre o médico e a dupla mãe-filho em um hospital público. **Rev Bras Oftalmol**, v. 72, n. 3, p. 159-163, 2013.

RIBEIRO, M.; COSTA, D.; CLEMENTE, J. et al. Uso Racional de Medicamentos : Conhecimento do utente acerca do medicamento em uso. **Egitania sciencia**, p. 77–89. 2014.

ROCHA, A. L. R. Uso Racional de Medicamentos. 2014.50 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização)- Instituto de Tecnologia em Fármacos – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

ROCHA, P.C. & LEMOS, S.M.A. Conceptual aspects and factors associated with Functional Health Literacy: a literary review. **Rev CEFAC**, v.18, n.1, p. 214-225,2016.

ROMANICHEN, C., MARQUES, A. C. R., JUNIOR, S. E. M., Compreensão da utilização de medicamentos da pós-dispensação em usuários da rede pública da cidade de Maringá-PR. In V ENCONTRO INTERNACIONAL DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA CESUMAR. Nº 5, 2009, MARINGÁ/PR. **V Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar**. Paraná: CESUMAR, 27 a 30 de outubro de 2009.

RUBIO S J, IGLÉSIAS-FERREIRA P, DELGADO P G, et al. Adaptação intercultural para português europeu do questionário "Conocimiento del Paciente sobre sus Medicamentos" (CPM-ES-ES). **Cien Saúde Colet**, v 18, n 12, p. 3633-3644, 2013.

SANO, P. Y., MASOTTI, R. R., SANTOS, A. A. C., CORDEIRO, J. A. Evaluation of the understanding level of pediatric prescription. **Jornal de Pediatria**, v. 78, n. 2, p.140-145, 2002.

SANTOS L., MANSUR H. N., PAIVA, T. F. et al. . Letramento em Saúde: Importância da avaliação em nefrologia. **J Bras Nefrol**, v. 34, n. 3, p. 293-302, 2012.

SANTOS, M. V. R.; OLIVEIRA, D. C.; ARRAES, L. B. et al. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceito, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. **Rev da Soc Bras de Clínica Médica**, v. 11, p. 1-7, 2013.

SATURNINO, L.T.M. et al. Farmacêutico: um profissional em busca de sua identidade. **Rev. Bras. Farm**, v.93, n.1, p. 10-16, 2012.

SCHNEIDER, A.; MOLIN, G. D.; PLETSCH, M. U. et al. Avaliação das prescrições aviadas na unidade de pronto atendimento no município de Ijuí/RS. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 12, n. 2, p. 130-140, ago./dez. 2014.

SILVA, A. E. B. C., CASSIANI, S. H. B., MIASSO, A. I. et al. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 3, p. 272-273, 2007.

SILVA, E. V.; NAVES, J. O. S.; VIDAL, J. O. papel do farmacêutico comunitário no aconselhamento ao paciente. **Farmacoterapêutica**, Brasília, ano XIII, n. 4/5, jul-out. 2008.

SILVA, E. R. B., BANDEIRA, V. A. C., OLIVEIRA, K. O. Avaliação das prescrições dispensadas em uma farmácia comunitária no município de São Luiz Gonzaga – RS. **Rev Ciênc Farm Básica Apl**, v. 33, n. 2, p. 275-281, 2012.

SILVA, L. A. F., SILVA, K. O., MASCARENHAS, G. D. M. Avaliação dos indicadores de qualidade das prescrições de medicamentos dispensados em um centro de saúde do município de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Infarma Ciênc Farm**, v. 26., n. 4, p. 240-45, 2014.

SILVA, A. S. A importância da Farmácia Clínica no acompanhamento dos pacientes com Hanseníase em uma unidade Básica de Saúde. **Hansen Int**, v. 40, n. 1, p. 9-16, 2015.

SILVA, A. G. LIMA, J. G., LIRA, A. C. Atuação do Farmacêutico nos núcleos de apoio a saúde da família: uma contribuição para o fortalecimento da estratégia de saúde da família. **Rev APS**, v. 19, n. 1, p. 14-23, 2016.

SCHMITT J. A. A., LINDNER S., HELENA E. T.d S. Assessment of adherence in elderly patients in primary care. **Rev Assoc Med Bras**, v. 56, n. 6, p. 614-621, 2013.

SOARES, L. C. B.; POLEJACK, L. Comunicação em saúde: percepção dos usuários em um serviço de oncologia. **Cienc & Saúde**, v. 9, n. 1, p. 30-37, 2016.

SOUSA, I. F.; BORGES, D. B. Prescrição de medicamentos: legislação e recomendações. Instituto Salus, maio-junho de 2011.

SILVA, E. R. B., BANDEIRA, V. A. C., OLIVEIRA, K. O. Avaliação das prescrições dispensadas em uma farmácia comunitária no município de São Luiz Gonzaga – RS. **Rev Ciênc Farm Básica Apl**, v. 33, n. 2, p. 275-281, 2012.

SINITOX. Dados de Intoxicação. Disponível em: <https://sinitox.icict.fiocruz.br/dados-nacionais>. Acessado em: 20 de agosto de 2017.

VIEIRA, F.S. How pharmacists can contribute to health promotion. **Ciênc e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 1, p. 213-220, 2007.

VILLA, J. J. El conocimiento de los pacientes sobre su medicación es importante para su uso correcto. **Aten Primaria**, v. 41, n. 12, p. 668-669, 2009.

WEBER, D.; BUENO C. S.; OLIVEIRA, K. R. Análise das prescrições medicamentosas de um hospital de pequeno porte do noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.** v. 33, n. 1, p. 139-145. 2012.

ZANELLA, C. G., AGUIAR, P. M., STORPIRTIS, S. Atuação do farmacêutico na dispensação de medicamentos em Centros de Atenção Psicossocial Adulto no município de São Paulo, SP, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 325-332, 2015.

APÊNDICE I – Carta de Anuência – Autorização para coleta de dados



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA

CARTA DE ANUÊNCIA – AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Lagarto 14 / 11 / 2017

A: Secretária Municipal de Saúde de Lagarto – SE

Eu Chiara Erminia da Rocha, orientadora de Rayanne da Costa Oliveira, discente do Curso de Farmácia da Universidade Federal de Sergipe viemos solicitar através desta, seu registro de autorização para realização de coleta de dados para o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: Nível de conhecimento da prescrição médica entre usuários da atenção básica de Lagarto/SE. A coleta de dados ocorrerá através de entrevistas com os usuários da UBS Leandro Maciel. Os pesquisadores se responsabilizam por eventuais danos e despesas decorrentes da participação no estudo não oferecendo riscos previsíveis aos participantes. O benefício advindo com o estudo é fornecer informações sobre os medicamentos utilizados pelos usuários possibilitando que ocorra adesão ao tratamento, efetividade e segurança no uso da farmacoterapia e, conseqüentemente, melhora das condições de saúde, culminando, assim, em diminuição nos gastos para o sistema sanitário.

Desde já agradecemos a atenção e colaboração, uma vez que sem ela o desenvolvimento do estudo não é possível.

Colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Cordialmente

Chiara Erminia da Rocha
Profa. Dra. Chiara Erminia da Rocha
chiara.erninia@yahoo.com.br
F: 9 8826 7087

Prof.ª Dra. Chiara E. Rocha
DFA - Campus de Lagarto - UFS
SIAPE nº 2063246

Rayanne da Costa Oliveira
Rayanne da Costa Oliveira
rayanne.costa@hotamil.com
9 9142 2324

[Assinatura]
Secretário Municipal de Saúde de Lagarto – SE

Cleverton José Silveira Oliveira
Secretário Municipal de Saúde
Decreto 09/08/2017

APÊNDICE II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE



CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROF. ANTONIO GARCIA FILHO

DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende as exigências legais, Eu, Sr (a) _____, portador (a) de documento de identidade Nº _____, nascido em ____/____/____ após apresentação verbal sobre o projeto de trabalho de conclusão de **NÍVEL DE CONHECIMENTO DA PRESCRIÇÃO MÉDICA ENTRE USUÁRIOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE LAGARTO/SE**, pelo estudante do curso de Farmácia **Rayanne da Costa Oliveira**, sob o número de matrícula **201310044312**, atualmente matriculado (a) na Universidade Federal de Sergipe - Campus Universitário Prof. Antonio Garcia Filho, departamento de Farmácia, fui informado dos procedimentos aos quais serei submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do que foi explicado. Assim, aceito o convite em participar do projeto **NÍVEL DE CONHECIMENTO DA PRESCRIÇÃO MÉDICA ENTRE USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE LAGARTO/SE**. Fui informado de que determinadas perguntas feitas durante a participação no referido projeto podem me constranger ou incomodar, assim posso escolher não responder quaisquer perguntas que me façam sentir desconfortável, que as informações por mim prestadas são confidenciais e serão guardadas por força de sigilo profissional. Também fui informado de que minha participação é voluntária, não havendo qualquer tipo de compensação financeira ou funcional por minha participação. Fica claro que poderei a qualquer momento deixar de participar desse projeto retirando este Consentimento Livre e Esclarecido sem sofrer nenhuma penalização, e ao me retirar do programa será fornecido uma cópia dos registros, sendo os originais propriedade do profissional. Autorizo a utilização destes dados como fonte para elaboração de tese, artigo científico e sua posterior publicação. Ressalto que não deverá haver identificação dos meus dados pessoais, pois todas essas informações são confidenciais e serão unicamente de uso dos farmacêuticos pesquisadores, para os fins supracitados. E, por estarmos de acordo, aceito o convite.

Lagarto, ____ de _____ de 20____.

Assinatura da pesquisadora

Assinatura do entrevistado

Nome da pesquisadora responsável:
Chiara Erminia da Rocha

Endereço:

Campus Universitário Prof. Antônio Garcia Filho,
Av. Universitária Governador Marcelo Deda Chagas

Nº 13, Jardim Novo. Lagarto-SE.
Telefone: (79) 98826-7087

Nome da pesquisadora:
Rayanne da Costa Oliveira
Endereço:

Campus Universitário Prof. Antônio Garcia Filho,
Av. Universitária Governador Marcelo Deda Chagas

Nº 13, Jardim Novo. Lagarto-SE.
Telefone: (79) 99142

ANEXO I – QUESTIONÁRIO SOBRE O NÍVEL DE CONHECIMENTO DOS
USUÁRIOS SOBRE MEDICAMENTOS.

Usuário apresenta prescrição? 1. Sim 2. Não

I – Informações do entrevistado _____

1. Nome _____

2. Gênero 1. () feminino 2. () masculino

3. Idade (em anos completos) _____

4. O Sr. (Sra.) sabe lê ou escrever? []

1. Sim 2. Não

5. O Sr. (Sra.) frequentou a escola? []

1. Sim 2. Não

6. Se sim, até que série? _____

1. ensino fundamental completo (até 1º grau maior); 2. ensino fundamental incompleto; 3. ensino médio completo (até 2º grau); 4. ensino médio incompleto; 5. superior completo; 6. superior incompleto; 7. analfabeto funcional (ou lê ou escreve); 8. não sabe; 9. não se aplica; 10. analfabeto.

7. O Sr. (Sra.) trabalha? []

1. Sim 2. Não

8. Se sim, qual o trabalho? _____

9. Quanto o Sr. (Sra.) ganha por mês (em salários mínimos)? _____

II - Informações referentes ao medicamento

1. Qual (ais) problemas de saúde apresenta? _____

2. Faz uso de algum medicamento? []

1. Sim 2. Não

3. Se sim, qual? _____

4. Há quanto tempo faz uso desse medicamento? _____

5. Com quem você obtém informações sobre seus medicamentos?

1. Médico?

1. Sim
2. Não

2. Enfermeiro?

1. Sim
2. Não

9. Há algum outro medicamento ou alimento ou bebida que você deve evitar enquanto estiver fazendo uso do medicamento?

1. Não sabe 2. Sabe _____(resposta)

3. Não sabe

10. Esse remédio pode lhe causar reações desagradáveis?

1. Sim. Qual? _____(resposta), vá para a pergunta 11

2. Não, vá para a questão 12

3. Não sabe, vá para a questão 12

11. Você já apresentou alguma(s) dessa(s) reação(ões)?

1. Sim 2. Não

12. Você necessita de mais informações para tomar o seu medicamento?

1. Sim, vá para a questão 12

2. Não

13. Quais dessas informações você necessita?

13.1 – Como tomar o medicamento.

1. Sim 2. Não

13.2 – Por quanto tempo preciso tomar o medicamento.

1. Sim 2. Não

13.3 – Se o medicamento pode causar alguma reação desagradável.

1. Sim 2. Não

13.4 – Se há algum outro medicamento que não posso tomar enquanto estiver tomando este.

1. Sim 2. Não

REVISTA BRASILEIRA DE FARMÁCIA (RBF)
BRAZILIAN JOURNAL OF PHARMACY (BJP)
ISSN 2176-0667 (online)
ESCOPO E POLÍTICA

A Revista Brasileira de Farmácia (RBF) (Brazilian Journal of Pharmacy - BJP) é um periódico da Associação Brasileira de Farmacêuticos que se mantém desde 1920, atualmente com periodicidade trimestral. O periódico é voltado para a publicação da produção científica dos diversos segmentos do campo das Ciências Farmacêuticas em manuscritos que poderão ser submetido em português, inglês ou espanhol adequado às normas de publicação descritas a seguir.

A linha editorial desse periódico enfatiza não só a inovação tecnológica, mas principalmente os possíveis diálogos interdisciplinares viáveis dentro da abordagem científica, e, portanto priorizam tanto os estudos qualitativos quanto os quantitativos que possam contribuir de forma inovadora e crítica para o desenvolvimento da arte de curar plena. Para tanto, o periódico poderá contemplar seções de **Artigos de Revisão** (sistemática, exaustiva ou não) que contribuam sobre temas de relevância ao campo das Ciências Farmacêuticas, e ainda a proposição de **Artigos Originais** resultados de pesquisas ou experimentos, **Resumos de Teses ou Dissertações** defendidas a pelo menos dois anos.

O Conselho editorial poderá propor temas específicos, considerados relevantes, com texto de autores convidados, com inserção no debate sobre temas de interesse da comunidade farmacêutica, que igualmente serão submetidos ao processo de revisão por pares.

Os autores devem indicar, em nota de fim de texto após a conclusão do manuscrito, se a pesquisa é financiada, resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, e ainda se há conflitos de interesse envolvidos na mesma. Como condução do processo de submissão caberá aos autores o preenchimento e envio dos APENDICES apresentados ao final desse texto.

No caso de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos ou animais, os autores devem explicitar na seção de Metodologia que a pesquisa foi conduzida dentro de padrões éticos exigidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (CONEP/CNS/MS). Deve-se atentar, sobretudo, ao disposto na Resolução CONEP nº

196/96. No caso de experimento com animais deverá atender aos padrões éticos da Resolução nº 714, de 20 de junho de 2002, publicada pelo Conselho Federal de Medicina Veterinária. **O parecer do CEP deve seguir anexado ao processo de submissão.**

Antes de enviar seu manuscrito para a **RBF confira as etapas para a submissão** para garantir a agilidade ao processo que será dividida em duas etapas: A primeira a partir da avaliação inicial da Comissão editorial quanto a identidade do artigo com a política do periódico e adequação as normas de publicação. A segunda etapa prevê a avaliação por pares de revisores.

A revisão final dos trabalhos e adequação às normas ortográficas é de inteira responsabilidade dos próprios autores. O Comitê Editorial não aprovará manuscritos incompletos, fora do escopo da revista e das instruções para os autores.

INSTRUÇÕES GERAIS

Todos os manuscritos devem ser originais e não publicados anteriormente. Cabe salientar que submissão simultânea implicará em sua recusa nesse periódico. As publicações em inglês e espanhol devem ser revisadas por um profissional de edição de língua estrangeira e não garantem o aceite do artigo. **O custo da revisão do texto em inglês ou espanhol é de responsabilidade dos autores que são encorajados a buscar profissionais ou empresas qualificados.**

A RBF reserva os direitos de submeter todos os manuscritos para revisores *ad hoc*, cujos nomes serão confidenciais e com autoridade para decidir a aceitação ou declínio da submissão. Nos casos de conflito de avaliações entre os pares, não se compromete a seguir com uma terceira avaliação, a decisão contará com avaliação dos pareceres pelo Conselho Editorial.

FORMA E APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS

A RBF aceita artigos para as seguintes seções:

a) Artigos originais ou de revisão (**até 7.000 palavras, incluindo notas e referências, e exclui o Resumo/Abstract. Máximo de 5 figuras, quadro/gráfico ou tabela**): textos inéditos provenientes de pesquisa ou análise/revisão bibliográfica. A publicação é decidida pelo Conselho Editorial, com base em pareceres - respeitando-se o anonimato tanto do autor quanto do parecerista (*double-blind peer review*) - e conforme disponibilidade de espaço.

b) **Artigos originais por convite (até 8.000 palavras, incluindo notas e referências, e exclui o Resumo/abstract. Máximo de 5 figuras, quadro/gráfico ou tabela):** textos inéditos de temas previamente solicitados pelo editor (a) Chefe ou Conselho Editorial a autores/pesquisadores de reconhecida experiência no campo das Ciências Farmacêuticas, que poderão resultar em artigos resultado de pesquisa ou de revisão. Os artigos originais serão publicados com base em pareceres (*double-blind peer review*). Apenas artigos que, devido a seu caráter autoral, não podem ser submetidos anonimamente a um parecerista, serão analisados, com ciência do autor, com base em pareceres em que só o parecerista é anônimo (*single-blind peer review*).

c) **Resumo de Tese de Doutorado ou Dissertações de Mestrado (até 1500 palavras, incluindo notas e referencias. Máximo de 3 figuras, tabela ou quadro/gráfico):** Trata-se de um Resumo ampliado de estudos acadêmicos que tenham relevância no campo das Ciências farmacêuticas. Serão aceitos os Resumos de pesquisas que tenham sido defendidas até dois anos antes da publicação da RBF. O número de Resumos não poderá ultrapassar 15% do total de artigos apresentados por edição, e deverá contemplar as seções Introdução, Metodologia, Resultados e Discussão e Conclusão de forma resumida.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES PRÉVIAS

a) Deverá ser adotado o **Sistema Internacional (SI)** de medidas.

b) As equações necessárias a compreensão do texto deverão ser editadas utilizando *software* compatível com o editor de texto. As variáveis deverão ser identificadas após a equação.

c) Recomenda-se que os autores realizem a análise de regressão ou outro teste estatístico aplicável para fatores quantitativos, mas que a utilização de programas específicos para o tratamento dos dados estatísticos deve constar da seção de Metodologia.

d) **ATENÇÃO: QUADROS/ TABELAS, GRÁFICOS E FIGURAS devem ter largura de no máximo 8,25 cm, com alta resolução e enviados em arquivo separado. Nesse caso, sua posição deve ser identificada no texto. CASO CONTRÁRIO, O MANUSCRITO SERÁ DEVOLVIDO AOS AUTORES, que acarretará em nova submissão.**

e) A RBF recomenda a utilização de Referências Bibliográficas atualizada, salvo aquelas consagradas em trabalhos de autores seminais de cada área específica, ou ainda em textos que necessitam de informações históricas relevantes na compreensão da argumentação apresentada. Consideraremos atualizadas aquelas com data de publicação em periódicos indexados a pelo menos 5 anos da data de envio do manuscrito.

f) TODAS as correções sugeridas durante o processo de submissão deverão ser destacadas em **VERMELHO, e devolvida a comissão editorial pelo endereço:** revistabrasileiradefarmacia@yahoo.com.br.

FORMATAÇÃO DO TEXTO

Os manuscritos deverão utilizar 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.

Deve-se adotar no texto apenas as **abreviações padronizadas**. Por exemplo: Kg (quilograma)

A primeira citação da abreviatura entre parênteses deve ser precedida da expressão correspondente por extenso. Por exemplo: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)

O **recurso de itálico** deverá ser adotado apenas para realmente destacar partes importantes do texto, como por exemplo, citações *ipsis literis* de autores consultados, partes de depoimentos, entrevistas transcritas, nomes científicos de organismos vivos e termos estrangeiros.

As ilustrações, figuras, esquemas, tabelas e gráficos deverão ser identificadas no texto, conforme apresentação desejada pelo autor, e **apresentadas em arquivo separado**.

Os manuscritos deverão seguir a seguinte estrutura:

Título: deverá ser conciso e **não** ultrapassar 30 palavras, 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 que descrevam **objetivo da pesquisa, metodologia, discussão/resultados e a conclusão**. Os manuscritos escritos em português ou em espanhol devem ter um Resumo traduzido para o inglês (Abstract). O Abstract deve ser digitado na **terceira página** do manuscrito e deve ser revisado por um profissional de edição de língua inglesa. **Os manuscritos em inglês deverão apresentar um Resumo em português.**

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. 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: Situa o leitor quanto ao tema que será abordado e apresenta o problema de estudo, destaca sua importância e lacunas de conhecimento (justificativa da investigação), e inclui ainda os objetivos (geral e específico) a que se destina discutir.

Metodologia ou Percorso Metodológico: Nessa seção o autor (es) deve (m) apresentar o percurso metodológico utilizado que apresente o tipo de estudo (se qualitativo ou quantitativo), de base empírica, experimental ou de revisão de forma que identifique a natureza/tipo do estudo. São fundamentais os dados sobre o local onde foi realizada a pesquisa; população/sujeitos do estudo e seus critérios de seleção (inclusão e exclusão) e cálculo amostral. Nos casos de pesquisa experimental cabe a identificação

do material, métodos, equipamentos, procedimentos técnicos e métodos adotados para a coleta de dados.

Na apresentação do tratamento estatístico/categorização dos dados cabe informar a técnica ou programa utilizado no tratamento e análise. Nos casos de investigação com humanos ou animais cabe informar a data e o número do protocolo da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Quanto ao estudo de espécies vegetais 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 sequência lógica, utilizando ilustrações (figuras, quadros 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. Nessa seção cabe a análise e discussão crítica da pesquisa.

Conclusões: apresentar considerações significativas fundamentadas nos resultados encontrados e vinculadas aos objetivos do estudo.

Agradecimentos: opcional e deverá aparecer antes das referências.

Figuras, Quadro/Tabelas ou Gráficos: Todas as ilustrações devem apresentar um título breve na parte superior e numerada consecutivamente com algarismos arábicos, conforme a ordem em que forem citadas no manuscrito e a legenda com fonte em Times New Roman, tamanho 12, justificado e com largura máxima de 8,25 cm.

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. **Se houver ilustração extraída de outra fonte, publicada ou não, a fonte original deve ser mencionada abaixo da tabela.** Não é permitida a utilização de Figura, gráfico, quadro/tabela publicada em outro periódico **sem antes pedir autorização prévia dos autores e/ou da revista.**

Qualquer uma dessas ilustrações com baixa resolução poderá ser excluída durante o processo de diagramação da RBF, ou ainda comprometer o aceite do manuscrito.

As fotos deverão garantir o anonimato de qualquer indivíduo que nela constar. Caso os autores queiram apresentar fotos com identificação pessoal, deverão apresentar permissão específica e escrita para a publicação das mesmas.

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, 2008), 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 citação de mais que uma referência por parágrafo requer a ordenação em ordem decrescente cronológica e cada grupo de autores separados por “ponto e vírgula”. Por exemplo: (Gomes & Souza, 2012; Mendez, 2010; Lima, Pereira & Silva, 2008).

A 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).

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 2a). 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/?IsisScript=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.

SUBMISSÃO

Todos os manuscritos deverão ser submetidos **exclusivamente** por e-mail: revistabrasileiradefarmacia@yahoo.com.br e deverá enviar o texto em programa compatível com *word*, e com todos os apêndices preenchidos.

Os autores deverão informar a área de concentração (**Apêndice 1**), a categoria do manuscrito (Artigo Original, Artigo de Revisão ou Resumo de Tese/ Dissertação); apresentar carta de encaminhamento ao Editor (a) Chefe (**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**).

Quanto a 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: revistabrasileiradefarmacia@yahoo.com.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 da cor vermelha** como forma de identificação rápida e facilitação do processo de avaliação. Caso necessário poderá o autor dispor de argumentação teórica em carta anexa sumarizando as alterações realizadas ou não, que poderão ser aceitas ou não pelos revisores.

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: revistabrasileiradefarmacia@yahoo.com.br 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 ideia 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 às 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.