



ANÁLISE DE PRESCRIÇÕES EM UM SERVIÇO DE FARMÁCIA AMBULATORIAL EM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE NO RIO DE JANEIRO

ARTIGO ORIGINAL

Submetido em: 31/8/2025

Aprovado em: 29/10/2025

doi: 10.22491/2764-2860.2025.7913

Marcela França Penna Ribeiro^{1*}

Michele Hinerasky^{2*}

Eloiza R. P. S. Soilo^{3*}

Juliana S. L. Praça^{4*}

RESUMO: A prescrição adequada é essencial para o uso racional de medicamentos e para a segurança do paciente. Este estudo avaliou a qualidade das prescrições atendidas no Setor de Distribuição de Medicamentos (SeDiMe) do Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD), com foco na legibilidade, tipo de prescrição, utilização da Denominação Comum Brasileira (DCB), presença de nomes comerciais e adesão à lista padronizada do Sistema de Saúde da Marinha (SSM). Trata-se de estudo transversal realizado entre agosto e setembro de 2024, no qual foram analisadas 234 prescrições contendo 846 itens prescritos. Das prescrições avaliadas, 94,6% eram provenientes do SSM, das quais 43,9% digitadas e 56,1% manuscritas. Erros foram identificados em 11,5% das prescrições, sendo a ausência de dosagem o mais frequente (40,7%). Quanto à nomenclatura, 72,9% dos medicamentos foram prescritos pela DCB e 27,1% por nome comercial, prática mais comum em medicamentos não padronizados (42,0%). Observou-se ainda que 68,2% dos itens prescritos eram padronizados no SisDiMe. Pode-se concluir que, apesar dos avanços no uso de prescrições digitais e na adesão parcial à DCB, ainda persistem fragilidades relacionadas à ocorrência de erros e ao uso expressivo de nomes comerciais. É necessária implementação de estratégias institucionais voltadas à capacitação dos prescritores e à expansão da prescrição eletrônica, a fim de promover maior segurança do paciente e fortalecer a Assistência Farmacêutica no âmbito do SSM.

PALAVRAS-CHAVE: Uso de Medicamentos; Medicamentos sob Prescrição; Prescrição Inadequada; Segurança do Paciente; Assistência Farmacêutica.

ABSTRACT: Appropriate prescribing is essential for the rational use of medicines and for patient safety. This study evaluated the quality of prescriptions dispensed at the Medication Distribution Sector (SeDiMe) of the Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD), focusing on legibility, type of prescription, use of the Brazilian Common Denomination (DCB), presence

^{1*} Primeiro-Tenente (S). Diretoria de Saúde da Marinha.

^{2*} Primeiro-Tenente (S). Instituto de Pesquisas Biomédicas.

^{3*} Primeiro-Tenente (S). Hospital Naval Marcílio Dias

^{4*} Capitão-Tenente (S). Hospital Naval Marcílio Dias



of brand names, and adherence to the standardized list of the Brazilian Navy Health System (SSM). This cross-sectional study was conducted between August and September 2024, analyzing 234 prescriptions containing 846 prescribed items. Among the prescriptions evaluated, 94.6% originated from the SSM, of which 43.9% were typed and 56.1% handwritten. Errors were identified in 11.5% of the prescriptions, with the most frequent being the absence of dosage (40.7%). Regarding nomenclature, 72.9% of the medicines were prescribed by DCB and 27.1% by brand name, a practice more common among non-standardized medicines (42.0%). It was also observed that 68.2% of the prescribed items were included in the SisDiMe standardized list. In conclusion, despite progress in the use of digital prescriptions and partial adherence to the DCB, weaknesses remain related to the occurrence of errors and the significant use of brand names. Institutional strategies aimed at strengthening prescriber training and expanding electronic prescribing are necessary to promote greater patient safety and reinforce pharmaceutical care within the SSM.

KEYWORDS: Rational Use of Medicines; Medical Prescription; Inappropriate Prescribing; Patient Safety; Pharmaceutical Care.

1. INTRODUÇÃO

A farmacoterapia é a intervenção médica mais utilizada na medicina moderna e o acesso aos medicamentos é a parte essencial da Assistência Farmacêutica (AF)¹. O Ministério da Saúde define a AF como o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao seu uso racional².

As intervenções em saúde têm como finalidade primordial beneficiar os pacientes. Contudo, essas intervenções também podem ocasionar danos, dessa maneira, a segurança do paciente constitui um dos componentes mais relevantes da prestação de serviços em saúde. Por outro lado, a prestação de cuidados inseguros eleva custos, reduz a eficiência e compromete, de forma direta, os desfechos clínicos e a percepção dos pacientes³.

O uso racional dos medicamentos envolve diversos fatores e processos que vão desde a prescrição apropriada, a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis, a dispensação em condições adequadas, o consumo nas doses e pelo período indicado e no intervalo definido de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade⁴. Nesse cenário, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que mais da metade de todos os medicamentos sejam prescritos, dispensados ou comercializados de forma inadequada. O que resulta, em muitos casos, em danos evitáveis⁴.

Estima-se que, nos Estados Unidos, ocorram anualmente cerca de 100.000 mortes em decorrência de erros de medicação evitáveis e que 21% das prescrições realizadas por meio do sistema de transcrição em papel apresentem pelo menos um erro na prescrição de medicamentos⁵. Ademais, de 1,7% a 24% das prescrições são dispensadas incorretamente, e de 1,5% a 4% desses erros resultam em danos aos pacientes. Nesse contexto, considerando que um dos erros médicos mais comuns é decorrente da transcrição em papel, verifica-se que a prescrição manual compromete a segurança do paciente e aumenta o potencial de ocorrência de erros médicos devido à escrita ilegível dos profissionais⁵.

A prescrição adequada é a primeira etapa para o uso seguro e racional de medicamentos e deve envolver a análise da relação risco-benefício de cada medicamento ao paciente³. Dessa maneira, a prescrição de



medicamentos deve estar expressa de forma clara, norteando tanto o paciente quanto o dispensador. O sistema de prescrição eletrônica contribui para a mitigação de diversos problemas associados à transcrição em papel. Esse sistema também de reduz custos assistenciais, erros de prescrição, equívocos na administração e efeitos adversos de medicamentos relacionados aos fármacos, promovendo, assim, a segurança medicamentosa e a saúde do paciente⁵.

Além dos problemas de dispensação incorreta por caligrafia ilegível, o uso de nomenclatura comercial nas prescrições representa um risco adicional. No contexto brasileiro, o Ministério da Saúde estabelece a obrigatoriedade da prescrição pelo nome genérico no Sistema Único de Saúde (SUS), medida corroborada por orientações do Conselho Federal de Medicina (CFM) e do Conselho Federal de Farmácia (CFF). Essas entidades ressaltam os riscos associados à utilização de nomes comerciais e os benefícios do uso da nomenclatura oficial. Dessa forma, o emprego da DCB nas prescrições configura-se como uma estratégia essencial para a segurança do paciente, a transparência terapêutica e a equidade no acesso aos tratamentos^{2, 6,9,11}.

O emprego da DCB é importante pois um mesmo fármaco pode ser disponibilizado no mercado sob diversos nomes comerciais, o que pode confundir o paciente quanto ao princípio ativo que está sendo utilizado, comprometendo a segurança do tratamento. Além disso, a prescrição pela DCB favorece a padronização no âmbito dos serviços de saúde, assegura a intercambialidade entre medicamentos genéricos, similares e de referência, e contribui para a promoção do uso racional de medicamentos^{6,7,9,11}.

No Sistema de Saúde da Marinha, a AF é prestada por farmacêuticos militares ou civis no em farmácias hospitalares de média e alta complexidade e, no nível

ambulatorial, por intermédio dos Setores de Distribuição de Medicamentos (SeDiMe). Os SeDiMe são setores especiais localizados, preferencialmente, em Organização Militar Hospitalar (OMH) e Organização Militar com Facilidade Médica (OMFM), destinados à dispensação de medicamentos aos usuários, mediante prescrição médica e indenização⁹. Assim como no SUS, a norma regulamentadora da AF na Marinha, a DGPM-403, preconiza que os medicamentos devem ser prescritos de acordo com a DCB ou, na sua falta, a DCI^{9,10}.

O Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD) é a maior unidade de Saúde da Marinha do Brasil, sendo o hospital de alta complexidade do SSM. Analogamente, possui o maior SeDiMe, que dispensou, no ano de 2024, mais de 5 milhões de unidades farmacêuticas, aviou 29.175 prescrições e movimentou R\$1.554.613,29. Tal SeDiMe difere dos outros, pois além dos pacientes de baixa complexidade, também atende pacientes advindos da unidade de emergência e pacientes em transição de cuidado, ou seja, pacientes que passaram da assistência hospitalar para a ambulatorial³.

Nas transições de cuidado frequentemente ocorre alteração da prescrição, sejam, alterações de dose, intervalos, suspensão ou inclusão de medicamentos que não eram utilizados previamente à internação. A OMS estima que entre 28 e 80% dos pacientes tinham ao menos uma discrepância no momento da alta³.

Este estudo tem por objetivo avaliar a qualidade das prescrições que chegaram ao SeDiMe do HNMD. Foram avaliadas as quantidades de prescrições manuais e digitadas, erros nas prescrições, utilização da DCB e adesão dos prescritores à lista padronizada. Também foi quantificado quais medicamentos fora da lista foram mais prescritos. Dessa forma, o trabalho pretende contribuir com



dados farmacoepidemiológicos para o SSM e propor melhorias na AF prestada aos usuários do SSM.

2. MÉTODOS

O estudo foi realizado no SeDiMe do HNMD, hospital de alta complexidade localizado na Zona Norte do Rio de Janeiro.

Avaliaram-se as prescrições medicamentosas apresentadas pelos usuários do SSM ao balcão do SeDiMe para dispensação. Foram fotografadas 234 prescrições utilizando um celular próprio para esta finalidade e sem acesso à internet. No momento da fotografia o nome do paciente era ocultado. Após o registro dos dados em tabela as fotografias eram apagadas. Os dados foram coletados ao longo de 1 mês entre os dias 15 de agosto e 15 de setembro de 2024.

Quanto ao período estabelecido, embora possa ocorrer influência de doenças sazonais no padrão da prescrição, a OMS considera que para fins de indicadores de qualidade de prescrição tal influência não é importante. Uma vez que os profissionais tendem a agir de forma constante ao longo de todo ano. Sendo assim, uma amostra obtida em determinado momento demonstrará basicamente os mesmos resultados que outra que envolva um período mais amplo, para fins de indicadores de qualidade de prescrição¹².

Neste trabalho, em uma primeira etapa, foram avaliadas as prescrições e, em uma segunda etapa, os medicamentos prescritos.

Para as análises da primeira etapa, dividiram-se as prescrições em dois grandes grupos, as provenientes do SSM e as Extra Marinha (E-MB). Em seguida analisou-se os dois grandes grupos sob quatro variáveis, que foram as seguintes:

- a) Se a prescrição era manuscrita ou digitada;

- b) Se a prescrição possuía ao menos um problema, que poderia ser, ilegibilidade, falta de dose, ou descrição errada do medicamento;
- c) Presença de ao menos um medicamento prescrito em nome comercial; e
- d) Quantidade média de medicamentos prescritos por prescrição médica.

Na segunda etapa, foram quantificados, em quantidades brutas de unidades farmacêuticas, dentro dos dois grandes grupos de análise:

- a) Percentual de medicamentos prescritos pela DCB e pelo nome comercial;
- b) Percentual de medicamentos prescritos padronizados e não padronizados no Sistema de Distribuição de Medicamentos (SisDiMe);
- c) Dentre os medicamentos padronizados: percentual prescrito pela DCB e o nome comercial
- d) Dentre os medicamentos não padronizados: percentual prescrito pela DCB e o nome comercial
- e) Medicamentos não padronizados mais prescritos; e
- f) Nomes comerciais mais utilizados.

Tais indicadores foram selecionados tendo em vista estudos semelhantes e padrões de qualidade indicados por organizações de saúde^{3,4,12}. A OMS sugere a utilização de indicadores de uso de medicamentos para avaliar a implantação de um programa de medicamentos essenciais. Os indicadores têm por objetivo qualificar, de maneira reprodutível, aspectos do comportamento de prestadores de assistência sanitária em centros de saúde. Os indicadores propostos pela OMS foram adaptados à realidade do SSM.

Neste trabalho, as prescrições em que era possível interpretar qual o medicamento foi prescrito, ou que o paciente informou qual seria esse, foram consideradas parcialmente legíveis. A parcial legibilidade



foi assumida devido à prática dos dispensadores e dos farmacêuticos, sendo possível definir quais medicamentos foram prescritos. Todavia, outros trabalhos assumem o critério de que as palavras devem ser lidas separadamente, sem ter acesso à dose, à doença, a outros medicamentos presentes na prescrição ou informação do paciente^{3,13}. Em tais trabalhos, caso o nome de um medicamento por si só não possa ser definido ele já deve ser considerado ilegível, uma vez que consideram que prescrições devem ser lidas, não interpretadas^{3,14}. Em Silvério *et al.*³ dois farmacêuticos recém-formados, sem experiência em farmácia ambulatorial, avaliaram as prescrições quanto à legibilidade. Neste trabalho, todavia, não havia um agente que não tivesse tido acesso prévio às prescrições, ou que não tivesse experiência prévia, para realizar a análise utilizando a mesma metodologia dos trabalhos citados. Sendo assim, seria impossível separar a leitura da interpretação pela prática do farmacêutico. Então, diferentemente de outros autores, só foram consideradas ilegíveis os itens em que, mesmo com informações adicionais, como a dose, posologia e indicação, não foi possível descobrir o que foi prescrito. Por isso, os medicamentos ilegíveis não foram dispensados. Já os itens considerados parcialmente ilegíveis são os em que o farmacêutico conseguiu entender a prescrição utilizando informações suplementares, como informação fornecida pelo paciente, dose, posologia ou indicação. Os itens que foram considerados ilegíveis, por não ser possível definir quais seriam, não foram avaliados nos critérios de utilização de nome comercial ou se eram ou não padronizados.

O critério de legibilidade deste trabalho é mais permissivo que o adotado por Silvério *et al.*³ uma vez que o critério de legibilidade foi o utilizado nas condições reais de dispensação. Durante a dispensação, tanto

os farmacêuticos quanto os técnicos de farmácia empregam esforços para compreender a prescrição e dispensar o medicamento. Tais esforços são empregados para garantir o acesso do paciente ao medicamento. No trabalho citado, a análise de legibilidade ocorreu em momento distinto da dispensação, de maneira que a inclusão da prescrição como ilegível não prejudicaria o acesso do paciente ao medicamento.

Com a finalidade de verificar a relevância estatística do estudo e a confiabilidade dos dados obtidos, definiu-se o grau de certeza da amostra em 95%. Foi presumido um desvio padrão com base na raiz quadrada de $p(1-p)$, em que p é a proporção da amostra igual a 0,5. Esse valor é frequentemente utilizado em cálculos de tamanho de amostra ou margem de erro quando não há uma estimativa prévia da proporção populacional, pois maximiza a variância, resultando em um tamanho de amostra mais conservador¹⁴. Em posse desses dados, calculou-se a margem de erro, sendo esta obtida pela multiplicação do escore Z pelo desvio-padrão (σ) dividido pela raiz quadrada do tamanho da amostra (n). O valor do escore z para um intervalo de confiança de 95% em uma distribuição bicaudal é tabelado em 1,96¹⁶.

Neste estudo foi avaliado pelo Conselho Avaliador de Projetos de Pesquisa do HNMD e, pelo parecer N° 1224, foi isento de apresentação ao Comitê de Ética em Pesquisa, não foram utilizados nem arquivados dados de pacientes.

3. RESULTADOS

Foram analisadas 234 prescrições, contendo 846 medicamentos no total. Como o valor definido do grau de certeza da amostra foi de 95%, o valor calculado de margem de erro do estudo foi de 6%.



A maioria das prescrições aviadas no SeDiMe era oriunda do SSM, sendo 221 prescrições (94,6 %) oriundas do SSM e apenas 13 (5,4%) externas (Gráfico 1). Das provenientes do SSM 43,9% eram digitais, e 56,1% eram manuscritas. Já para as E-MB 30,8% eram digitadas e 69,2% manuscritas (Gráfico 2).

Entre as 234 prescrições analisadas, 27 (11,5%) apresentaram erros. Dentre as prescrições E-MB, 15,4% traziam erros e dentre as prescrições oriundas do SSM, e 11,3% continham problemas (Tabela 1 e Gráfico 3). Quanto aos erros avaliados, observou-se que a ausência de dosagem correspondeu a 40,7% dos casos de erros, seguida por prescrições parcialmente ilegíveis (29,6%), totalmente ilegíveis (25,9%) e descrição incompleta do medicamento (3,7%) (Gráfico 4). A proporção dos erros em relação ao total de prescrições está descrita na Tabela 1.

Ao analisar o uso de nomes comerciais nas prescrições, verificou-se que 41,6% das provenientes do SSM continham ao menos um medicamento prescrito por nome comercial, percentual que se elevou para 69,2% nas prescrições E-MB (Tabela 1 e Gráfico 5).

Os medicamentos prescritos foram quantificados. Dos 846 itens prescritos 72,9 % foram prescritos na DCB e 27,1% com nome comercial (Gráfico 6). Sendo prescritos na DCB 73,8% dos itens provenientes das prescrições do SSM e 50% dos itens provenientes das prescrições E-MB (Tabela 2).

Também se verificou, que 68,2% dos itens prescritos eram padronizados no SisDiMe. Verificou-se que o uso de nome comercial para medicamentos não padronizados ocorreu em 42,0% dos casos, contra 20,1% dos medicamentos padronizados (Gráfico 6).

Foram quantificadas as ocorrências dos nomes comerciais e de medicamentos não padronizados, uma ocorrência é definida pela aparição do nome nas prescrições.

Quanto aos medicamentos não padronizados, contabilizou-se no total 269 ocorrências de medicamentos não padronizados em 148 apresentações diferentes, sendo cada apresentação correspondente a uma forma farmacêutica de um determinado fármaco (Gráfico 7). Quanto à prescrição por nomes comerciais, foram identificados 118 nomes comerciais diferentes. Entre eles, 86 tiveram apenas uma ocorrência, dezessete tiveram duas ocorrências, um foi prescrito dezesseis vezes, outro apareceu dezessete vezes e o Glifage XR (Metformina) constava em 24 prescrições (Gráfico 8).

4. DISCUSSÃO

A prescrição é a comunicação médica direcionada ao farmacêutico para a execução da terapêutica medicamentosa do paciente. A ausência ou insuficiência de informações nesse documento pode comprometer a comunicação entre os profissionais de saúde, favorecendo falhas e ocasionando erros relacionados ao uso de medicamentos. Quando a prescrição é preenchida de forma incompleta, ou dúbia, a dispensação se torna menos eficaz, o que compromete a qualidade do cuidado farmacêutico oferecido ao paciente⁵.

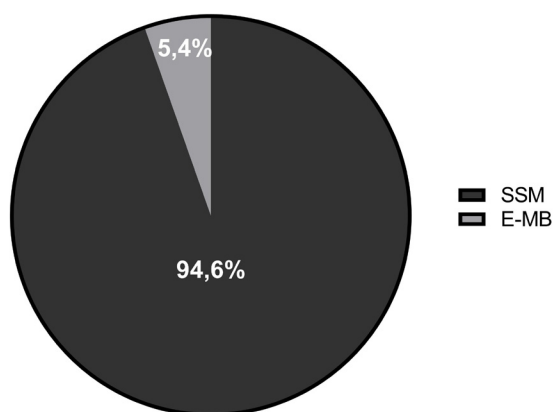
Estima-se que aproximadamente 72% dos erros em farmacoterapia têm origem no momento da prescrição, enquanto as etapas de administração (15%), dispensação (7%) e transcrição (6%) concentram os demais casos¹³.

Até este estudo, não havia um dado que demonstrasse a proporção de prescrições originadas no SSM que eram atendidas no SeDiMe. Este estudo foi pioneiro no HNMD mostrando que a maioria das prescrições são originárias do SSM. Tal fato pode ser demonstrado pela proporção de 94,6 % das prescrições oriundas do SSM e



apenas 5,4% externas (Gráfico 1). Tal resultado demonstra a integração e integralidade do SSM, uma vez que os pacientes seguem no SSM desde a consulta até a obtenção do medicamento. Um fator que pode explicar por que há tão poucas prescrições E-MB é a dificuldade de deslocamento, que faz com que os pacientes não compareçam ao HNMD apenas para terem suas prescrições aviadas. Os dados do Censo 2022 retratam que a cidade do Rio de Janeiro conta com 6.211.223 habitantes distribuídos em 1.200,329 de Km²¹⁷, além disso bairro do Lins de Vasconcelos, onde está localizado o hospital, é considerado um bairro com mobilidade ruim¹⁸.

Gráfico 1. Proporção de prescrições apresentadas ao SeDiMe classificadas por origem. Foram analisadas 234 prescrições, sendo 221 provenientes do SSM (94,6%) e 13 provenientes do sistema extra-Marinha (5,4%).

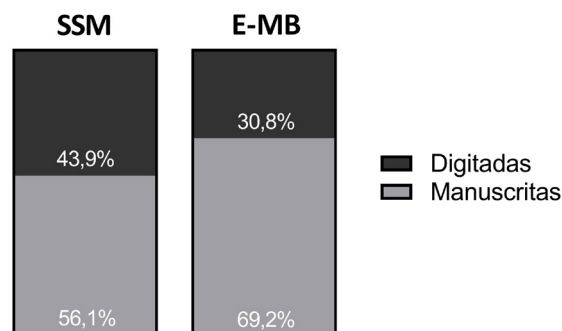


Mais um fator que pode explicar o número diminuto de prescrições E-MB é a existência do programa Farmácia Popular, do Ministério da Saúde, em que a população pode receber gratuitamente medicamentos para doze indicações, como hipertensão, diabetes, asma, osteoporose, dislipidemia, rinite, doença de Parkinson em drogarias¹⁹. Sendo assim, os usuários podem preferir ter suas prescrições aviadas em farmácias

comerciais, cadastradas no programa, localizadas próximas a seus domicílios.

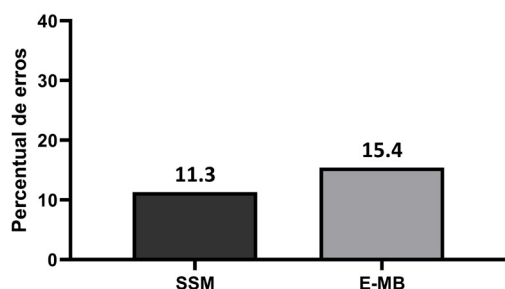
O dado de que 43,9% das prescrições vindas do SSM eram digitais contra 30,8% das E-MB (Gráfico 2) mostra que o uso de prescrições digitadas pelo SSM é superior ao externo, sugerindo que os prescritores da Marinha têm acesso mais facilitado a computadores e impressoras do que a média dos serviços externos. Vale ressaltar que o uso de prescrições digitadas é estimulado e é identificado como uma medida para evitar erros de interpretação ou dispensação⁵. Fato que corrobora o acesso dos prescritores a computadores e impressoras é que no HNMD os prontuários são 100% eletrônicos.

Gráfico 2. Comparação entre a forma (digitadas ou manuscritas) das prescrições oriundas do SSM e E-MB, 43,9% das prescrições vindas do SSM são digitais contra 30,8% das E-MB.



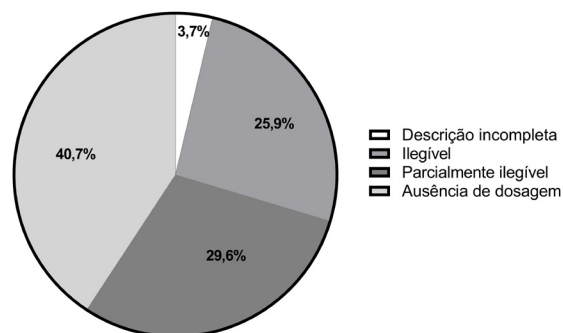
Ao analisar os percentuais de erros encontrados nas prescrições provenientes do SSM (11,5%) e nas E-MB (15,4%), pode-se assumir que os resultados são estatisticamente iguais, uma vez que a margem de erro calculada deste estudo é de 6% (Gráfico 3), de acordo com a metodologia descrita na seção de métodos. Dessa forma, não há diferença estatisticamente relevante entre a quantidade de erros detectados nos dois grupos estudados.

Gráfico 3. Frequência de prescrições com ao menos um erro. A análise dos percentuais de erros encontrados nas prescrições provenientes do SSM (11,5%) e nas E-MB (15,4%), mostram-se estatisticamente iguais, uma vez que a margem de erro calculada é de 6%.



Ao analisar a ocorrência dos erros, foi constatada que a seguinte distribuição: ausência da dosagem foi o erro mais abundante, correspondendo a 40,7% dos casos, seguida por prescrições parcialmente ilegíveis (29,6%), totalmente ilegíveis (25,9%) e descrição incompleta do medicamento (3,7%). Houve uma prescrição em que houve descrição incompleta do medicamento: foi prescrito apenas “vitamina 10.000UI”. O paciente informou que se tratava de vitamina D 10.000UI. Os percentuais de erros encontrados neste trabalho são bem menores do que os encontrados em Silvério *et al*³ estimou 68% das prescrições analisadas estavam ilegíveis ou pouco legíveis. Provavelmente, o aumento do emprego de prescrições digitadas contribuiu para o aumento das prescrições legíveis, uma vez que em 2010, ainda não havia amplo acesso às prescrições e aos prontuários eletrônicos.

Gráfico 4. Distribuição dos erros encontrados nas prescrições, foram analisadas no mesmo *pool* as prescrições provenientes do SSM e as E-MB. Os erros foram distribuídos em: ausência da dosagem, parcialmente ilegível, ilegível e descrição incompleta.



Um trabalho realizado em um hospital no Estado de São Paulo identificou que 16% das prescrições manuscritas eram ilegíveis, sendo 12,8% do total das prescrições ilegíveis, já que no hospital estudado 80% das prescrições eram manuais²⁰. Neste trabalho, foram identificadas sete prescrições ilegíveis e oito parcialmente ilegíveis, totalizando 15 prescrições com problemas de legibilidade, 6,4% do total de prescrições (Tabela1) e 11,3% das prescrições manuscritas. Ao comparar, o resultado obtido neste trabalho com o estudo citado, verifica-se que a adoção de prescrições digitadas diminuiu os problemas de legibilidade. Tais dados demonstram a importância do emprego de prescrições digitadas nos serviços de saúde do ponto de vista da segurança do paciente.

Tabela 1. Distribuição dos dados das prescrições oriundas do SSM e E-MB

	MB	E-MB	Total
Prescrições	94,6%	5,4%	100%
	221/234	12/234	N=234
Média de Medicamentos por prescrição	3,7	2,5	3,6
	814/221	32/13	846/234

(Continua...)



(Continuação)

	MB	E-MB	Total
Adesão à Lista do SisDiMe (prescrição de itens padronizados)	67,7% 551/814	81,3% * 26/32	68,2% 577/846
Prescrições na DCB	58,4% 129/234	30,8% 4/32	56,8% 133/234
Prescrições com uso de nome comercial	41,6% 92/234	69,2% 9/32	43,2% 101/234
Prescrições com ao menos um erro	11,3% 25/234	6,2% 2/32	11,5% 27/234
a) Ausência da dosagem	4,3% 10/234	3,1% 1/32	4,7% 11/234
b) Parcialmente ilegível	2,3% 7/234	3,1% 1/32	3,4% 8/234
c) Ilegível	2,3% 7/234	0	2,3% 7/234
d) Descrição incompleta	0,4% 1/234	0	0,4% 1/234

As médias de medicamentos por prescrição foram 3,7 para as prescrições advindas do SSM e 2,5 para as E-MB (Tabela 2). Tais valores são maiores do que os encontrados em Silvério *et al.*³ calculou a média de 2,2

medicamentos por prescrição. Essa diferença pode ser devida ao fato de o autor ter realizado sua análise em unidades básicas de saúde e este trabalho analisou prescrições oriundas, em sua maioria, de um hospital de alta complexidade.

Tabela 2. Distribuição dos dados dos itens apresentados em prescrições oriundas do SSM e E-MB. O item marcado com “*” é um dado aumentado pela seleção dos pacientes do que será comprado ao SisDiMe.

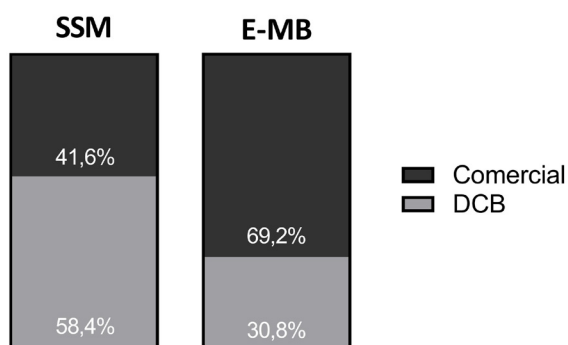
	MB	E-MB	Total
Unidades prescritas	96,2% 814/846	3,8% 32/846	100% N=846
Média de Medicamentos por prescrição	3,7 814/221	2,5 32/13	3,6 846/234
Adesão à Lista do SisDiMe (prescrição de itens padronizados)	67,7% 551/814	81,3% * 26/32	68,2% 577/846
Itens prescritos na DCB	73,8% 601/814	50% 16/32	72,9% 617/846
Itens prescritos por nome comercial	26,2% 213/814	50% 16/32	27,1% 229/846

Foi analisada a presença de prescrição utilizando nome comercial. Nas prescrições provenientes do SSM 41,6% possuíam ao menos um medicamento com nome co-

mercial, contra 69,2% das E-MB (Gráfico 5). Este dado mostra que a adesão à nomenclatura na DCB é maior entre os profissionais da MB que nos externos. Apesar de a adesão à

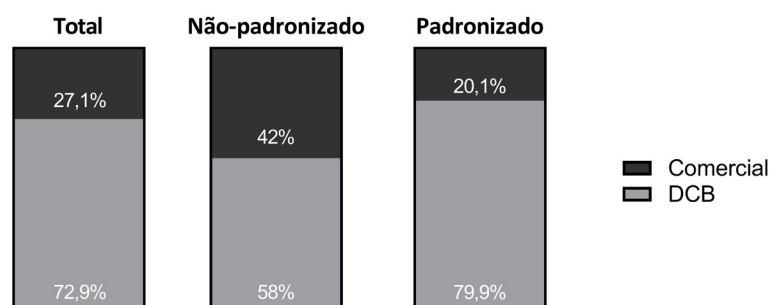
DCB ser maior entre os prescritores da MB (58,4%) que os E-MB (30,8%), ela ainda é menor que a descrita em outros estudos semelhantes. Pode-se citar o estudo conduzido em um hospital no Estado de São Paulo em que 72,4% das prescrições apresentavam-se na DCB¹⁹ e outro conduzido no Hospital Universitário da Universidade Federal de Alagoas, em que 61,4% das prescrições empregavam a DCB²¹. Sendo assim, é necessário conscientizar os prescritores do SSM a reduzirem o uso de nomes comerciais, prática que encontra respaldo na DGPM-403¹⁰.

Gráfico 5. Comparação entre as prescrições oriundas do SSM e E-MB com pelo menos um medicamento prescrito por nome comercial, em preto e as que empregavam a DCB em sua totalidade, em preto. Nas prescrições provenientes do SSM 41,6% possuem ao menos um medicamento com nome comercial, contra 69,2% das E-MB.



Os medicamentos prescritos foram quantificados, em quantidades brutas, sem fazer distinção entre os medicamentos provenientes de prescrições do SSM ou externas. Dos 846 itens prescritos 72,9 % foram prescritos na DCB e 27,1% com nome comercial (Gráfico 6). Também se verificou, utilizando a lista disponível no site da Diretoria de Saúde da Marinha (DSM)²², que 69,2% dos itens prescritos eram padronizados no SisDiMe. Nas prescrições oriundas do SSM 67,7% dos itens eram padronizados, já para as prescrições E-MB 81,3% eram padronizados (Tabela 2). Todavia, este dado não significa que os prescritores fora do SSM utilizem a lista de padronização do SeDiMe. O provável motivo da grande proporção de medicamentos padronizados nas prescrições E-MB é que os pacientes só apresentam no SeDiMe prescrições externas cujos itens integram a lista de padronização. Silvério *et al.*³ realizou uma análise similar, quantificando a adesão de prescritores de um município de Minas Gerais à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)²³, demonstrando que apenas 46,5% dos itens prescritos faziam parte da Relação. A comparação entre os dados dos dois trabalhos demonstra que os prescritores do SSM, tentam, quando possível, ater-se à lista de padronização, todavia, não é esperado, nem exequível que o SisDiMe disponha de todos os medicamentos disponíveis no mercado brasileiro.

Gráfico 6. Comparação entre as frequências do emprego da DCB e do nome comercial para os medicamentos padronizados e não padronizados no SisDiMe. Os medicamentos prescritos foram quantificados, em quantidades brutas, sem fazer distinção entre os medicamentos provenientes de prescrições do SSM ou externas.

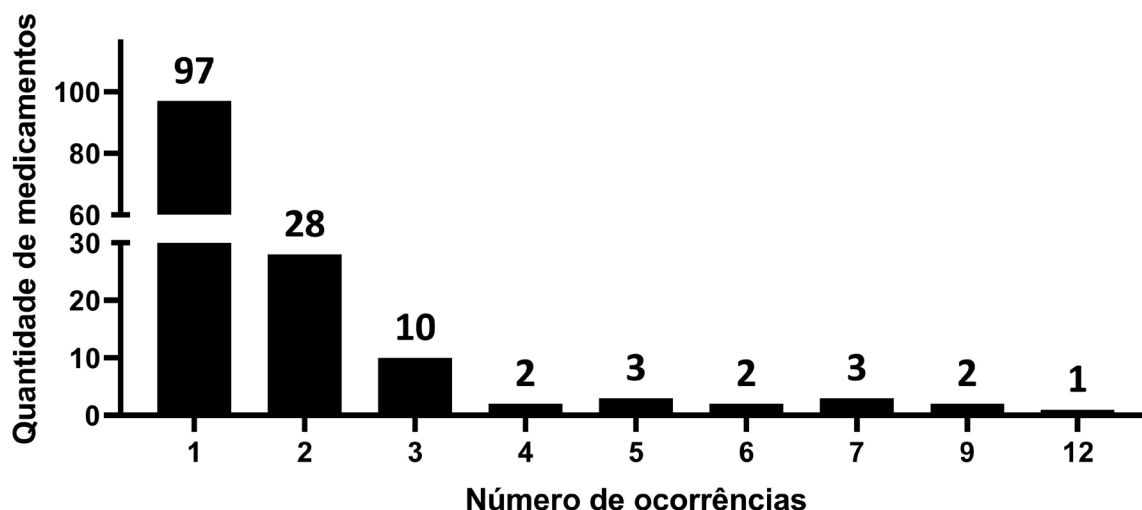


Também foi verificado se a utilização de nomes comerciais nas prescrições era maior quando se tratava de medicamento não padronizado. Verificou-se que o uso de nome comercial para medicamentos não padronizados ocorreu em 42,0% dos casos, contra 20,1% dos medicamentos padronizados (Gráfico 6). Este dado pode demonstrar que, devido ao fato de os medicamentos padronizados no SisDiMe já estarem estabelecidos no mercado há mais tempo, os prescritores possuem maior conhecimento do nome do princípio ativo. Ademais, por muitos serem medicamentos que já estavam bem estabelecidos na prática clínica durante a formação dos profissionais, estes estudaram farmacologia com o nome das substâncias, e dessa maneira optam por prescrever na DCB. Contudo, é importante ressaltar que 20,1% de ocorrências de

nomenclatura comercial em medicamentos padronizados é um número ainda muito alto. O emprego de nomenclatura comercial é um risco à segurança do paciente^{7,8} e conforme preconizado pela DGPM-403, deveria ser zero dentro do SSM¹⁰.

Com a finalidade de subsidiar a DSM quanto à adequabilidade da lista do SisDiMe às necessidades dos usuários do SSM, foram quantificadas as ocorrências dos medicamentos não padronizados prescritos. Dentre as 269 ocorrências de prescrição de medicamentos não padronizados, foram registrados 148 medicamentos não padronizados diferentes. Desses, 97 ocorreram uma única vez, 28 ocorreram duas vezes (Gráfico 7). Dois medicamentos ocorreram nove vezes e um medicamento (metoprolol 25 mg) foi detectado em doze prescrições.

Gráfico 7. Frequência da ocorrência de medicamentos não padronizados nas prescrições. Foram quantificadas as ocorrências em prescrições dos medicamentos não padronizados no SisDiMe. Das 269 ocorrências de medicamentos não padronizados, foram registrados 148 medicamentos não padronizados diferentes, com 97 ocorrendo uma vez e um medicamento foi detectado em 12 prescrições.



A Tabela 3 apresenta todos os medicamentos que apresentaram quatro ou mais ocorrências, pois são medicamentos que possuem potencial de estudo de inclusão na

lista do SisDiMe. Os itens marcados com “*” foram incluídos na lista de padronização do SisDiMe entre o levantamento dos dados e a publicação deste estudo, estando atualmente,

em processo de aquisição para disponibilização para os usuários do SSM. Dessa maneira, fica evidenciado que os dados coletados neste trabalho corroboram com as necessidades do sistema e podem subsidiar com informações adicionais ao SSM.

Tabela 3. Medicamentos não padronizados mais prescritos. Estão apresentados os medicamentos que apresentaram quatro ou mais ocorrências. Os itens marcados com “*” foram incluídos na lista de padronização do SisDiMe entre o levantamento dos dados e a publicação deste estudo.

Quantidade de ocorrências	Medicamento
11	Metoprolol 25 mg
9	Dapaglifozina 10 mg*
9	Ezetimiba 10 mg
7	Acetilcisteína 600mg*
7	Bisoprolol 5 mg*
7	Pantoprazol 40 mg
6	Pantoprazol 20 mg*
5	Atorvastatina 40 mg
5	Bisoprolol 10 mg
5	Domperidona 10 mg
5	Metoprolol 50 mg
4	Donepezila 10 mg
4	Valsartana 200 mg

Com o propósito de verificar quais os nomes comerciais mais utilizados as ocorrências foram tabeladas e identificou-se 118 nomes diferentes, 86 tiveram apenas uma ocorrência (Gráfico 8), dois, Aradois (Losartana) e Vastarel (Trimetazidina), tiveram oito ocorrências. O medicamento Daflon (Diosmina + Hesperidina) foi prescrito dezesseis vezes. Já Selozok (Metoprolol) apareceu dezessete vezes. O medicamento mais prescrito pelo nome comercial foi o Glifage XR (Metformina) (Tabela 4). Tais achados levantam preocupação, pois tratam-se medicamentos que já estão estabelecidos no mercado há mais de dez anos, já possuindo genéricos. Sendo assim, esses deveriam ter sido prescritos pela nomenclatura DCB. Ademais, três dentre esses são medicamentos para o tratamento da hipertensão arterial e um para diabetes, patologia em que é comum que os pacientes sejam polimedicados²⁴.

A vitamina D foi prescrita por nome comercial sete vezes, aparecendo com os nomes MilDe, Addera D3, Dprev, Alta D. Tal fato levanta o questionamento de qual seria a vantagem para o paciente utilizar uma vitamina de determinado fabricante específico.

Gráfico 8. Frequência da ocorrência de nomenclatura comercial nas prescrições. Foram quantificadas as ocorrências em prescrições de nomes comerciais. Identificou-se 118 nomes comerciais diferentes com 86 com uma ocorrência e um que apresentou 24 ocorrências.

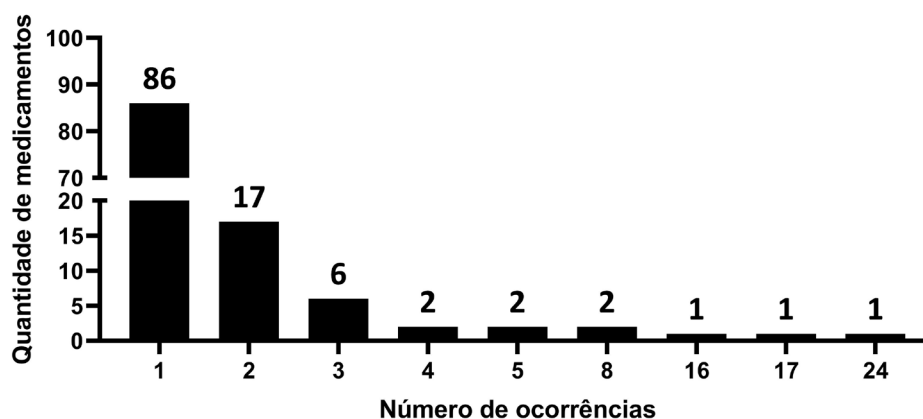




Tabela 4. Medicamentos mais prescritos por nome comercial. São apresentados os medicamentos que tiveram 4 ou mais ocorrências.

Quantidade de ocorrências	Nome comercial	DCB	Padronizado?
24	Glifage XR 500 mg	Metformina 500mg	sim
17	Selozok 100 mg	Metoprolol domi mg	não
16	Dafлон 450+50mg	Diosmina 450mg + Hesperidina 50mg	sim
8	Aradois 25 mg	Losartana 25 mg	não
8	Vastarel MR 35 mg	Trimetazidina 35 mg	sim
5	Forxiga 10 mg	Dapaglifozina 10 mg	não
5	Floratil 200 mg	Saccharomyces boulardii 200 mg	sim
4	Entresto 200 mg	Sacubitril + Valsartana 97/103 mg	não
4	Puran 100 mcg	Levotiroxina 100 mcg	sim

5. CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam que, embora haja avanços significativos no uso de prescrições digitalizadas no HNMD, ainda persistem desafios relevantes relacionados à adesão plena ao uso da DCB e à eliminação do emprego de nomes comerciais no âmbito do SSM. A presença de erros de prescrição, sendo o erro mais comum a falta de dosagem, demonstra a necessidade contínua de estratégias educativas voltadas aos prescritores com a finalidade de fortalecer a segurança do paciente.

Observou-se também que a digitalização das prescrições contribui para maior legibilidade e redução de falhas, confirmando a importância de expandir esse recurso como prática institucional consolidada, expandindo-a para as outras OMFMs do SSM. Entretanto, a persistência da utilização de nomes comerciais pelos prescritores, que é ainda mais pronunciada para os medicamentos não padronizados, apontando para a necessidade de ações de educação continuada, com o objetivo de sensibilizar os prescritores quanto à importância do emprego da DCB nas prescrições. Também foi possível verificar que a lista do SisDiMe parece atender bem às necessidades dos usuários, sendo uma sugestão

de inclusão em uma futura revisão periódica os fármacos: Metoprolol 25 mg e Ezetimiba 10 mg, uma vez que Dapagliflozina, Acetilcisteína, Bisoprolol e Pantoprazol foram incluídos no início de 2025.

Para o fortalecimento da AF no âmbito do SSM, maior segurança dos pacientes e uso racional de medicamentos, além de ações integradas, que envolvam a atualização das listas de padronização, investimentos em prescrição eletrônica e programas de educação continuada voltados aos profissionais de saúde, é necessário o monitoramento constante das ações de AF. Sendo assim, seria interessante que os SeDiMe adotassem indicadores de qualidade de prescrição como o percentual de prescrições com erros e quais seriam esses erros, que podem ser categorizados em: ilegíveis, parcialmente legíveis, falta de dose, descrição incompleta, emprego da prescrição ou notificação de receita errada. Tais indicadores têm a finalidade de orientar os gestores do SSM a produzirem ações de educação continuada para dirimir a ocorrência de tais falhas.

Outra medida que poderia ser interessante seria, aproveitar o sistema de prontuário e de prescrição eletrônica hospitalar já existente no HNMD e empregá-lo na confecção de prescrições ambulatoriais. Dessa maneira,



além do registro do histórico de prescrições do paciente ao longo de sua vida, o registro também geraria dados para subsidiar ações de melhoria no SisDiMe. Todas essas medidas em conjunto têm o potencial de ampliar a segurança do paciente, otimizar recursos e consolidar o compromisso da Marinha do Brasil com a qualidade da atenção à saúde de seus usuários.

REFERÊNCIAS

1. Elliott RA, Camacho E, Campbell F, Jankovic D, Martyn St James M, Kaltenthaler E, et al. Economic analysis of the prevalence and clinical and economic burden of medication errors in England. *BMJ Quality & Safety*. 2021;30(2):96–105 [cited 2025 ago 31]. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/content/30/2/96.abstract>
2. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. [cited 2025 ago 31]. Available from https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html
3. Silvério MS, Leite ICG. Qualidade das prescrições em município de Minas Gerais: uma abordagem farmacoepidemiológica. *Rev Assoc Med Bras*. 2010;56:675–80. [cited 2025 ago 31]. Available from <https://www.scielo.br/j/ramb/a/ZrkyXLtZCwx-tpKmJWWMyLfb/?format=html&lang=pt>
4. World Health Organization. Global Patient Safety Challenge: medication without harm. Geneva: WHO; 2017.[cited 2025 ago 31]. Available from <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2017.6>
5. Osmani F, Rezaee R, Akbari A, Zarei L, Rahimi N. Evaluation of the effectiveness of electronic prescription in reducing medical and medication errors: systematic review study. *Ann. Pharm. Fr*. 2023;81(5):433–45. [cited 2025 ago 31]. Available from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003450922001602>
6. Ministério da Saúde (BR); Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Protocolo de Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Brasília: MS; ANVISA; FIOCRUZ; FHEMIG; 2013. [cited 2025 ago 31]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003450922001602>
7. Conselho Federal de Farmácia (BR). Manual de equivalência e correção. Brasília: CFF; 2017. [cited 2025 ago 31]. Available from https://cff.org.br/userfiles/manual%20de%20equivalência%20e%20correção_WEB.pdf
8. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Diário Oficial da União, Brasília; 1999. p. 1–4. [cited 2025 ago 31]. Available from https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19787.htm
9. Conselho Federal de Medicina (BR). Manual de orientações básicas para prescrição médica. 2. ed. rev. e ampl. Brasília: CRM-PB; CFM; 2011. [cited 2025 ago 31]. Available from <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/cartilhaprescri-med2012.pdf>
10. Diretoria Geral do Pessoal da Marinha (BR). DGPM-403. Normas sobre medicamentos, material de saúde e utilização de sangue na Marinha do Brasil. 4. ed. rev. Brasília: Marinha do Brasil; 2022. [cited 2025 ago 31]. Available from <https://www.marinha.mil.br/sites/www.marinha.mil.br.dsm/files/DGPM-403.pdf>



11. Ministério da Saúde (BR); Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC 391, de 9 de agosto de 1999. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília; 1999. [cited 2025 ago 31]. Available from https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/1999/res0391_09_08_1999.html
12. Organização Mundial da Saúde - OMS. Como investigar o uso de medicamentos em serviços de saúde: indicadores selecionados do uso de medicamentos. Genebra: OMS; 1993. [cited 2025 ago 31]. Available from <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a321bc37-a5b2-4d3f-b2c1-5ff087ccfcce/content>
13. Winterstein AG, Johns TE, Rosenberg EI, Hatton RC, Gonzalez-Rothi R, Kanjanarat P. Nature and causes of clinically significant medication errors in a tertiary care hospital. *Am J. Health. Syst. Pharm.* 2004;61(18):1908–16. [cited 2025 ago 31]. [cited 2025 ago 31]. Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15487880/>
14. Rosa MB, Perini E, Anacleto TA, Neiva HM, Bogutchi T. Legibilidade de prescrições médicas com medicamentos potencialmente perigosos em um hospital de Belo Horizonte. *Rev. Bras. Farm. Hosp Serv Saúde.* 2003;2:22–8. [cited 2025 ago 31]. Available from <https://www.scielo.br/j/rsp/a/XwLXkGKCS9g5wTTNtL6nXSh/?format=html&lang=pt>
15. Penn State University (US). Standard deviation formula. [cited 2025 ago 31]. Available from: <https://online.stat.psu.edu/stat509/book/export/html/660>
16. Crafton Hills College (CA). Distribution tables: normal, student-t, chi-squared. [cited 2025 ago 31]. Available from: https://www.craftonhills.edu/current-students/tutoring-center/mathematics-tutoring/distribution_tables_normal_studentt_chisquared.pdf
17. Prefeitura do Rio de Janeiro (BR). Censo demográfico 2022: população e domicílios por bairros, RAs e Aps. [cited 2025 ago 31]. Available from: <https://www.data.rio/apps/PCRJ::censo-demografico-2022-populacao-e-domicilios-por-bairros-ras-e-aps/about>
18. Índice de Bem-Estar Urbano – IBEU. Observatório das Metrôpoles. IBEU: Rio de Janeiro [Internet]. [cited 2025 ago 31]. Available from: <https://ibeu.observatoriodasmetrosoles.net.br/ibeu-rio-de-janeiro/>
19. Ministério da Saúde (BR). Farmácia Popular. [cited 2025 ago 31]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/farmacia-popular>
20. Rezende LHO, Costa ML, Soares ACL, Martins WDR, Souza LFC, Santos ALC. Prescrição de medicamentos: uma análise para a implantação da prescrição eletrônica ambulatorial. *Rev Eletron Acerv Saúde.* 2020;12(9):e3638. [cited 2025 ago 31]. Available from <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3638>
21. Wanderley VE, Maia JA, Vilela RQB. A prescrição medicamentosa ambulatorial no internato: formação e prática. *Rev Bras Educ Med.* 2010;34:216–26. . [cited 2025 ago 31]. Available from <https://www.scielo.br/j/rbem/a/nMkF5H8NwtNCj45sBkFwfcb/?format=html&lang=pt>
22. Saúde Naval (BR). Medicamentos disponíveis no SeDiMe [Internet]. [cited 2025 ago 31]. Available from: <https://www.marinha.mil.br/saudenaval/medicamentos-disponiveis-sedime>



23. Ministério da Saúde (BR). Relação nacional de medicamentos essenciais [Internet]. [cited 2025 ago 31]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_2024.pdf

24. Mukete BN, Ferdinand KC. Polypharmacy in older adults with hypertension: a comprehensive review. *J. Clin. Hypertens.* 2016;18(1):10–8. [cited 2025 ago 31]. Available from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jch.12624>



O clube de vantagens da Família Naval

NOSSOS PARCEIROS:



TOTAL **PASS**



vale bonus
by CRMBonus

Clube de
VANTAGENS
EMPÓRIO NAVAL



**E MUITO
MAIS!**

**CONHEÇA O
MARKETPLACE DO
EMPÓRIO NAVAL**

www.loja.emporio-naval.com.br



emporionaval



emporionaval



Empório Naval

