



## **AVALIAÇÃO DE PRESCRIÇÕES MÉDICAS AVIADAS EM UM CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA: PERFIL DA DISPENSAÇÃO, ERROS DE PRESCRIÇÃO E INFLUÊNCIAS SOBRE A FARMACOTERAPIA**

**Adriano José Almeida Maia<sup>1</sup>**

**Leidiane Nádia Vasconcelos<sup>2</sup>**

**Prof. Dr. (Tít. Cult.) Rickardo Léo Ramos Gomes<sup>3</sup>**

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Adriano José Almeida Maia, Leidiane Nádia Vasconcelos y Rickardo Léo Ramos Gomes (2019): "Avaliação de prescrições médicas aviadas em um centro de saúde da família no município de Fortaleza: perfil da dispensação, erros de prescrição e influências sobre a farmacoterapia", Revista Caribeña de Ciencias Sociales (noviembre 2019). En línea:

<https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/11/avaliacao-prescricoes-medicas.html>

### **RESUMO**

O acesso a medicamentos é um reflexo do direito constitucional à saúde. É hábito o paciente esperar receber uma prescrição medicamentosa após uma consulta médica, uma vez que o medicamento é entendido por muitos como a resposta concreta do prescritor aos seus problemas. A prescrição é um documento legal que representa ordem escrita para procedimentos de caráter multiprofissional e acaba por constituir um elo entre paciente, prescritor, farmacêutico e enfermeiro. Os erros de prescrição (EPs) são tipos de erros de medicação que podem conduzir a vários tipos de equívocos, visto que a prescrição é a primeira etapa no ciclo de utilização de medicamentos. No Brasil, milhares de prescrições não possuem os requisitos legais e técnicos; mesmo assim, alguns itens de receitas

1 Autor: Graduado em Farmácia e em Direito pela Universidade Federal do Ceará (UFC); Pós-graduado em Farmacologia Clínica e Pós-graduando em Direito Tributário, Trabalhista e Previdenciário pelo Centro Universitário Uniateneu.

2 Autora: Graduada em Farmácia pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR); Pós-graduada em Farmacologia Clínica pelo Centro Universitário Uniateneu. Farmacêutica-bioquímica na área de Saúde Indígena no Distrito Sanitário Especial Indígena do Ceará (DSEI-CE).

3 Coautor: Professor da Disciplina de Metodologia do Trabalho Científico (Orientador) – Centro Universitário UNIATENEU; Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE); Instituto Euvaldo Lodi (IEL); Centro Universitário Farias Brito (FBUNI); Dr. (Tít. Cult.) em Ciências Biológicas pela FICL; M. Sc. em Fitotecnia pela Universidade Federal do Ceará (UFC); Spec. em Metodologia do Ensino de Ciências pela Universidade Estadual do Ceará (UECE); Spec. (Tít. Cult.) em Paleontologia Internacional pela Faculdade Internacional de Cursos Livres (FICL). Graduado em Agronomia pela Universidade Federal do Ceará (UFC); Licenciado nas disciplinas da Área de Ciências da Natureza, Matemática e suas Tecnologias pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA); Consultor Internacional do BIRD para Laboratórios Científicos. Conveniado com a ABNT.

com EPs são dispensados, facilitando a ocorrência de resultados clínicos negativos associados com medicamentos. Nesses casos, possuir uma prescrição não garante ao paciente as devidas informações nem lhe assegura a qualidade de sua farmacoterapia. Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi determinar, qualitativa e quantitativamente, o perfil das receitas médicas atendidas que continham EPs. Foi feita análise amostral, no biênio 2013/2014, por meio de um formulário, dos itens exigidos pelo artigo 35 da Lei 5991/73 em cópias de prescrições comuns e controladas pela Portaria 344/98. As prescrições médicas foram retidas na farmácia de uma unidade de saúde e escolhidas aleatoriamente. A análise demonstrou que em 1941 prescrições foram encontrados 6240 EPs; 99,8% (n=1938) continham ao menos um EP; 99,1% (n=1923) eram manuscritas; 53,1% (n=1030) foram consideradas legíveis; 41,2% (n=799) continham nomes de marca ou abreviações para designar medicamentos. As receitas com itens regulados pela Portaria 344/98 tiveram média de EPs e índice de ilegibilidade maiores que as receitas comuns. O item mais ausente foi duração do tratamento, em 81,9% (n=1590) das prescrições. As receitas manuscritas aumentam a possibilidade de ocorrência de EPs e os sistemas eletrônicos de prescrição são opções a serem consideradas. A média de EPs e a maior ilegibilidade ocorreram justamente nas receitas com itens regulados pela Portaria 344/98, cujos efeitos são dignos de maior monitoramento. A ausência de utilização da DCB/DCI em prescrições do SUS não atende a pré-requisitos estabelecidos pela Lei 9787/99 e pela Constituição Brasileira. A ausência da duração do tratamento pode prejudicar os regimes farmacoterapêuticos contínuos por perda de adesão e falha terapêutica. O farmacêutico permite o atendimento de prescrições com EPs por questões de demanda e muitas vezes não realiza sua avaliação durante a dispensação. Verificar os itens que compõem uma boa prescrição é a base para avaliar a qualidade dos tratamentos propostos. Medicamentos sujeitos a controle especial devem ter prescrições elaboradas com maior cuidado. A educação dos prescritores, desde a graduação, deve ser permeada pela importância do cumprimento das boas normas de prescrição. A categoria farmacêutica deve trabalhar oferecendo sugestões e alternativas aos gestores públicos, como prescrições pré-digítadas e sistemas eletrônicos de prescrição.

**Palavras-chave:** Atenção primária. Erros de prescrição. Prescrições médicas.

## RESUMEN

El acceso a medicamentos es un reflejo del derecho constitucional a la salud. Es habitual que el paciente espere recibir una receta después de una consulta médica, ya que muchos entienden que el medicamento es la respuesta concreta del médico a sus problemas. La receta es un documento legal que representa una orden escrita para procedimientos multiprofesionales y termina constituyendo un vínculo entre paciente, médico, farmacéutico y enfermero. Los errores de prescripción (EP) son tipos de errores de medicación que pueden conducir a varios tipos de conceptos erróneos, ya que la prescripción es el primer paso en el ciclo de uso de drogas. En Brasil, miles de recetas no tienen los requisitos legales y técnicos; Aun así, se prescindieron de algunos artículos de recetas de EP, lo que facilita la aparición de resultados clínicos negativos asociados con los medicamentos. En tales casos, tener una receta no garantiza al paciente la información adecuada ni garantiza la calidad de su farmacoterapia. Por lo tanto, el objetivo del presente estudio fue determinar, cualitativa y cuantitativamente, el perfil de las recetas atendidas que contenían EP. Se realizó un análisis de muestra, en el bienio 2013/2014, mediante un formulario, de los elementos requeridos por el artículo 35 de la Ley 5991/73 en copias de recetas comunes y controlados por la Ordenanza 344/98. Las recetas médicas se conservaron en la farmacia de una unidad de salud y se seleccionaron al azar. El análisis mostró que en 1941 se encontraron recetas 6240 EPs; 99.8% (n = 1938) contenía al menos un PE; 99.1% (n = 1923) fueron escritos a mano; 53,1% (n = 1030) se consideraron legibles; El 41,2% (n = 799) contenía nombres de marca o abreviaturas para designar medicamentos. Los ingresos de los artículos regulados por la Ordenanza 344/98 tenían EP más altos e índice de ilegibilidad que los ingresos ordinarios. El ítem más ausente fue la duración del tratamiento en el 81,9% (n = 1590) de las recetas. Las recetas escritas a mano aumentan la probabilidad de EP y los sistemas de recetas electrónicas son opciones a considerar. El promedio de EP y la mayor ilegibilidad se produjo precisamente en los ingresos con elementos regulados por la Ordenanza 344/98, cuyos efectos son dignos de un mayor control. La falta de uso de DCB / DCI en las recetas del SUS no cumple con los requisitos previos establecidos por la Ley 9787/99 y la Constitución brasileña. La falta de duración del

tratamiento puede afectar los regímenes farmacoterapéuticos continuos debido a la pérdida de adherencia y al fracaso terapéutico. El farmacéutico permite el cumplimiento de recetas con EP a pedido y, a menudo, no realiza su evaluación durante la dispensación. Verificar los elementos que conforman una buena receta es la base para evaluar la calidad de los tratamientos propuestos. Los medicamentos sujetos a un control especial deben tener recetas diseñadas con más cuidado. La educación de los prescriptores desde la graduación debe estar impregnada de la importancia de cumplir con los buenos estándares de prescripción. La categoría farmacéutica debería funcionar ofreciendo sugerencias y alternativas a los gestores públicos, como recetas pre-ingresadas y sistemas de prescripción electrónica.

**Palabras clave:** Atención primaria. Errores de prescripción. Prescripciones médicas

### ABSTRACT

Access to medicines is a reflection of the constitutional right to health. It is customary for the patient to expect to receive a prescription after a medical consultation, as the medication is understood by many to be the concrete response of the prescriber to their problems. The prescription is a legal document that represents written order for multiprofessional procedures and ends up constituting a link between patient, prescriber, pharmacist and nurse. Prescribing errors (EPs) are types of medication errors that can lead to various types of misconceptions, as prescribing is the first step in the drug use cycle. In Brazil, thousands of prescriptions do not have the legal and technical requirements; Even so, some EP recipe items are dispensed with, facilitating the occurrence of negative clinical outcomes associated with medications. In such cases, having a prescription does not guarantee the patient the appropriate information or assure the quality of their pharmacotherapy. Thus, the objective of the present study was to determine, qualitatively and quantitatively, the profile of prescriptions attended that contained EPs. A sample analysis was made, in the 2013/2014 biennium, by means of a form, of the items required by article 35 of Law 5991/73 in copies of common prescriptions and controlled by Ordinance 344/98. Medical prescriptions were retained at a health unit's pharmacy and randomly selected. The analysis showed that in 1941 prescriptions were found 6240 EPs; 99.8% (n = 1938) contained at least one PE; 99.1% (n = 1923) were handwritten; 53.1% (n = 1030) were considered readable; 41.2% (n = 799) contained brand names or abbreviations to designate medications. Revenue from items regulated by Ordinance 344/98 had higher EPs and illegibility index than ordinary revenues. The most absent item was duration of treatment in 81.9% (n = 1590) of prescriptions. Handwritten prescriptions increase the likelihood of EPs and electronic prescribing systems are options to consider. The average of EPs and the greatest illegibility occurred precisely in the revenues with items regulated by Ordinance 344/98, whose effects are worthy of greater monitoring. The lack of use of DCB / DCI in SUS prescriptions does not meet the prerequisites established by Law 9787/99 and the Brazilian Constitution. Lack of treatment duration may impair continuous pharmacotherapeutic regimens due to loss of adherence and therapeutic failure. The pharmacist allows the fulfillment of prescriptions with EPs on demand issues and often does not perform their evaluation during dispensing. Checking the items that make up a good prescription is the basis for evaluating the quality of the proposed treatments. Medicines subject to special control should have more carefully designed prescriptions. The education of prescribers since graduation should be permeated by the importance of complying with good prescribing standards. The pharmaceutical category should work by offering suggestions and alternatives to public managers, such as pre-entered prescriptions and electronic prescribing systems.

**Descriptors:** I18 - Government Policy • Regulation • Public Health.

**Keywords:** Primary care. Prescription errors. Medical prescriptions.

## 1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde – OMS - entende a saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades". Esta definição (que por vezes é criticada, especialmente no que se refere ao "completo bem-estar", algo um tanto utópico mesmo para as melhores realidades) é encontrada no preâmbulo da Constituição da OMS, de 1946, documento assinado pelo Brasil e incorporado ao direito nacional.

A nossa Constituição, diferentemente das anteriores (que mal faziam referência à saúde), foi a primeira que reconheceu expressamente a saúde como direito fundamental. (Dallari, 2009). A saúde é um dos direitos sociais assegurados pela Constituição Brasileira, que também assevera ser "dever do Estado a prestação de ações e serviços de saúde, constituindo-se em um direito subjetivo público do qual o cidadão é detentor (Aith *apud* Santos, 2010, p. 185)".

Nesse âmbito, o medicamento não deixa de ter sua importância. A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, garante o acesso aos medicamentos, produtos e serviços de saúde, ficando a cargo da União, dos Estados e dos Municípios a sua promoção, em competência concorrente. (Maluf, 2011).

Por sua vez, a Lei 5991/1973, em seu artigo 4º, inciso II, define medicamento como "produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico". É a definição mais simples, da qual deriva também a definição inscrita na Farmacopeia Brasileira de 2010 ("produto farmacêutico, tecnicamente, obtido, ou elaborado, que contém um ou mais fármacos e outras substâncias, com finalidade profilática; curativa; paliativa; ou para fins de diagnóstico").

Nesse cenário, temos a expectativa de que, quando é preciso dirigir-se a um consultório médico, de lá seja possível sair com uma prescrição medicamentosa. Este hábito recorrente é baseado na ideia coletiva de que o medicamento é um símbolo de saúde (Guzzato *et al*, 2007), e a resposta concreta do médico aos problemas do seu paciente.

O medicamento acaba por possuir grande importância na consulta médica e representa, para muitos administradores públicos, economia de pessoal e de trabalho político para a promoção da saúde, mesmo representando um custo importante em atenção básica (Ev *et al*, 2008).

Na prática, isto representa uma espécie de ciclo de retroalimentação; através dele, são mantidas as lógicas de uma exacerbada necessidade de medicamentos como resultado de um atendimento médico e de uma solução "rápida" e enganosamente barata em detrimento de políticas que priorizem a profilaxia.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

## 2.1 Prescrição: Sinônimo de Orientação Correta

Segundo a Portaria GM/MS nº 3.916/98 e a Portaria SVS/MS nº 344/98 (*apud* Mastroianni, 2009), a prescrição é o ato de definir o medicamento a ser consumido pelo paciente com as respectivas dosagem, duração do tratamento e orientação correta de seu uso, sendo este ato expresso, em geral, mediante a elaboração de uma receita de formulação magistral ou de produto industrializado por um profissional legalmente habilitado.

Trata-se, portanto, de uma ordem escrita dirigida a outros profissionais como o farmacêutico (que indicará como será aviada a receita) e o enfermeiro (que, em unidades hospitalares, determinará a administração do medicamento) (Aguiar *et al.*, 2006).

Além de ser entendida como um procedimento multiprofissional, a prescrição médica pode ser configurada como um documento legal pelo qual se responsabiliza aqueles que a elaboram e que a atendem, sendo sujeita a legislações de controle e vigilância sanitária.

A etapa da prescrição é a primeira do ciclo de utilização do medicamento (Aguiar *et al.*, 2006) e funciona, portanto, como uma espécie de elo para os profissionais de saúde e seus pacientes. É a expressão escrita da farmacoterapia a ser adotada em cada caso, tendo grande importância para que o paciente possa aderir ao tratamento proposto e alcançar os resultados almejados.

A prescrição pode ser entendida também como “um instrumento que contribui para o uso correto de medicamentos: paciente certo, medicamento correto, na quantidade certa e na hora certa por um período adequado”. (Cruciol-Souza *et al. apud* Mastroianni, 2009).

Deste modo, uma prescrição elaborada de forma adequada deve conter informações suficientes para permitir tanto a dispensação e a administração de fármacos como orientar o paciente em seu esquema farmacoterapêutico (Portela *et al.*, 2010).

Todavia, quando a prescrição não contém as informações necessárias para orientação do paciente, dispensação e administração do medicamento, a atuação deste pode ficar restrita apenas ao seu valor simbólico, não surtindo os efeitos esperados e podendo até gerar mais problemas para seus usuários (Nogueira, 2011).

No Brasil, milhares de prescrições geradas anualmente nos serviços de saúde não apresentam os requisitos legais e técnicos necessários para uma eficiente dispensação e uma correta utilização dos medicamentos. Isto acarreta o aumento de riscos ao paciente durante o período de seu tratamento.

Prescrições inadequadas ou mesmo ilegíveis tanto expõem os pacientes a problemas relacionados com medicamentos (PRMs), que podem evoluir para resultados clínicos negativos associados a medicamentos – RNMs (Terceiro Consenso de Granada, 2007) como podem diminuir a relação custo-efetividade de seus tratamentos (Lyra *et al.*, 2004).

Erros de medicação (EMs), segundo o *National Coordinating Council for Medication Error Reporting - NCCMERP* (2001, *apud* Oliveira, 2008), são eventos evitáveis que, de fato ou potencialmente, podem levar ao uso inadequado de medicamentos; ainda conforme Oliveira (2008, p.34), estes erros podem ser classificados como reais e potenciais, sendo potenciais os erros de prescrição, de dispensação ou de administração do fármaco.

Os erros de prescrição (EPs), por sua vez, são capazes de gerar os mais variados equívocos de interpretação (desde erros no momento da administração até a aquisição de um medicamento diferente do que foi prescrito).

Segundo Aguiar e colaboradores (2006), possíveis erros podem ser detectados antes da entrega ou da administração do medicamento quando a prescrição contém informações suficientes. Ilegibilidade, omissão de letras ou palavras inteiras, uso de siglas e colocações redigidas de forma inadequada são, entre outros vícios, causas frequentes de interpretações plenas de dubiedade – tanto por parte do paciente quanto do farmacêutico e de sua equipe.

Guzatto e Bueno (2007) afirmaram que receitas com abreviaturas, itens ilegíveis ou capazes de induzir a erros de dispensação não devem ser atendidas; porém, o avião de receitas com EPs parece ocorrer em muitos locais de maneira aparentemente normal.

Esta tolerância é configurada como desobediência aos critérios legais, aponta para possíveis deficiências na qualidade da dispensação farmacêutica e dá margem a ações de adulteração e até mesmo de falsificação de prescrições por indivíduos que, em sua maioria, comercializam os itens recebidos em esquinas, feiras livres e estabelecimentos não credenciados a vender medicamentos.

A adesão ao tratamento por parte do paciente também pode restar prejudicada, uma vez que prescrições ilegíveis podem dificultar desde a aquisição dos medicamentos prescritos até sua correta administração (doses e horários corretos).

Todos estes fenômenos estão intrincados numa rede de acontecimentos que tem poder para comprometer um tratamento farmacológico, tanto pelo usuário que compreende erroneamente uma prescrição elaborada de forma insatisfatória, quanto pela possibilidade de acesso a medicamentos em locais impróprios para esta finalidade e sem as devidas orientações de um farmacêutico e/ou de um médico.

Portanto, em muitos casos, possuir uma prescrição não é sinônimo de informação e esclarecimento fáceis; assim, o medicamento que seria a oportunidade para gerar reabilitação, alívio de sintomas e/ou cura passa a ser o causador de resultados clínicos negativos associados com medicamentos (RNMs), de acordo com o Terceiro Consenso de Granada (2007).

O levantamento do número de prescrições com EPs atendidas num serviço de farmácia pode, entre outros meios, estimar a qualidade da dispensação de medicamentos e ajudar, direta e indiretamente, os pacientes com sua farmacoterapia (Farias *et al*, 2007).

O objetivo do presente trabalho foi determinar o perfil das receitas médicas atendidas no Centro de Saúde da Família Dr. Anastácio Magalhães (CSFAM) através da análise das prescrições aviadas e dos seus possíveis EPs.

### **3 METODOLOGIA**

O presente estudo, de caráter quantitativo, descritivo e transversal, foi realizado a partir das segundas vias (cópias carbonadas) das prescrições atendidas (todas as que contiveram pelo menos um medicamento dispensado) no Centro de Saúde da Família Anastácio Magalhães (CSFAM), localizado na área da Secretaria Executiva Regional III do Município de Fortaleza.



O CSFAM é uma unidade de saúde considerada como referência e possui uma farmácia-pólo (com três farmacêuticas à época do estudo) que atende prescrições de outras unidades de saúde de Fortaleza, centros de atenção psicossocial, de clínicas, consultórios e hospitais particulares e de hospitais públicos.

As prescrições tiveram dois tipos de denominações: aquelas com medicamentos constantes nas listas da Portaria SVS/MS nº 344/1998 foram chamadas de controladas; as demais prescrições foram ditas comuns.

Estes documentos analisados correspondiam aos meses de junho, julho e agosto do ano de 2013 e toda investigação encerrou-se no início de 2014.

Pelo fato de o número de prescrições por mês ser usualmente muito grande, foram analisadas as cópias de prescrições aviadas em dois dias úteis que estivessem situados entre a segunda e a terceira semana de cada mês (que, conforme apurado com os funcionários do setor, corresponde ao período de maior demanda por medicamentos).

Os dias foram definidos por meio de processo aleatório, de modo semelhante ao realizado no trabalho de Aguiar e colaboradores (2006) e foram os seguintes: 10 e 18 de Junho; 08 e 15 de Julho; 16 e 23 de agosto.

As prescrições atendidas no serviço de Farmácia do CSFAM foram classificadas de acordo com as entidades que as emitiram: unidades hospitalares; unidades de saúde ligadas à rede de atenção básica da Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF); outras fontes de emissão de prescrições (hospitais e consultórios particulares e unidades de saúde de outros municípios).

Foram classificadas também como “controladas” (com medicamentos constantes da lista da Portaria nº 344/1998) e “comuns” (todas as demais prescrições)

Foi realizado treinamento prévio com o objetivo de capacitar os pesquisadores (dois pós-graduandos do curso de Especialização em Farmacologia Clínica) ao referido trabalho de análise.

Para avaliação das prescrições, foram avaliados, por meio de formulário (Apêndice) elaborado a partir da listagem dos seguintes itens presentes na Lei Federal nº 5991/1973: presença de timbre identificador da instituição emissora e data da emissão; dados de identificação do paciente; legibilidade da letra do profissional prescritor; uso das Denominações Comuns Brasileira ou Internacional (DCB/DCI); presença da concentração ou dosagem, da forma farmacêutica e da quantidade prescrita; instruções acerca do modo de tomar o medicamento, duração do tratamento e posologia; dados, carimbo e assinatura do prescritor.

Os itens acima referidos que, ao serem analisados, encontravam-se ilegíveis, foram categorizados como erros de prescrição.

Quanto à avaliação da legibilidade, foi adotada a classificação do trabalho de Rosa (2005), que ordenou as prescrições em legíveis (leitura normal e sem dificuldades de compreensão), pouco legíveis (gasto de tempo maior para compreensão e entendimento parcial do que está escrito) e ilegíveis (impossibilidade de entendimento do que está escrito, independentemente do tempo gasto).

O entendimento do conteúdo foi priorizado em lugar da dedução ou da interpretação (ambas influenciáveis pelos conhecimentos prévios dos pesquisadores) e foram consideradas as receitas manuscritas, digitadas e mistas.

O presente estudo trabalhou apenas com cópias de prescrições atendidas e arquivadas no CSFAM e não foram efetuadas intervenções junto aos pacientes.

Foram respeitados os preceitos contidos na Resolução n° 196/1996 e complementares (Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos).

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisadas 981 prescrições ditas comuns e 960 com itens sujeitos a controle especial (Portaria SVS/MS n° 344/1998), perfazendo um total de 1941 prescrições. Destas, 1938 (99,8%) continham pelo menos um EP.

O total de EPs encontrado foi 6240, com média de 3,2 erros por prescrição. O Quadro 1 demonstra que a média de EPs foi maior para o grupo de receitas com itens sujeitos a controle especial; conseqüentemente, mais erros em prescrições deste tipo colocam em risco não somente o tratamento do paciente como também sua própria saúde, visto que se trata de medicamentos cujos efeitos merecem uma maior atenção e monitoramento.

Ressalte-se que 99,1% (n=1923) das prescrições foram elaboradas de maneira manual, o que aumenta as chances de ocorrência de ilegibilidade e, conseqüentemente, de EPs (Guzzato *et al.*, 2007).

Já 1863 prescrições (96,0%) eram oriundas do SUS. Foram encontradas ainda três prescrições escritas a lápis, desrespeitando a exigência da Lei Federal n° 5991/1973 no tocante à obrigação de compor prescrições à tinta, sejam elas impressas ou feitas à mão.

Não apresentaram o timbre da unidade emissora ou possuíam esta identificação de forma manuscrita 118 prescrições (6,1%).

A ausência de data em ocorreu em 265 prescrições (13,6%), isto pode não significar apenas desatenção por parte do prescritor, mas também um artifício usado para “ajudar” o paciente que não possa receber o medicamento receitado dentro do período de validade da prescrição – especialmente para os fármacos regulados pela Portaria SVS/MS n° 344/1998.

Mesmo considerada dispensável por algumas pessoas, a data é uma informação importante para assegurar a validade das prescrições (Aguiar *et al.*, 2006).

O nome do paciente estava incompleto, ilegível ou ausente em 27,8% (n=538) das prescrições; em muitas ocasiões somente é possível obter esta informação com um documento de identidade, que deveria servir apenas confirmar o nome escrito na prescrição.

Este fato possibilita que pessoas não relacionadas ao usuário recebam os medicamentos e deem destinações diferentes das adotadas para o uso correto pelo paciente.



<b>Item</b>	<b>COMUNS</b>	<b>CONTROLADAS</b>	<b>Total</b>
EP s	2918	3322	6240
Nº de Prescrições	981	960	1941
Média	2,97	3,46	3,21

Quadro 1 – Número de erros de Prescrição (Eps) em prescrições avaliadas e a média de erros por prescrição.

Fonte: Dados dos pesquisadores.

Quando combinadas as ausências de itens relativos ao prescritor, (dados, 2,31%, n=45), carimbo (2,37%, n=46) e assinatura (0,4%, n=08)) com a ausência de timbre e de data, foi percebido o risco de fraudes e falsificações desses documentos.

Néri (2004, p. 64) afirmou que “[...] diante da ilegibilidade das assinaturas e da possibilidade de falsificação de uma prescrição, é comum que se solicite ao prescritor a utilização de carimbo com seu nome e número do registro profissional”.

Os itens relativos ao prescritor e o timbre da unidade emissora não são apenas exigências legais, constituem também possibilidade real de responsabilização deste profissional e sua identificação para esclarecimentos (Ev *et al.*, 2008).

Além disso, são notórias as implicações dessas ausências em relação a uso incorreto, ilícito e/ou abusivo de medicamentos (Mastroianni, 2009).

A hipótese de estas ausências serem simples falhas é plausível – mesmo porque dados, carimbo e assinatura do prescritor estavam presentes na maioria das prescrições, como pode ser visto nos Quadros 2a e 2b-, mas é justamente através desses tipos de erros que indivíduos mal-intencionados conseguem agir.

<b>Fonte emissora</b>	<b>DADOS DO PRESCRITOR</b>	<b>CARIMBO DO PRESCRITOR</b>	<b>ASSINATURA DO PRESCRITOR</b>	<b>DATA DE EMISSÃO</b>	<b>ID PACIENTE</b>
HUWC	6	7	2	47	69
MEAC	1	1	1	10	13
HGF	1	1	0	1	5
ICC	2	1	0	6	8
HSJ	0	0	0	2	2
POSTOS SMS	15	18	3	19	58
OUTROS	12	8	0	19	38
SEM ID	3	5	0	4	19
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>41</b>	<b>6</b>	<b>108</b>	<b>212</b>

Quadro 2a – Erros relativos ao corpo das prescrições ditas comuns.

Fonte: Dados dos pesquisadores.

A legibilidade, quando comprometida, portanto, contribuiu para a ocorrência de EPs em quase todos os itens avaliados (dados de identificação do paciente e nome, concentração, forma farmacêutica, quantidade prescrita e posologia do(s) medicamento(s), além do modo de tomá-los).

Enquanto que 53,1% (n=1030) das prescrições foram consideradas legíveis, 33,6% (n=653) parcialmente legíveis e 13,3% (n=258) ilegíveis; nos Quadros 3a e 3b, o índice de ilegitimidade foi maior no grupo de receitas com itens sujeitos a controle especial, apontando mais uma vez para os riscos de erros associados à segurança do paciente e à efetividade de seu tratamento.

Foram encontradas 799 (41,2%) prescrições que continham pelo menos um medicamento identificado por denominações comerciais ou abreviaturas, fato este que não corresponde à adoção da DCB/DCI.

A Lei Federal nº 9787/1999 (muitas vezes lembrada como “A Lei dos Genéricos”) é bem clara no *caput* do seu art. 3º quando determina que “[...] as prescrições médicas e odontológicas de medicamentos, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), adotarão obrigatoriamente a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional (DCI)”.

A referida lei ainda explicita seus objetivos de promover a prescrição e a dispensação racionais, bem como garantir ao paciente o acesso a um tratamento barato e seguro fazendo uso da intercambialidade entre os medicamentos tidos como referência e os genéricos (Farias *et al.*, 2007; Ev *et al.*, 2008).

Fonte emissora	DADOS DO PRESCRITOR	CARIMBO DO PRESCRITOR	ASSINATURA DO PRESCRITOR	DATA DE EMISSÃO	ID PACIENTE
HUWC	2	2	0	51	71
CAPS	2	2	0	30	78
IPC	0	0	0	25	112
POSTOS SMS	0	0	1	14	24
OUTROS	1	1	1	28	32
SEM ID	0	0	0	9	9
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>157</b>	<b>326</b>

Quadro 2b – Erros relativos ao corpo das prescrições com itens sujeitos a controle especial.

Fonte: Dados dos pesquisadores.

No *caput* do artigo 37 da Constituição Federal do Brasil (1988), a impessoalidade e finalidade são dois dos princípios pelos quais deve ser regida a Administração Pública; numa análise associada, o atendimento ao interesse público deve ser o fim a ser atingido em detrimento dos privilégios e interesses de particulares.

Portanto, prescrever, no âmbito do SUS, medicamentos pelos seus nomes comerciais é um desrespeito não somente à Lei dos Genéricos, um dispositivo infraconstitucional, mas também à nossa Carta Magna, por favorecer determinada(s) indústria(s) farmacêutica(s) detentoras das marcas prescritas.

Apesar de a obrigação de redigir prescrições do SUS pelo nome genérico (expresso pela DCB/DCI), muitos profissionais não o fazem por conta de fatores como a pressão e o marketing realizados pelas indústrias farmacêuticas. (Lyra Júnior *et al.*, 2004; Aguiar *et al.*, 2006).

Em 39,5% (n=767) das prescrições não possuíam especificação da forma farmacêutica ou esta foi inadequadamente escrita (ilegível ou abreviada).

Lyra Júnior e colaboradores (2004) afirmaram que formas farmacêuticas manuscritas que ofereçam dificuldade de interpretação não permitem a distinção de, por exemplo, “comp” (comprimidos) *versus* “amp” (ampolas), “caps” (cápsulas) *versus* “comp” (comprimidos) e “sup”

(supositórios) *versus* “susp” (suspensão), podendo ocorrer diferenças na técnica ou na via de administração, interferindo na segurança e na efetividade do medicamento recebido.

<b>Fonte emissora</b>	<b>Legível</b>	<b>Parcialmente Legível</b>	<b>Ilegível</b>	
HUWC	180	110	25	
MEAC	39	20	3	
HGF	7	7	1	
ICC	21	13	3	
HSJ	14	5	1	
POSTOS SMS	160	85	21	
OUTROS	87	63	29	
SEM ID	39	36	12	
<b>TOTAL</b>	<b>547</b>	<b>339</b>	<b>95</b>	<b><u>981</u></b>

Quadro 3a – Legibilidade do corpo das prescrições ditas comuns.

Fonte: Dados dos pesquisadores.

Quanto à concentração do medicamento e à posologia, 26,9% (n=523) e 19,5% (n=379) das receitas, respectivamente, apresentavam inadequações por ilegibilidade ou ausência.

São informações muito importantes em uma prescrição por conta da necessidade de o paciente receber o(s) seu(s) medicamento(s) (prescritos corretamente) na concentração determinada pelo prescritor e de tomá-los da maneira recomendada; o insucesso terapêutico e a não adesão ao tratamento são consequências do desrespeito a tais preceitos (Guzzato, 2007).

A quantidade prescrita estava mal redigida, com expressões inapropriadas ou não foi mencionada em 27,3% (n=531) das receitas: algumas delas, por exemplo, indicavam “03 caixas” em vez de “60 comprimidos”, ou “03 vidros” em lugar de “90 cápsulas”, podendo levar a erros quantitativos de dispensação.

Um mesmo medicamento, de acordo com a indústria que o fabricou, pode apresentar diferentes quantidades em seu frasco ou caixa.

Conhecer as apresentações dos medicamentos é um dever dos farmacêuticos e seus auxiliares e não necessariamente dos prescritores; estes, diferentemente dos primeiros, não têm vivência diária de lidar com estes itens. Outras prescrições ainda traziam a expressão “uso contínuo” no lugar da quantidade indicada.

<b>Fonte emissora</b>	<b>Legível</b>	<b>Parcialmente Legível</b>	<b>Ilegível</b>	
HUWC	134	70	22	
CAPS	173	101	33	
IPC	12	63	83	
POSTOS SMS	85	34	6	
OUTROS	56	40	17	
SEM ID	23	6	2	
<b>TOTAL</b>	<b>483</b>	<b>314</b>	<b>163</b>	<b><u>960</u></b>

Quadro 3b – Legibilidade do corpo das prescrições com itens sujeitos a controle especial.

Fonte: Dados dos pesquisadores.

O modo de tomar os medicamentos apresentou problemas em 31,3% (n=608) das prescrições. Tanto por conter a recomendação médica documentada quanto pelo fato de muitos pacientes ainda deixarem os consultórios com muitas dúvidas sobre seu tratamento, as instruções devem ser bem colocadas nesses documentos para serem obtidos os esclarecimentos relativos a horários, técnicas e vias de administração,

Quanto à duração do tratamento, 81,9% (n=1590) das prescrições avaliadas não continham este tempo explicitado. Conforme pode ser observado nos Quadros 4a e 4b, este foi o item que menos foi aplicado e isto é preocupante: as prescrições para pacientes cujos regimes farmacoterapêuticos eram reconhecidamente de uso contínuo (hipertensos, diabéticos, transplantados e usuários de medicamentos regulados pela Portaria SVS no. 344/1998, entre outros) não continham esta informação, o que pode ocasionar àqueles indivíduos a falsa impressão de que seu tratamento é passível de interrupções (por exemplo, quando os seus medicamentos acabam ou quando há alívio dos sintomas), gerando uma consequente diminuição na adesão farmacoterapêutica.

Fonte emissora	DCB/DCI	CONCENTRAÇÃO	FORMA FARMACÊUTICA	QUANTIDADE PRESCRITA	MODO DE USAR	DURAÇÃO TRATAMENTO	POSOLOGIA	
HUWC	110	83	191	120	83	231	74	
MEAC	7	27	32	5	21	35	3	
HGF	4	4	7	3	3	5	2	
ICC	7	15	22	7	12	17	3	
HSJ	2	11	12	2	4	17	1	
POSTOS SMS	39	96	177	71	82	205	37	
OUTROS	47	48	80	57	41	116	31	
SEM ID	12	40	34	29	27	48	12	
<b>TOTAL POR EP</b>	<b>228</b>	<b>324</b>	<b>555</b>	<b>294</b>	<b>273</b>	<b>674</b>	<b>163</b>	<b>2511</b>
%	9,08	12,90	22,10	11,71	10,87	26,84	6,49	100,0

Quadro 4a - Erros de itens inerentes a medicamentos em prescrições ditas comuns.

Fonte: Dados dos pesquisadores.

O uso de suportes eletrônicos de apoio à decisão clínica não está difundido em todos os serviços de saúde; todavia, os poucos locais que os possuem têm retratado aumento da segurança de seus pacientes e redução de gastos por conta da diminuição da prescrição inadequada (Faria-Vaz *et al.*, 2008).

Prescrições eletrônicas ou, pelo menos, digitadas por meio de editores de texto visam, por evitar a composição manual, a redução destes erros (Mastroianni, 2007; Rosa *et.al.*, 2008).

Exemplos disso são algumas prescrições de algumas unidades de saúde da família deste município e de medicamentos sujeitos a controle especial do Hospital Universitário Walter Cantídio; ambas são modelos pré-digitados que reduzem a incidência de EPs, mas que ainda necessitam de pequenos aperfeiçoamentos, como retirada do nome comercial dos medicamentos e melhor adequação do espaço destinado à posologia e ao modo do uso.

Fonte emissora	DCB/DCI	CONCENTRAÇÃO	FORMA FARMACÊUTICA	QUANTIDADE PRESCRITA	MODO DE USAR	DURAÇÃO TRATAMENTO	POSOLOGIA	
HUWC	42	29	164	36	68	219	47	
CAPS	88	42	216	13	63	299	34	
IPC	37	68	111	115	114	150	82	
POSTOS SMS	25	21	66	22	43	109	20	
OUTROS	50	27	83	44	38	103	29	
SEM ID	10	12	32	7	9	36	4	
<b>TOTAL POR EP</b>	<b>252</b>	<b>199</b>	<b>672</b>	<b>237</b>	<b>335</b>	<b>916</b>	<b>216</b>	<b>2827</b>
%	8,91	7,04	23,77	8,38	11,85	32,40	7,64	100,00

Quadro 4b – Erros de itens inerentes a medicamentos sujeitos a controle especial.

Fonte: Dados dos pesquisadores.

Quanto ao farmacêutico, é inegável sua importância para a dispensação de medicamentos e para a avaliação e compreensão corretas de receitas médicas; contudo, ele não deve se apoiar nas não conformidades nas prescrições recebidas e aviar receitas em desacordo com a legislação vigente.

Ele deve também atuar junto aos gestores públicos no âmbito do SUS e demonstrar empenho em alterar o quadro atual de prescrição e dispensação de medicamentos que ele presencia; mais do que respeitar prescrições, o seu papel e no comprometimento do paciente com a adesão ao tratamento na prevenção de problemas relacionados com medicamentos (PRMs) é fundamental.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das prescrições mostrou que a maior parte delas foi emitida no sistema público de saúde e que as receitas com itens das listas da Portaria nº 344/1998 apresentaram mais erros de prescrição em relação às ditas como comuns.

Foi observado também que muitos destes erros não ocorreram de maneira isolada, e que os mais frequentes foram os erros no uso da denominação genérica e na duração do tratamento farmacológico – que foi, neste estudo, o item mais contrariado.

Mais do que simples detalhes, os erros de prescrição, frequentemente, são decisivos no ciclo que envolve aquisição/dispensação e administração do medicamento, adesão ao tratamento proposto pelo prescritor e efetividade da terapêutica farmacológica.

A efetivação do direito à saúde deve compreender, entre outras etapas: consulta médica adequada, que esclareça o paciente sobre sua condição de saúde; boas práticas de prescrição, para a devida compreensão das instruções do prescritor pós-consulta.

No âmbito do SUS, devem ser trabalhados os aspectos da estrita legalidade na elaboração e no atendimento/dispensação de prescrições, bem como um pacto multiprofissional entre farmacêuticos, enfermeiros, médicos e odontólogos – profissionais frequentemente envolvidos no ciclo da prescrição.

A adoção de sistemas eletrônicos de prescrição ou, ao menos, de prescrição informatizada, é um meio para tornar as prescrições mais legíveis/inteligíveis aos pacientes e profissionais que com elas tem contato.

## REFERÊNCIAS

Aguiar, G.; Silva Júnior, L. A.; Ferreira, M. A. M. (2006). Ilegibilidade e Ausência de Informação nas Prescrições Médicas: Fatores de Risco Relacionados a Erros de Medicação. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 19, n. 2, p. 84-91. e-ISSN-1806-1230.

Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*, promulgada em 05 de outubro de 1988, Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em 13 mai. 2013.

\_\_\_\_\_. (1973). *Lei nº 5991, de 17 de dezembro de 1973*. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/lei\\_5991\\_73.htm](http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/lei_5991_73.htm)>. Acesso em 09 out 2019.

\_\_\_\_\_. (1999). *Lei nº 9787, de 10 de fevereiro de 1999*. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Disponível em <[http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/lei\\_9787\\_99.htm](http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/lei_9787_99.htm)>. Acesso em 09 out 2019.

\_\_\_\_\_. (1998). *Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998*. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/344\\_98.htm](http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/344_98.htm)>. Acesso em 09 out 2019.

\_\_\_\_\_. (1998). *Portaria GM/MS nº 3916, de 30 de outubro de 1998*. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/portaria\\_3916\\_98.pdf](http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/portaria_3916_98.pdf)>. Acesso em 09 out 2019.

\_\_\_\_\_. (1996). *Resolução CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em <[http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_96.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm)>. Acesso em 04 nov. 2013

Dallari, S. G. (2009). A construção do Direito à Saúde no Brasil. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo v. 9, n. 3 p. 9-34 Nov. 2008 /Fev. ISSN.2316-9044.

Ev, L. S.; Guimarães, A. G.; Castro, V. S. (2008). Avaliação das prescrições dispensadas em uma unidade básica de saúde do município de Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil. *Latin American Journal Pharmaceutical*, v. 27, n.4, p. 543-47. ISSN 0326 2383.

Faria-Vaz, A.; Broeiro, P.; Tomé, A. (2008). Os sistemas de prescrição electrónica. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, v. 24, p.632-640. ISSN 0870-7103.



Farias, A.D.; Cardoso, M.A.A.; Medeiros, A.C.D.; Belém, L.F.; Simões, M.O.S. (207). Indicadores de prescrição médica nas unidades básicas de Saúde da Família no município de Campina Grande, PB. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 10, n. 2, p. 149-56. ISSN 1980-5497.

Guzatto, P.; Bueno, D. (2007). Análise de Prescrições Medicamentosas Dispensadas na Farmácia de uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre – RS. *Revista do HCPA*, v. 27, n. 3. p. 20-26. ISSN 1983-5485.

Lyra Júnior, D.P.; Prado, M.C.T.A.; Abriata, J.P.; Pelá, I.R. (2004). As prescrições médicas como causadoras de risco para problemas relacionados com os medicamentos. *Seguimento Farmacoterapêutico*. v. 2, n. 2, p.86-96. ISSN 1806-0870.

Mastroianni, P.C. (2009). Análise dos aspectos legais das prescrições de medicamentos. *Revista Ciências Farmacêuticas Básica Aplicada*, v. 30, n. 2, p.45-48. ISSN: 1808-4532.

Néri, E.D.R. (2004). *Determinação do perfil dos erros de prescrição de medicamentos em um hospital universitário*. Tese (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem – Departamento de Farmácia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2004. Disponível em <[http://www.teses.ufc.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=314](http://www.teses.ufc.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=314)>. Acessado em 06 nov. 2013.

Nogueira, P. (2011). Médicos que não sabem prescrever remédios. *Unesp Ciência*, v. 1, n. 2, p.42-3.

Oliveira, S.G.M. (2008). *Determinação da taxa de segurança do processo de prescrição de medicamentos em um hospital de referência pneumo-cardiológica do Ceará*. Tese (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem – Departamento de Farmácia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. Disponível em <[http://www.teses.ufc.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=3782](http://www.teses.ufc.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=3782)>. Acesso em 30 out. 2013.

Organização Mundial De Saúde. (1946). *Constituição da Organização Mundial de Saúde*. Disponível em <[http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMSOrganiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao\\_daorganizacao\\_mundialda\\_saude\\_omswwho.html](http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMSOrganiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao_daorganizacao_mundialda_saude_omswwho.html)>. Acesso em 02 out 2019.

Painel de Consenso. (2007). Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Clínicos Negativos Asociados a la Medicación (RNM). *Ars Pharmaceutica*, v. 48, n. 1, p.5-17. ISSN 2340-9894.

Portela, A. S.; Simões, M. O. S.; Fook, S. M. L.; Neto, A. M. N.; Silva, P. C. D. (2010). Prescrição médica: orientações adequadas para o uso de medicamentos? *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 15, p. 3523-8. ISSN 1413-8123.

Rosa, M.B. (2005). Anatomia dos erros. *Pharmacia Brasileira*, v. 49, p.8-17. ISSN 1414-4794.

Rosa, M. B.; Perini, E.; Anacleto, T. A.; Neiva, H. M.; Bogutchi, T. (2009). Erros na prescrição hospitalar de medicamentos potencialmente perigosos. *Revista Saúde Pública*, v. 43, n. 3, p. 490-8. ISSN 1518-8787.

Santos, Lenir et. al. (2010). *Direito da Saúde no Brasil*. 1. ed. Campinas: Saberes.

