

Estudo das prescrições de medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde de Coronel Fabriciano - MG, quanto aos preceitos legais*

Medicines prescriptions study in Basic Health Centers at the Coronel Fabriciano city, Minas Gerais, Brazil, as legal precepts

Analina Furtado Valadão¹, Karleyla Fassarela Firmino¹, Ana Laura de Paiva Moreira¹, Gabriela Domingues Castro¹, Gisele Fernandes Loures², Rilke Novato Públio³, Matheus Philippe Teixeira de Sena¹ & Carla de Aredes Brum¹

RESUMO – O objetivo deste estudo foi investigar os erros que envolvem a redação da prescrição médica através da análise dos receituários obtidos nas Unidades Básicas de Saúde de Coronel Fabriciano-MG. As análises foram realizadas antes e após à ação de conscientização direta do prescritor sobre a importância do cumprimento das recomendações legais para a redação de prescrições de medicamentos. Na primeira fase, apenas 4,64% dos receituários não continham erros e na terceira fase esse valor foi de 5%. Os demais erros distribuídos por fases (1ª e 3ª, respectivamente) foram: ausência de carimbo e CRM (22% e 27%), prescrição utilizando nome de fantasia (23% e 28%), ausência de via de administração (27% e 24%), ausência de forma farmacêutica (12% e 10%), ausência de concentração (67% e 78%), ausência de tempo de tratamento (79% e 81%) e ausência de posologia (1% e 3%). Este estudo revela que são significativos os erros em prescrições médicas e que a ação de conscientização do prescritor não resultou em diminuição dos erros.

PALAVRAS-CHAVE – *Alternanthera sessilis*, *Alternanthera tenella*, planta medicinal, anatomia foliar.

SUMMARY – The aim of this study was to investigate the mistakes in written medical prescription by the prescriptions analysis at the Basic Health Centers from Coronel Fabriciano, Minas Gerais state. The analysis were made before and after direct action awareness for who prescribes about its importance to accomplish the recommendations out that must be written in the prescription. In the 1st phase, only 4.64% prescriptions did not show mistakes and in the 3rd phase, this number was 5%. The other mistakes distributed by phases (1st and 3rd, respectively) were: stamp and CRM absence (22% and 27%), trade name usage (23% and 28%), administration route absence (27% and 24%), pharmaceutical form absence (12% and 10%), concentration absence (67% and 78%), time absence treatment (79% and 81%), posology absence (1% and 3%). This study shows that the mistakes are significant in medical prescription and also the awareness action for who prescribes did not decrease the mistakes.

KEYWORDS – Prescription, mistakes, notification, prescripitor.

INTRODUÇÃO

Novas tecnologias diagnósticas e terapêuticas são cada vez mais utilizadas, melhorando a qualidade assistencial e aumentando a expectativa de vida. No entanto, eventos adversos relacionados à assistência ao paciente, especialmente os erros de medicação, são cada vez mais conhecidos, contribuindo com o aumento de riscos e agravos à saúde. No setor saúde, os medicamentos representam um instrumento essencial para a capacidade resolutiva dos serviços prestados, representando o segundo maior gasto dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), perdendo apenas para os recursos humanos (GIROTO & SILVA⁵).

Em 1985, a Organização Mundial de Saúde convocou importante conferência sobre o Uso Racional de Medi-

camentos onde foram discutidos os fatores que se entrelaçam para se obter o uso racional de medicamentos. Esses fatores compreendem a prescrição apropriada, a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis, a dispensação em condições adequadas, o consumo nas doses e período de tempo indicado e nos intervalos definidos para a utilização de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE⁹).

O atendimento adequado prestado a um paciente que utiliza medicamentos tem início com a prescrição médica. É importante que, ao ser elaborado, o receituário seja claro e legível para que não ocorram erros de interpretação por parte do paciente ou da equipe que venha a atendê-lo. Prescrições mal feitas podem gerar interpretações equivocadas. A prescrição médica é um documento escrito que reflete o resultado do raciocínio clínico. Elaborada a partir da histó-

Recebido em 16/4/2008

*Estudo realizado nas Unidades Básicas de Saúde no Município de Coronel Fabriciano-MG e no Centro Universitário do Leste de Minas Gerais, com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

¹Curso de Farmácia do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais- UnilesteMG.

²Curso de Letras e Ciências Biológicas do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais- UnilesteMG.

³Federação Nacional dos Farmacêuticos- FENAFAR

ria e do exame físico do paciente, a prescrição permite avaliar a qualidade do atendimento, contribuindo para a otimização do resultado clínico e dos recursos destinados a atenção à saúde (BERIA³).

Estudos realizados estimam que os custos relacionados com a morbidade e mortalidade nos EUA, devido ao uso equivocado de medicamentos, estejam em torno de 136 bilhões de dólares ao ano (JOHNSTON & BOOTMAN⁶) e que as reações adversas às drogas situaram-se como a 5ª maior causa de morte, em 1994, nos hospitais americanos (LAZAROU & cols⁷).

A avaliação da racionalidade da prescrição médica, através dos estudos de utilização de medicamentos, é uma prática utilizada há muitos anos em hospitais da Europa e dos EUA, sendo recomendada como ferramenta para a avaliação da qualidade do serviço prestado para a comparação dos padrões de prescrição médica e para a redução do custo de hospitalização (JOHNSTON & BOOTMAN; LAZAROU & cols; BATES & cols^{6,7,1}).

Apesar dos sistemas informatizados para a prescrição de medicamentos serem um instrumento importante para minimizar os erros relacionados à prescrição, o seu uso ainda não é comum. Estima-se que, nos Estados Unidos, no ano de 1998, somente 1% das prescrições foi feita pelos médicos utilizando computadores (SCHIFF & RUCKER¹¹).

Nos últimos anos, os avanços alcançados nas diferentes etapas do ciclo de assistência farmacêutica foram inúmeros. No entanto, houve pouca evolução na dispensação de medicamentos que compreende etapas fundamentais como a análise da prescrição médica quanto à legibilidade, dados do paciente, dados do prescritor e posologia. No tocante ao aspecto legal da prescrição, a Lei Sanitária n.º 5991/73, em seu artigo 35, trata das exigências quanto à legibilidade, nomes dos medicamentos por extenso, dosagem, posologia, data e assinatura do profissional prescritor. De acordo com o Decreto-Lei n.º 271/2002, de 1º de Janeiro de 2003, que regulamenta a lei n.º 9787/99, é obrigatória a prescrição do medicamento por Denominação Comum Brasileira (DCB) ou na inexistência desta, a denominação comum Internacional (DCI) nos serviços públicos de saúde de todo o País. A prescrição de medicamentos nesses serviços deve conter: nome completo do paciente; identificação do prescritor através do nome completo; número de inscrição em conselho de classe correspondente à sua profissão; assinatura; data da emissão; identificação dos medicamentos com o nome genérico, forma farmacêutica, concentração, via de administração, dose, intervalo de administração, duração do tratamento e quantidade prescrita.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi investigar os erros que envolvem a redação da prescrição médica, através da análise dos receituários obtidos nas Unidades Básicas de Saúde de Coronel Fabriciano-MG, em relação às recomendações e legislação exigidas pelo SUS (Sistema Único de Saúde).

METODOLOGIA

Tratou-se de estudo descritivo realizado nas Unidades Básicas de Saúde (atenção primária) do Município de Coronel Fabriciano - Minas Gerais. A fonte de pesquisa deste estudo foram as prescrições de medicamentos dispensa-

das em 6 das 13 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município.

O estudo foi dividido em três fases. A primeira fase consistiu na coleta de dados, através da análise direta das prescrições de medicamentos nas farmácias das UBS. Para a coleta dos dados foi utilizado um formulário estruturado com itens fechados. Essa fase ocorreu nos meses de março, abril e maio de 2007. A análise deu-se pela avaliação das prescrições de medicamentos com base nas exigências legais previstas e em vigor em nosso País, a saber: Lei Sanitária n.º 5991/73, Portaria n.º 344/98 e Resolução n.º 357/01, todas dispostas sobre normas legais e regulamentações para a prescrição de medicamentos.

Classificou-se cada item analisado como Presente (P), Ausente (A) ou não possível identificar (NPI). Os dados coletados foram agrupados em tabelas e gráficos e utilizados na segunda fase. Os objetivos da segunda fase foram: relatar sobre a pesquisa realizada, mostrar os resultados obtidos e conscientizar os médicos que atendem nas Unidades Básicas de Saúde avaliadas sobre a legislação acerca da redação de prescrições de medicamentos. Foram feitas visitas aos 57 (cinquenta e sete) em um universo de 60 (sessenta) médicos que atendem nas UBS em estudo.

A terceira fase consistiu em nova coleta de dados através da análise direta das prescrições nas mesmas UBS com os mesmos objetivos da primeira fase. Essa fase ocorreu nos meses de julho, agosto e setembro de 2007. Os resultados obtidos na 1ª e 3ª fases foram comparados com o intuito de avaliar o impacto das visitas feitas aos médicos das UBS visitadas.

Foram analisadas as receitas dispensadas durante o tempo de permanência do pesquisador na UBS. Não houve contato direto com o paciente, sendo o acesso somente às receitas. Os dados coletados foram expressos na forma de porcentagem e analisados de forma descritiva por meio de tabelas e gráficos. Para a análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva. Neste estudo foi garantido o anonimato dos pacientes e médicos, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Este estudo incluiu a análise de erros em prescrições antes e após a visita de notificação de erros ao prescritor das UBS de Coronel Fabriciano. No total, a primeira fase do estudo incluiu a análise de 1.919 receitas e a terceira fase um total de 1.517. A quantidade de tipos de medicamentos presentes nas prescrições da primeira e terceira fase foram respectivamente 4.399 e 3.320 medicamentos, sendo em média 2,29 medicamentos por receita na primeira e 2,18 na terceira fase.

A análise dos receituários, segundo erros totais na primeira fase, (Figura 1) revelou que apenas 4,64% dos receituários não continham erros. Em 69,36% das prescrições foi possível detectar de 1 a 3 erros, 25,59% apresentaram de 4 a 6 erros e 0,42% apresentaram mais de 6 erros. Não houve alteração significativa na distribuição de erros na terceira fase do estudo quando comparada à primeira (5% ausência de erros, 69% 1 a 3 erros e 26% 4 a 6 erros).

Os itens obrigatórios, como nome do paciente e assinatura do médico foram encontrados em 100% dos receituários nas duas fases do projeto. Entretanto, houve

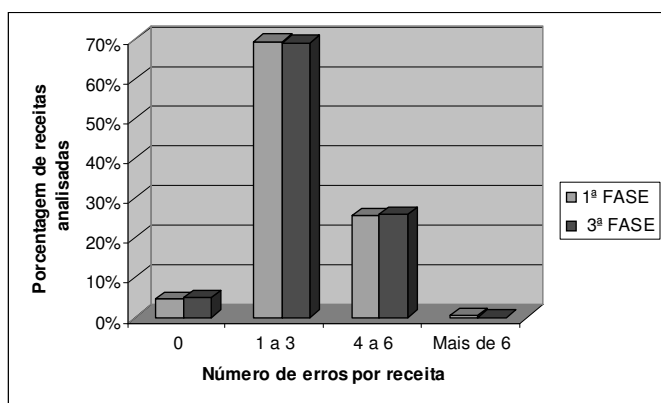


FIG. 1 - Análise comparativa entre a 1ª e 3ª fase do estudo, segundo números de erros detectados nos receituários. Os dados foram representados como porcentagem do total de receituários analisados.

um aumento significativo na ausência do carimbo do prescritor e presença do número de inscrição no Conselho Regional de Medicina (CRM) (Tabela I) após a visita aos médicos. Os dados da primeira fase mostram que 22% das receitas não apresentavam carimbo e número do CRM, enquanto que na terceira, esses dados estavam ausentes em 27%.

TABELA I

Análise comparativa entre a primeira e terceira fase do estudo, segundo os tipos de erros detectados nos receituários. Os valores estão representados como porcentagem (%) do total de receituários analisados

Parâmetros analisados	1ª fase	3ª fase
Ausência de Carimbo e CRM	22	27
Prescrição utilizando Denominação Comum Brasileira (DCB)	76	71
Ausência de indicação de Via de administração	27	24
Ausência de indicação de Forma farmacêutica	12	10
Ausência de indicação de Concentração	67	78
Ausência de indicação de Tempo de tratamento	79	81
Ausência de indicação de Posologia	1	3

Neste estudo também foram avaliados itens da prescrição relacionados a medicamentos tais como: denominação do medicamento, via de administração, forma farmacêutica, concentração, tempo de tratamento e posologia. Identificou-se na primeira fase que 76% dos medicamentos foram prescritos pela Denominação Comum Brasileira (DCB), 23% com o nome de fantasia e 1% não foi identificado o nome do medicamento. Houve alterações significativas na terceira fase, onde 71% dos medicamentos foram prescritos pela DCB, 28% com o nome de fantasia e em 1% não foi possível identificar. A indicação da via de administração avaliada na primeira fase, estava presente em 71% dos receituários, ausente em 27% e não foi possível identificar em 2%, sendo estes dados semelhantes aos da terceira fase: 73% presente, 24% ausente e 3% não ser possível identificar (Tabela I).

A análise dos receituários, segundo a ausência da forma farmacêutica, mostrou que este item obrigatório nos receituários estava ausente em 12% (1ª fase) e 10% (3ª fase) das receitas. Em relação à concentração do medicamento, 67% (1ª fase) e 78% (3ª fase) das prescrições não conti-

nham essa informação, sendo estatisticamente maior a ausência da indicação da concentração na terceira fase.

Na primeira fase de coleta de dados, o tempo de tratamento e a posologia não foram mencionados em 79% e 1% dos receituários, respectivamente. Não houve alteração significativa destes valores na terceira fase (Tabela I).

DISCUSSÃO

Os dados descritos na Figura 1 revelam o grande número de erros relacionados à redação das prescrições médicas retidas nas UBS de Coronel Fabriciano. Esses erros, algumas vezes, resultam em impossibilidade de dispensação tornando-se necessário o retorno do paciente ao médico resultando atraso para o início do tratamento. Erros nas prescrições podem levar a erros e em demora no momento da dispensação de medicamentos o que acarreta a formação de filas e impaciência por parte do usuário. A média de medicamentos prescritos, por receita, está dentro do aceitável para a OMS que considera 1,3 a 2,2 medicamentos por prescrição, um resultado sem tendência a polimedicação (WORLD HEALTH ORGANIZATION¹⁵). Esse valor é compatível com o encontrado em nosso estudo, que foi de 2,29 e 2,18 nas fases 1 e 2, respectivamente. Valores próximos também foram encontrados em outros municípios do Brasil, como Ribeirão Preto (2,4), Fortaleza (2,2), Araquara (1,8), Londrina (2,2) (LOPES & cols; SANTOS & NITRINI; SIMÕES & FEGADOLLI^{8,10,12}) que mesmo com realidades diferentes apresentaram resultados que se assemelham aos deste estudo.

O Decreto-Lei n.º 271/2002 determina a obrigatoriedade da prescrição por denominação comum internacional (DCI) ou nome genérico para os medicamentos contendo substâncias ativas para as quais existam medicamentos genéricos autorizados, nos serviços públicos de saúde de todo o País. A não observância dessa lei pode ser constatada, uma vez que, apenas 76% (1ª fase) e 71% (3ª fase) dos medicamentos foram prescritos pela denominação genérica. Este resultado é semelhante ao encontrado em um município no norte do Paraná (70,2%) (GIROTO & SILVA⁵). Em outros trabalhos realizados no Brasil, valores ainda maiores foram encontrados, como em Campo Grande (84,3%) (CUNHA & cols⁴). Apesar da legislação sobre genéricos vigorar desde 1999, suas recomendações ainda não são seguidas pelos prescritores.

Outros dados, como ausência significativa de informações relacionadas à concentração do medicamento (67% e 78%), tempo de tratamento (79% e 81%), ausência da indicação da via de administração (27% e 24%), forma farmacêutica (12% e 10%) na primeira e terceira fases, respectivamente, observadas neste estudo sugerem a necessidade urgente de implantação de um sistema eficaz que garanta uma prescrição segura. Esses itens permitem a identificação correta de dados importantes na terapia medicamentosa e a ausência de qualquer um deles pode resultar em sérios danos à saúde.

Com a entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 271/2002 em 1º de Janeiro de 2003, que regulamenta a lei n.º 9787/99, a receita de medicamentos, para ser aviada, deve conter entre outros itens: nome completo do paciente, identificação do prescritor, número de inscrição no CRM/CRO, assinatura e data da emissão. Dos dados apresentados nas receitas, a ausência de carimbo e CRM (22% e 27%) na

primeira e terceira fases, respectivamente, chama a atenção, podendo ser atribuídos ao esquecimento por parte do médico ou mesmo ao tempo reduzido para cada paciente nas consultas. Um fator positivo foi a constatação da assintomatização dos médicos em 100% dos receituários.

Os erros na redação das prescrições médicas (medicamento errado, dosagem excessiva, dosagem insuficiente, ausência de orientações relevantes para o paciente, dentre outros), podem gerar conseqüências clínicas significativas e resultar em Reações Adversas ao Medicamento.

Alguns estudos indicam a gravidade das conseqüências geradas por prescrições errôneas ou inadequadas. VINCER & cols¹³ mostraram que 20% dos erros de prescrição cometidos por médicos resultaram em sérios incidentes. ZANGWILL & cols¹⁴ estimaram que, em cada 10 pacientes admitidos em hospital, um está em risco para erro de medicação potencial ou efetivo.

Um estudo feito na Universidade de Harvard (EUA), onde foi analisada retrospectivamente a incidência de efeitos adversos produzidos por medicamentos num período de 6 meses, apontou que, das 4.031 admissões hospitalares estudadas, foram detectados efeitos adversos em 6,5% dos casos e identificados potenciais efeitos adversos antes da administração do medicamento em 5,5%. Segundo BATES & cols¹, os efeitos adversos levaram ao óbito em 1% das admissões; ofereceram risco de vida em 12%; e 30% foram considerados graves. O que chama a atenção é o fato de que, desses efeitos adversos, 28% foram considerados como passíveis de prevenção durante a fase da prescrição do medicamento. É importante salientar que efeitos adversos a medicamentos não estão relacionados apenas a erros de prescrição, mas a uma série de outros fatores, incluindo fatores genéticos do indivíduo.

CONCLUSÃO

É indiscutível a importância de estudos que mostrem o descaso dos médicos no ato da redação da prescrição de medicamentos. Este estudo demonstra um significativo número de erros encontrados nas prescrições. Os tipos de erros encontrados sugerem a necessidade urgente de medidas que garantam a qualidade de prescrições adequadas e proporcionem uma melhor qualidade assistencial ao paciente no município. Os resultados desta pesquisa são preocupantes e sugerem a fragilidade dessa fase tão importante do processo de comunicação entre médico-paciente-farmacêutico. Sem dúvida, este estudo ao permitir um maior conhecimento do padrão de prescrição local, possibilitará um melhor gerenciamento da assistência farmacêutica visando à melhoria na qualidade de atendimento ao paciente.

AGRADECIMENTOS

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) que proporcionou o desenvolvimento da pesquisa intitulada "Sistema de notificação de erros em prescrições destinadas às Unidades Básicas de Saúde de Coronel Fabriciano: um veículo de comunicação entre farmacêuticos e a equipe médica", que gerou este artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BATES, D.W & *et al.* Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. *JAMA.*, 274: 29-34, 1995.
2. BATES, D.W & *et al.* The costs of adverse drug events in hospitalized patients. *JAMA.*, 277: 307-311, 1997.
3. BERIA, J.U. *Prescrição de Medicamentos.* In: DUNCAN, B.B & *et al.* Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1996, p.54-56.
4. CUNHA, M.C.N.; ZORZATTO, JR & CASTRO, L.L.C. Avaliação do uso de medicamentos na rede pública municipal de Campo Grande-MS. *Ver. Bras. Ciên. Farmacêutica.* 38: 317-27, 2002.
5. GIROTTI, E & VIEIRA, P da SILVA. A prescrição de em um município do Norte do Paraná. *Rev. Bras. Epidemiol.*, 9(2): 226-34, 2006.
6. JOHNSTON, J.A & BOOTMAN, J.L. Drug-related morbidity and mortality: a cost of illness model. *Arch. Intern. Med.*, 155: 1949-56, 1995.
7. LAZAROU, J.; POMERANZ, B.H. & COREY, P.N. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients. *JAMA.*, 279: 1200-05, 1998.
8. LOPES, A.E.C & *et al.* Drug use of evaluation in health services in Fortaleza, Brasil. *INRUD*; 6: 17, 1996.
9. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [OMS]. *Como investigar el uso de medicamentos en los servicios de salud. Indicadores seleccionados del uso de medicamentos.* Ginebra; 1993. (DAP.93.1).
10. SANTOS, V & NITRINI, S.M.O.O. Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde. *Rev. Saúde Pública*; 38(6): 819-26, 2004.
11. SCHIFF, G.D & RUCKER, T.D. Computerized prescribing: building the electronic infrastructure for better medication usage. *JAMA.*, 279: 1024-9, 1998.
12. SIMÕES, M.J.S & FEGADOLLI, C. *Consumo de medicamentos por prescrição na assistência básica à saúde do município de Araraquara, SP.* In: Programas e resumos do 1º Seminário Brasileiro de Farmacoepidemiologia; Fortaleza: EUFC.; p. 34, 1996.
13. VINCER, M.J & *et al.* Drug errors and incidents in a neonatal care unit: a quality assurance activity. *Am. J. Dis. Child.*, 143: 737-740, 1989.
14. ZANGWILL, A.B & *et al.* Reducing prescribing errors through a quiz program for medical residents. *Am. J. Health Syst. Pharm.*, 57: 1396-7, 2000.
15. WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. *Indicators for monitoring National Drug Policies, Action Program on Essential Drugs.* Geneva: WHO/DAP/94. 12; 1994.

Endereço para correspondência

Analina Furtado Valadão

Curso de Farmácia, Centro Universitário do Leste de Minas Gerais (Unileste/MG).

Rua: Uruguai, 86, Bairro Caruru, Ipatinga, Minas Gerais.

E-mail: analinafurtado@yahoo.com.br