

Prescrição médica: um foco nos erros de prescrição

Prescription medical: focus on errors in prescriptions

Analina Furtado Valadão¹, Ana Laura de Paiva Moreira², Luiza Coura Andrade³, Claudinéia Arruda Pires⁴, Karleyla Fassarela Firmino⁵ & Carla de Aredes Brum⁶

RESUMO – Dada a importância de um sistema de prescrição, a possibilidade de ocorrência de erros nesta etapa e as conseqüências de tais erros ao tratamento farmacológico do paciente, este trabalho propôs a substituição do receituário médico comum por um modelo de receituário e sua avaliação na contribuição para a diminuição dos erros relacionados à redação da prescrição na Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro São Domingos na cidade de Coronel Fabriciano-Minas Gerais. Foi utilizado um modelo de receituário contendo campos fechados com todos os itens exigidos pela atual regulamentação sanitária brasileira para preenchimento pelo prescritor. Este modelo de receituário substituiu o modelo tradicional durante o tempo da pesquisa. Das 1754 receitas analisadas observou-se: 100% dos receituários possuíam assinatura do médico, bem como nome do paciente e posologia; 86% dos medicamentos foram prescritos na Denominação Comum Brasileira; as informações sobre via de administração e forma farmacêutica estavam presentes em 82% e 99% respectivamente. 55% das prescrições apresentavam a concentração. Pode-se inferir que a regulamentação para as prescrições médicas não foram cumpridas, podendo levar a erros na dispensação e no uso dos medicamentos.

PALAVRAS-CHAVE – Prescrições de Medicamentos. Legislação de Medicamentos. Erros de Medicação.

ABSTRACT – Given the importance of a prescription, the possibility of errors in this step and the consequences of such errors to the patient's pharmacological treatment, this study proposed to replace the common medical prescription and its evaluation in contributing to the decrease the errors related to writing the prescription in the Basic Health Unit (BHU) in São Domingos neighborhood in the city of Coronel Fabriciano-Minas Gerais. A prescription model was used contending fields closed with all the items demanded by the current Brazilian sanitary regulation for completed for the prescriber. This prescription model substituted the traditional model during the time of the research. Of the 1754 revenue analysis showed: 100% of prescriptions had a physician's signature, as well as patient's name and dosage, 86% of the drugs were prescribed in the common Brazilian name, the information about route of administration and dosage form were present in 82% and 99% respectively. 55% of prescriptions had the concentration. It can be inferred that regulation for prescriptions were not properly completed, can lead to errors in dispensing and use of medicines.

KEYWORDS – Drug Prescriptions. Legislation, Drug. Medication Errors.

INTRODUÇÃO

Em 1985 a Organização Mundial de Saúde – OMS (OMS, 1993) convocou uma importante conferência sobre o Uso Racional de Medicamentos, onde foram discutidos os vários fatores que se interligam 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 tempos indicados e nos intervalos definidos de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade.

Das etapas anteriormente descritas a qualidade da prescrição médica é fundamental e será considerada racional sempre que o tratamento farmacológico seja de fato o indicado, o medicamento prescrito seja eficaz para tratar o quadro clínico do paciente, o medicamento seja utilizado na dose e período apropriados e a alternativa farmacoterapêutica mais segura e de menor custo (HAAYER, 1982).

O prescritor tem a responsabilidade de elaborar uma prescrição de medicamentos que transmita de forma completa as informações para todos os profissionais que utilizam esse documento (CASSIANI *et al.*, 2003). Entretanto, o caminho terapêutico a ser adotado por este profissio-

Recebido em 11/8/09

Aceito em 09/12/09

¹Doutora em Bioquímica. Docente do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais (UnilesteMG)

²Farmacêutica.

³Discente do Curso de Farmácia, Centro Universitário do Leste de Minas Gerais/UnilesteMG, 35160-215, Ipatinga - MG, Brasil. Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

⁴Bolsista (BIC-Júnior) da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

⁵Mestre em Saúde Pública.

⁶Doutora em Farmacologia. Docente do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais (UnilesteMG)

nal está sujeito a várias influências tais como as concepções sobre o processo saúde-doença, a qualidade da formação técnica, as condições sócio-culturais e econômicas da população que atende a disponibilidade de medicamentos, serviço em que atua, as fontes de informações as quais teve acesso e o assédio da indústria farmacêutica, entre outros (DEL FIOL, 1999; ROCHA & RIBEIRO, 1993).

A prescrição de medicamentos é uma atividade importante para o processo de cuidados assistenciais aos pacientes e representa ação médica fundamental. Contudo, a grande quantidade de fármacos e produtos comerciais disponíveis no mercado, os freqüentes lançamentos e a enorme quantidade de interações de medicamentos e de efeitos adversos faz com que esta importante etapa do processo de atendimento seja susceptível a erros (DEL FIOL, 1999).

É reconhecido que as prescrições têm papel ímpar na prevenção de erros de medicação e, sabe-se que tais erros podem decorrer de prescrições ambíguas, ilegíveis ou incompletas, ocasionando sérios danos ao paciente. Winslow *et al.*, (1997) informam que o risco de erros de medicação aumenta na medida em que enfermeiros e outros profissionais não conseguem ler corretamente as prescrições.

Segundo o Instituto Americano de Medicina (KOHN *et al.*, 2003), cerca de 44.000 a 98.000 pacientes morrem a cada ano por lesão iatrogênica, sendo o erro na prescrição a causa principal ou que contribui para tal evento. Esse número aumenta à medida que profissionais responsáveis pela dispensação não conseguem ler a letra dos médicos ou pela falta de informações básicas necessárias para uma correta dispensação do medicamento (CASSIANI *et al.*, 2003).

No continente norte-americano estima-se que 7.000 pacientes hospitalizados tiveram reações adversas fatais aos medicamentos em 1997. Hoje em dia, em cada 100 admissões nos hospitais, há 6,5 eventos adversos à medicação e 5,5 eventos potenciais, sendo evitáveis 28% desses. Pacientes que sofreram eventos adversos às medicações tiveram aumento na estadia hospitalar de 2 dias e um custo aumentado na internação de mais de 2000 dólares (CASSIANI *et al.*, 2003).

No Brasil existem normatizações que regem as prescrições definidas através de Portarias, Leis e Resoluções. No tocante ao aspecto legal da prescrição em nosso País, a publicação da Lei nº. 5991/73 (BRASIL, 1973) que traz em seu artigo 35 exigências quanto à legibilidade, existência dos nomes dos medicamentos por extenso, dosagem, posologia, data e assinatura do profissional prescritor.

Com a entrada em vigor do Decreto-Lei nº 271/2002 (BRASIL, 2002), em 1 de Janeiro de 2003, que regulamenta a Lei nº. 9787/99, ficou obrigatória a 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.

De acordo com a Resolução nº. 357/01 (BRASIL, 2001) o farmacêutico é responsável pela avaliação farmacêutica do receituário e somente será aviada/dispensada a receita que apresentar as informações exigidas na resolução tais como: nome e endereço residencial do paciente, forma farmacêutica, posologia, apresentação, método de administração e duração do tratamento, data, assinatura e carimbo do profissional, endereço do consultório e o número de inscrição no respectivo Conselho Profissional, ausência de

rasuras e emendas, prescrição a tinta em português, em letra de forma, clara e legível ou impressão por computador, dentre outras (BRASIL, 2001). Outrossim, deve-se observar o receituário específico e a notificação de receita para a dispensação de medicamentos sujeitos a controle especial (BRASIL, 1998).

Segundo um estudo realizado por Valadão *et al.*, (2008), 95% dos receituários médicos do SUS no município de Coronel Fabriciano apresentaram erros relacionados à redação da prescrição. Os erros encontrados foram: ausência de Carimbo e CRM, prescrição utilizando nome fantasia do medicamento, ausência de via de administração, ausência de forma farmacêutica e da concentração, ausência de tempo de tratamento e ausência de posologia. Segundo os autores, tentativa de esclarecimento do profissional prescritor quanto à legislação vigente foi implantada, entretanto, percebeu-se que não contribuiu para a diminuição dos erros nas prescrições.

Apesar da informação acerca dos medicamentos constituir uma condição básica para a adesão ao tratamento, não se tem prestado atenção suficiente no momento de seu fornecimento nas diversas situações de atendimento ao paciente, incluindo a consulta médica e a dispensação do medicamento em farmácias. Diante disso, diversas organizações internacionais, tais como a *World Health Organization*, *Health Action International* e a *Food and Drug Administration*, vêm alertando para a necessidade crescente de melhorar os aspectos educacionais relacionados com o paciente e os medicamentos prescritos (SILVA *et al.*, 2000).

As prescrições com falta de muitos desses itens e a letra ilegível dos médicos levam a erros como troca de medicamentos e troca de dosagem. Portanto estudos que apontem quais são os erros mais freqüentes em prescrições, podem nortear ações que visem diminuir-los, como também facilitar o trabalho dos profissionais que dispensam o medicamento.

Na busca de soluções para minimizar o número de erros nas prescrições dispensadas nas Unidades Básicas de Saúde de Coronel Fabriciano, este trabalho se propôs a avaliar o número de erros relacionados à redação das prescrições médicas por meio de um novo modelo de receituário apresentando campos fechados pré-determinados relacionados aos itens exigidos pela Lei nº. 5991/73 (BRASIL, 1973), Portaria nº. 344/98 (BRASIL, 1998), Resolução nº. 357/01 (BRASIL, 2001), Lei nº. 9787/99 (BRASIL, 1999).

MATERIAL E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa e descritiva. Esta pesquisa foi realizada no período de 05 de abril a 05 de junho de 2008, na Unidade Básica de Saúde do bairro São Domingos, no município de Coronel Fabriciano-MG. Para conhecer os erros nas prescrições, foi elaborado um novo modelo de receituário médico contendo campos fechados com todos os itens exigidos pela atual regulamentação sanitária brasileira (nome do paciente, carimbo e CRM, assinatura, via de administração, forma farmacêutica, concentração, posologia e tempo de tratamento) para preenchimento pelo prescritor. Este novo modelo de receituário substituiu o modelo tradicional durante o tempo da pesquisa com o intuito de verificar se o novo modelo contribuiria para a redução de erros no preenchimento correto da prescrição.

Este estudo incluiu a análise de erros em prescrições após a utilização do novo modelo de receituário na Unidade Básica de Saúde do bairro São Domingos, em Coronel Fabriciano. Os resultados atuais foram comparados com os dados obtidos por Valadão *et al.*, (2008) que realizaram sua pesquisa em oito Unidades Básicas de Saúde do Município. Entretanto somente os dados obtidos para a Unidade de Saúde do bairro São Domingos foram utilizados como parâmetro de comparação neste artigo.

No município de Coronel Fabriciano as prescrições são realizadas com cópia carbonada em duas vias. No momento da dispensação somente a segunda via (cópia carbonada) fica retida na UBS. As receitas médicas retidas (segunda via) foram analisadas quanto à presença ou ausência do nome do paciente, carimbo e CRM do prescriptor, assinatura do prescriptor, via de administração, forma farmacêutica, concentração, posologia e tempo de tratamento. Os dados coletados foram transcritos para planilhas e posteriormente analisados. Foram analisadas as prescrições dispensadas em um período de dois meses. Para avaliar o resultado imediato da adoção do novo modelo de prescrição os resultados foram comparados com os dados provenientes do estudo de Valadão *et al.*, (2008).

Neste estudo foi garantido o anonimato dos pacientes e médicos conforme a Resolução nº. 196/96 (BRASIL, 1996) do Conselho Nacional de Saúde. A implantação do novo modelo de prescrição foi autorizada pela Secretaria de Saúde do Município de Coronel Fabriciano.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisadas 1754 receitas médicas. Destas, 65% dos pacientes eram do sexo feminino, 34% do sexo masculino e em 1% não foi possível identificar o nome do paciente. Das prescrições, 86,43% (1516 receitas) não estavam de acordo com o exigido por lei e continham pelo menos um erro de prescrição.

Todos os receituários analisados possuíam assinatura do médico, bem como o nome do paciente e posologia. O indicador Carimbo e CRM do prescriptor estavam presentes em 43% das receitas. Estes resultados foram semelhantes aos encontrados por Valadão *et al.*, (2008).

Quanto à presença da concentração dos medicamentos, constatou-se uma melhora em relação ao estudo de Valadão *et al.*, (2008), passando de 22% para 55% como pode ser visto na Figura 1.

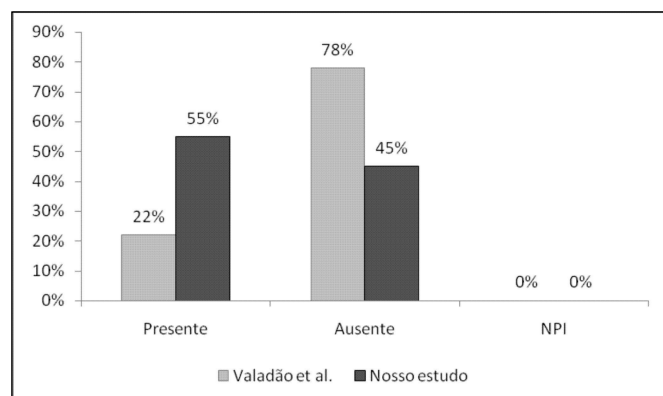


FIG. 1 - Comparação entre o resultado obtido no estudo de Valadão *et al.*, (2008), e o resultado obtido neste estudo, sobre a presença de informação sobre a concentração do medicamento. NPI – não possível identificar. Fonte: Dados da pesquisa

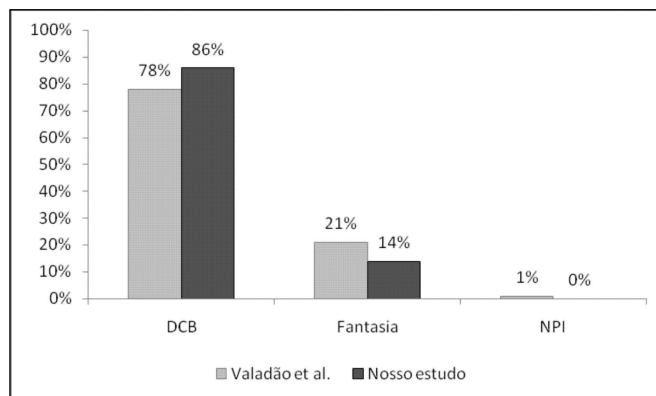


FIG. 2 - Comparação entre o resultado obtido no estudo Valadão *et al.*, (2008), e o resultado obtido neste estudo, sobre o item identificação do medicamento. NPI – não possível identificar. Fonte: Dados da pesquisa.

A avaliação da presença de informações sobre a forma farmacêutica revelou elevação de 97% (Valadão *et al.*, 2008) para 99% (no presente estudo). Porém, em relação à indicação da via de administração os dados coletados demonstram uma redução, passando de 86% para 82%, respectivamente.

Quanto ao tempo de tratamento, que passou de 18% para 47%, não pode ser considerado satisfatório, visto que de acordo com a legislação, todos os receituários devem conter o tempo de duração do tratamento para cada medicamento solicitado.

Os dados apresentados na Figura 2 mostram avanço quanto ao percentual de prescrições sob denominação genérica, sendo de 78% para 86%, demonstrando adesão dos prescritores à norma estabelecida para o Sistema Único de Saúde quanto à obrigatoriedade do uso da Denominação Comum Brasileira nas receitas.

Este avanço também é verificado quando comparado com dados da literatura. Um exemplo é um estudo realizado por Cassiani *et al.*, (2005), cujo um dos objetivos era analisar os sistemas de medicação em hospitais sob a forma de prescrição por Denominação Comum Brasileira. Os autores observaram que entre as prescrições redigidas de forma manual, 58,7% eram redigidas com o nome genérico e/ou comercial, 28,7% com o nome comercial e 12,6% com o nome genérico.

A média do número de medicamentos por prescrição é utilizada como um indicador para determinar a quantidade de medicamentos em uso pelo paciente. A utilização de múltiplos medicamentos para tratar a mesma condição é comum e tem sido associadas a reações adversas, erros de medicação, e ao aumento do risco de hospitalização.

Este estudo demonstrou uma média de 2 medicamentos por prescrição, um resultado intermediário em comparação a outros estudos realizados no Brasil em que houve variação de 1,8 a 3,0 medicamentos por prescrição tais como os realizados em Londrina (2,2) (SILVA, 2004), Ribeirão Preto (2,4) (SANTOS & NTRINI, 2004), Fortaleza (2,2) (LOPES *et al.*, 1996) e Araraquara (1,8) (SIMÕES & FEGADOLLI, 1996). Os resultados também foram semelhantes aos encontrados em outros países em que a variação foi de 1,4 a 2,8 (GUYON *et al.*, 1994; KSHIRSA-GAR, 1998; MOTA *et al.*, 1999).

Considerando que, quanto mais medicamentos prescritos, mais provável a ocorrência de interações de medicamentos, e que um máximo de três medicamentos é

recomendado, o número médio demonstrado no presente estudo pode ser considerado satisfatório. Vale lembrar que a OMS considera 1,3 a 2,2 medicamentos por prescrição um resultado sem tendência à polimedicação (OMS, 1993).

CONCLUSÃO

De um modo geral, os indicadores demonstraram melhora na redação das prescrições. No entanto, alguns problemas relacionados à qualidade foram observados, como por exemplo, o grande número de receitas que não continham o tempo de tratamento, ou ainda, vários medicamentos sem a indicação da concentração a ser utilizada.

As orientações e recomendações fornecidas, tanto na literatura quanto na legislação pertinente, não foram devidamente cumpridas, o que poderia levar a erros na dispensação e no uso dos medicamentos.

Conclui-se que a adoção de medidas simples, como a implantação do novo modelo de receituário podem reduzir os erros relacionados à prescrição de medicamentos e com isso minimizar possíveis riscos, melhorando a qualidade do serviço prestado ao paciente.

AGRADECIMENTOS

À Prefeitura Municipal de Coronel Fabriciano – MG pela autorização e apoio para a realização da pesquisa na Unidade Básica de Saúde e à Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) pela concessão das bolsas de Iniciação Científica nas modalidades PIBIC e BIC-Júnior.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria n° 344 de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1998.
- BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução n° 357/01 de 20 de abril de 2001. Aprova o Regulamento Técnico das Boas Práticas de Farmácia. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 abr. 2001.
- BRASIL. Lei n.º5991 de 17 de Dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 19 de dez. 1973.
- BRASIL. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Lei n° 9787 de 10 de fevereiro de 1999. Estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 de fev. 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 de out. 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n° 271/2002 de 2 de dezembro de 2002. Altera a Lei n.º 14/2000, de 8 de Agosto, que aprovou medidas de racionalização da política do medicamento no âmbito do Serviço Nacional

de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2 de dez. 2002.

- ANI, S.H.B.; FREIRE, C.C. & GIMENES, F.R.E. **A prescrição médica eletrônica em um hospital universitário: falhas de redação e opiniões de usuários.** *Revista Escola de Enfermagem*, 37 (4): 51-60, 2003.
- CASSIANI, S.H.B.; TEIXEIRA, T.C.A. & OPITZ, S.P. *et al.* **O sistema de medicação nos hospitais e sua avaliação por um grupo de profissionais.** *Revista Escola de Enfermagem*, 39 (3): 280-287, 2005.
- DEL FIOLO G. **Sistema de apoio à prescrição: prevenindo eventos adversos relacionados ao uso de medicamentos.** 1999. 89 p. Dissertação (Mestrado em Informática). Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba.
- GIROTTI, E. & SILVA, P.V. **A prescrição de medicamentos em um município do Norte do Paraná.** *Rev. Bras. Epidemiol.* 9 (2): 226-234, 2006.
- GUYON, A.B.; BARMAN, A., AHMED, J.U. *et al.* **A baseline survey on use of drugs at the primary health care level in Bangladesh.** *Bull World Health Organ.* 72 (2): 265-271, 1994.
- HAAYER, F. **Rational prescribing and sources of information.** *Soc Sci Med*; 16 (23): 2017-2023, 1982.
- KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M. & DONALDSON, M.S. **To err is human: building a safer health system.** 2. ed. Washington: National Academy Press, 2003. 312p
- KSHIRSAGAR, M.J.; LAGANDE, D., PATIL, S. *et al.* **Prescribing patterns among medical practitioners in Pune, India.** *Bull World Health Organ.* 76 (3): 271-275, 1998.
- LOPES, A.E.C.; TEIXEIRA, A.C.A.; GURGEL, M.L.F. *et al.* **Drug use of evaluation in health services in Fortaleza, Brasil.** *INRUD News.* 6:17, 1996.
- MOTA, D.M.; GADELHA, S.R. & ALBUQUERQUE, M.Z.M. **Análise e avaliação fármaco-econômica de prescrições de medicamentos: um estudo preliminar.** *Mundo Saúde*, 23:181-184, 1999.
- 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. Disponível em: <http://www.who.int/medicines>. Acesso 20 maio 2009.
- ROCHA, M.O.C. & RIBEIRO, A.L.P. **Fundamentos da Prescrição.** In: PEDROSO, E.R.P.; ROCHA, M.O.C.; SILVA, O.A. (Org.). **Clínica Médica - Os Princípios da Prática Ambulatorial.** São Paulo: Atheneu, 1993, 1516 p.
- 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.
- SILVA, P.V. **O uso de medicamentos na atenção básica em Londrina, PR.** 2004. 152 p. Dissertação de mestrado (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Londrina, Londrina.
- SILVA, T.; SCHENKEL, E.P. & MENGUE, S.S. **Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário.** *Cad. Saúde Pública*, 16 (2): 449-455, 2000.
- 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, 34, 1996, Fortaleza (BR). Anais.
- VALADÃO, A.F.; FIRMINO, K. F.; MOREIRA, A.L.P. *et al.* **Estudo das prescrições de medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde de Coronel Fabriciano - MG, quanto aos preceitos legais.** *Rev. Bras. Farm.* 89 (4): 298-301, 2008.
- WINSLOW, E.H.; NESTOR, V.A.; DAVODOFF, S.K. *et al.* **Legibility and completeness physician handwritten medication order.** *Heart Lung.* 26(2): 158-164, 1997.

Correspondência
Analina Furtado Valadão
e-mail: analinafurtado@yahoo.com.br