

ANÁLISE DE PRESCRIÇÕES EM MATERNIDADE PÚBLICA BRASILEIRA

ANALYSIS OF PRESCRIPTIONS IN BRAZILIAN PUBLIC MATERNITY

ANÁLISE DE PRESCRIPCIONES EN MATERNIDAD PÚBLICA BRASILEÑA

RESUMO

Objetivo: Analisar prescrições médicas em maternidade pública brasileira quanto à apresentação de informações sobre a paciente, o prescritor e os medicamentos.

Métodos: Foram analisadas prescrições do mês de Abril de 2013 até se obter um número de prescrições completas contendo um mínimo de 1.000 itens contendo medicamentos. Verificou-se o cumprimento por parte dos prescritores dos procedimentos legais e institucionais. Realizou-se também a análise individual de todos os medicamentos prescritos quanto à ocorrência de erros.

Resultados: Foram analisadas 194 prescrições médicas com 1002 itens contendo medicamentos. A forma predominante de redação foi a manuscrita (n=142; 73,19%). Identificou-se ausência ou ilegibilidade do nome das pacientes em 31,96% (n=62) das prescrições e falta de assinatura e carimbo/número de registro no conselho de classe do prescritor em 13,40% (n=26). Erros relacionados aos medicamentos foram observados em 108 prescrições (55,67%), destacando-se o erro de dose. O uso de abreviaturas ocorreu na prescrição de 98,78% (n=973) medicamentos, sendo que em 17,98% (n=175), o uso foi considerado perigoso.

Conclusão: Identificou-se a existência de falhas no processo de redação da prescrição de medicamentos, com erros nos dados referente às pacientes, aos medicamentos e aos prescritores, em desacordo com a legislação vigente e com potencial para o comprometimento da qualidade da assistência prestada às pacientes internadas.

Descritores: Segurança do paciente; Prescrição; Erros de medicação; Maternidade.

ABSTRACT

Aim: To analyze prescriptions in brazilian public maternity as information related about patient, prescriber and drugs.

Methods: Prescriptions of April 2013 were analyzed to obtain a number of completed prescriptions containing a minimum of 1000 items containing medications. The observance of prescribers about legal and institutional procedures was checked. An individual analysis of all prescription drugs for the occurrence of errors has also accomplished.

Results: 194 prescriptions were analyzed with 1002 items containing medications. The predominant form of writing was handwritten (n=142; 73,19%). Absence or illegibility of the patients name was identified in 31,96% (n=62) of the prescriptions and lack of signature and stamp of the prescribing physician in 13,40% (n=26). Errors related to medications were observed in 108 prescriptions (55,67%), highlighting the error in dose. The use of abbreviations occurred in 973 (98,78%) drugs and in 175 (17,98%) this use were considered dangerous.

Conclusion: The existence of failures was identified in the writing process of drug prescription with errors in the data related to patients, prescribers and drugs, in disagreement with current legislation and with the potential to compromise the quality of care provided to hospitalized patients.

Descriptors: Patient safety; Drug prescriptions; Medication erros; Maternity.

RESUMEN

Objetivo: analizar prescripciones en una maternidad pública brasileña acerca la presentación de informaciones sobre la paciente, el médico prescriptor y las drogas.

Métodos: Se analizaron las prescripciones del mes de abril de 2013 até obtener un número de prescripciones completas que contienen un mínimo de 1.000 artículos que contienen medicamentos. Se evaluó el cumplimiento por los prescriptores de los procedimientos legales y institucionales. También se realizó un análisis individual de todos los medicamentos recetados para la ocurrencia de errores.

Resultados: Fueron analizadas 194 prescripciones con 1002 artículos que contienen medicamentos. La forma predominante de la escritura fue escrita a mano (n=142; 73,19%). Ausencia o ilegibilidad del nombre de las pacientes fue identificada en 31,96% (n=62) prescripciones y la ausencia de firma y sello del médico prescriptor en 13,40% (n=26). Se observaron errores relacionados con medicamentos en 108 prescripciones

Antonio Emmanuel Paiva de Araujo¹
Mylenne Borges Jácome Mascarenhas¹
Eugenie Desirée Rabelo Néri¹
Hannah Iório Dias¹
Marta Maria De França Fonteles²
Paulo César De Almeida²

1. Maternidade Escola Assis
Chateaubriand
2. Universidade Federal do Ceará

Recebido em: 26/03/2014

Aceito em: 27/07/2014

Autor para Correspondência:
Antônio Emmanuel Paiva de Araújo
Maternidade Escola Assis
Chateaubriand
E-mail:
emmanuelpaiva.ep@gmail.com

(55,67%), destacando el error en la dosis. El uso de abreviaturas ocurrió en 973 (98,78%) medicamentos, y en 175 (17,98%) fueran considerados peligrosos.

Conclusão: Se identificó la existencia de fallas en el proceso de redacción de prescripción de medicamentos, con errores en los datos relativos a las pacientes, los prescriptores y los medicamentos, en desacuerdo con la legislación vigente y con el potencial de poner en peligro la calidad de la atención prestada a pacientes hospitalizadas.

Descritores: Seguridad del paciente; Recetas de medicamentos; Errores de medicación; Maternidad.

INTRODUÇÃO

A preocupação com a qualidade do cuidado e com a segurança do paciente é questão de alta prioridade mundial. Um marco importante nesse sentido foi dado na 57ª Assembleia Mundial da Saúde, em 2004, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou formalmente a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com o objetivo de despertar a consciência e o comprometimento político para melhorar a segurança na assistência e apoiar os países no desenvolvimento de políticas públicas e práticas para segurança do paciente em todo o mundo¹.

No Brasil, o Ministério da Saúde, através da Portaria Nº 529, de 1º de Abril de 2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que visa contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Por este documento, segurança do paciente é definido como "redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde"².

A Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), em 25 de julho de 2013, publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº36, a qual institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde. Por esta resolução, a direção do serviço de saúde deve constituir um Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), o qual será responsável por elaborar e executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP). Dentre os objetivos do PSP está o de garantir a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos³.

A prevenção de erros na etapa de prescrição é uma das medidas de maior relevância na redução de erros de medicação, pois os equívocos na prescrição são os tipos mais comuns dentre os erros que ocorrem na utilização de medicamentos⁴. Erro de Prescrição seria um erro clinicamente significativo, de decisão (relacionados ao conhecimento do prescriptor) ou de redação (relacionados ao processo de elaboração da prescrição), não intencional, que pode reduzir a possibilidade do tratamento ser efetivo ou aumentar o risco de lesão no paciente, quando comparado com as práticas clínicas estabelecidas e aceitas⁵.

A Prescrição é um documento legal pelo qual se responsabilizam quem prescreve (médico ou odontólogo) e quem dispensa (farmacêutico), estando sujeito à legislação de controle e vigilância sanitários⁶. No contexto hospitalar, inclui-se ainda o papel da equipe de enfermagem, a qual é a responsável legal pela etapa de administração de medicamentos conforme Decreto Lei nº 94.406/87⁷. Neste sentido, a prescrição deve conter elementos mínimos, de forma a conferir a eficiência necessária ao processo de assistência, garantindo que a ordem prescrita seja rigorosamente transmitida obtendo-se resultados terapêuticos otimizados⁸.

Para se garantir a segurança na prescrição (um dos objetivos do PSP), faz-se necessário conhecer quais falhas ocorrem, identificar suas possíveis causas e desenvolver sistemas de barreiras⁴. Assim, o presente trabalho pretende analisar prescrições em maternidade pública brasileira quanto à apresentação de informações sobre a paciente, o prescriptor e os medicamentos.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo e exploratório de base documental realizado em maternidade pública de ensino localizada no nordeste brasileiro, no qual foram analisadas as segundas vias de prescrições elaboradas nos serviços de Emergência, Obstetrícia Clínica, Obstetrícia Cirúrgica, Clínica Ginecológica e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) atendidas pelo Serviço de Farmácia em Abril de 2013 (randomizadas) até obter um número de prescrições contendo um mínimo de 1.000 itens com medicamentos. O número de itens analisados foi calculado tomando como base estudo anterior realizado por Néri⁹, no qual foi calculado o tamanho amostral, considerando $p < 0,05$ e taxa de prevalência de erros de prescrição descritas na literatura mundial. Não foram incluídas neste estudo: prescrições sem medicamentos; prescrições que continham somente administração de hemocomponentes (sangue, plaquetas, plasma e crioprecipitado) e prescrições da Unidade de Neonatologia.

Foi realizada a contagem do número de itens prescritos, considerando linha a linha de prescrição, todas as ordens do prescriptor, contendo ou não medicamento. Após a quantificação do número de itens, verificou-se em quantos deles existia um ou mais medicamentos prescritos, desconsiderando-se na contagem os itens cancelados ou suspensos antes da prescrição chegar à Farmácia.

As informações foram coletadas utilizando-se dois formulários desenvolvidos e validados por Néri¹⁰:

Formulário Geral de Identificação: utilizado para verificar o cumprimento dos procedimentos legais (registro do nome completo do paciente, data, presença da assinatura e do carimbo com número de registro no conselho) e institucionais (registro do número do prontuário, leito e clínica onde a paciente está internada) pelos prescritores.

Formulário de Identificação de Erros por Medicamento Prescrito: utilizado na análise individual de todos os medicamentos prescritos quanto à ocorrência de erros.

Cada prescrição recebeu os formulários de coleta de dados com numeração sequencial de identificação. Inicialmente, fazia-se o preenchimento do formulário geral de identificação; a seguir, preenchia-se o formulário de identificação de erros por medicamento prescrito.

A descrição das variáveis analisadas encontra-se no Quadro 1.

Quadro 1- Definições das variáveis estudadas na análise de prescrições em maternidade pública, de ensino, brasileira (Abril/2013).

NOME DA VARIÁVEL	DEFINIÇÃO
Serviço	Serviço do qual foi originada a prescrição do medicamento
Prescriptor	Responsável pela prescrição
Gradação do prescriptor	Grau de formação do prescriptor no momento da elaboração da prescrição selecionada (residente: R1, R2 ou R3; staff ou plantonista)
Número de itens prescritos	Número de itens, contendo medicamentos ou não, prescritos no receituário selecionado.
Número de itens prescritos contendo medicamento	Número de itens prescritos, contendo um ou mais medicamentos no receituário selecionado.
Número de medicamentos prescritos	Número de medicamentos identificados nas prescrições selecionadas.
Medicamento prescrito	Medicamento presente na prescrição coletada.
Tipo de denominação utilizada	Tipo de denominação utilizada na prescrição do medicamento (genérica, comercial ou fórmula química)
Forma de redação da prescrição	Forma de redigir a prescrição: manuscrita, digitada ou mista (aquela inicialmente digitada, mas com posteriores acréscimos/alterações manuais).
Legibilidade	Cada item prescrito foi analisado, palavra a palavra, sendo considerado ilegível aquele cuja leitura levou a um maior gasto de tempo do pesquisador, não havendo entendimento completo do que estava escrito.

Foi consultado o sistema informatizado utilizado na instituição para localização do serviço de origem das prescrições, nos casos em que não havia identificação, bem como para verificação do número do prontuário e nome da paciente.

Os dados do formulário de identificação de erros, por medicamento prescrito, foram analisados utilizando-se como fontes de consulta: bulas de medicamentos, Protocolos Clínicos constantes no sítio da instituição na internet e a base de dados Micromedex HealthCare Series[®] versão 2.011. Os medicamentos constantes nas prescrições foram codificados de acordo com a classificação ATC (Anatomical Therapeutic Classification) da OMS¹².

Os dados foram processados no SPSS versão. 20.0 (licença 10101131007) e os resultados expressos por distribuição de frequências absolutas e percentuais. Realizou-se análise de associação entre o grau de formação dos prescritores e ausência/erros relacionados aos medicamentos por meio do teste de Fisher-Freeman-Halton; comparou-se as proporções de sim e não para cada prescritor, segundo a ausência de dados e presença de erros, por meio do teste z de proporções. Considerou-se como estatisticamente significante as análises cujo $p < 0,05$.

A execução do estudo obedeceu às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos¹³, e, antes de sua realização, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (Número de registro na Plataforma Brasil – CAAE: 19813313.1.0000.5050).

RESULTADOS

Nas 194 prescrições analisadas, foram encontrados 1.696 itens (média de 8,74 ± 3,82, variando de 1 a 26 itens por prescrição). Destes, 1.002 itens (59,08%) continham medicamentos (média de 5,16 ± 3,28), sendo que em 28 foram prescritos mais de um medicamento no mesmo item. Ao todo foram prescritos 1030 medicamentos (média de 5,31 ± 3,43, variando de 1 a 22 medicamentos por prescrição).

Quanto aos componentes legais e institucionais, observou-se ausência ou ilegibilidade do nome das pacientes em 31,96% (n=62) das prescrições, além de falta de assinatura e/ou carimbo do prescritor em 13,40% (n=26) das prescrições. A ausência ou ilegibilidade do número do prontuário foi observada em 51 (26,29%) prescrições. Com relação à origem das prescrições, identificou-se a ausência do local de internação e identificação dos leitos em 94,84% (n=184) das prescrições (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil das prescrições de maternidade pública, de ensino, brasileira quanto aos componentes legais e institucionais em (Abril/2013) *

Componente Analisado	Sim		Não		Ilegível		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Nome completo da paciente	132	68,04	8	4,12	54	27,84	194	100,00
Número do prontuário	143	73,71	37	19,07	14	7,22	194	100,00
Prontuário certo	139	97,20	4	2,80	-	-	143	100,00
Data	124	63,92	68	35,05	2	1,03	194	100,00
Assinatura do prescritor	189	97,42	5	2,58	-	-	194	100,00
Carimbo ou número do registro profissional	169	87,11	21	10,82	4	2,06	194	100,00
Leito	180	92,78	10	5,15	4	2,06	194	100,00
Clínica	20	10,31	174	89,69	0	0,00	194	100,00
Clínica correta	15	75,00	5	25,00	-	-	20	100,00

*em uma mesma prescrição podem ocorrer mais de um erro no cumprimento dos componentes legais e institucionais.

O serviço de Obstetrícia Clínica, no qual se internam mulheres em gestação de alto risco e puérperas de parto natural, foi aquele com maior número de prescrições analisadas (n=120; 61,86%). Não foi possível localizar a origem de cinco prescrições (2,58%) devido à ausência de clínica e leito.

A forma predominante de redação das prescrições analisadas foi a manuscrita (n=142; 73,19%), seguida pela mista (n=38; 19,59%). O índice de prescrições digitadas foi de 7,22% (n=14).

Quanto à legibilidade, 45 medicamentos (4,37%) foram considerados ilegíveis (Figura 1), restando 985 medicamentos legíveis. Destes, 77,56% (n=764) foram prescritos pelo nome genérico, 21,42% (n=211) pelo nome comercial e 1,02% (n=10) pela fórmula química.

A possibilidade de confusão sobre a quantidade de medicamento a ser dispensada pela farmácia e administrada pela equipe de enfermagem foi identificada como possível em 12,49% (n=123) dos medicamentos legíveis analisados. A prescrição de injetáveis para diluição em água destilada (AD) (dipirona e metoclopramida, por exemplo) na forma "2:18 AD", a qual não define claramente se estas quantidades referem-se ao número de ampolas do medicamento e do diluente ou ao volume em mililitros de cada um, foi a mais prevalente, correspondendo a 95,12% (n=117). Os demais itens foram semelhantes ("1:19 AD"; "2:1:17 AD"; "4:18 AD" / n=6).

Distribuindo-se os medicamentos conforme a classificação ATC por grupo terapêutico, destacaram-se os analgésicos (N02), com 202 (20,51%), seguidos pelos fármacos para distúrbios gastrointestinais (A03), substitutos do sangue e soluções para perfusão (B05) e antianêmicos (B03), com 158 (16,04%), 96 (9,75%) e 88 (8,93%), respectivamente. Os cinco medicamentos prescritos com maior frequência foram: paracetamol, sulfato ferroso, dipirona, simeticona e bromoprida.

Quanto ao grau de formação dos prescritores, a categoria composta por médicos residentes do primeiro ano (R1) foi a responsável pelo maior volume de prescrições selecionadas (n=104; 53,61%), seguido pelos médicos responsáveis (staffs) e plantonistas (n=40; 20,62%). Residentes no segundo e terceiro ano (R2 e R3), foram responsáveis por 15,98% (n=31). Em 19 prescrições (9,79%) não foi possível a identificação do prescritor, em virtude da ausência ou ilegibilidade da assinatura e do número de registro profissional.

Observou-se em 91,75% (n=178) das prescrições ausência de dados relacionados aos medicamentos e em 55,67% (n=108) a ocorrência de erro de prescrição. A Tabela 2 apresenta a distribuição dos prescritores segundo o grau de formação e ausência de dados e erros relacionados aos medicamentos. Através da aplicação do Teste de Fisher-Freeman-Halton, identificou-se que a ausência de dados se distribuiu em igual proporção entre os prescritores ($p=0,254$) e que em cada grupo a ausência foi muito superior a não ausência ($p < 0,05$). Já para a ocorrência de erros, verificou-se que a proporção de erros se distribuiu de maneira diferente entre os grupos ($p=0,021$), com destaque para os médicos R2 ($p=0,004$) com taxa de 80,00%.

Tabela 2 – Distribuição do número de prescritores, segundo a formação e ausência de dados e erros relacionados aos medicamentos em maternidade pública, de ensino, brasileira (Abril/2013).

Grau de formação do prescritor	SIM		NÃO		p ¹
	n	%	N	%	
Ausência de dados (p ² de Fisher-Freeman-Halton = 0,254)					
R1	96	92,31	8	7,69	<0,0001
R2	25	100,00	-	-	
R3	6	100,00	-	-	
Plantonista/Staff	35	87,50	5	12,50	<0,0001
Não identificado	16	84,71	3	15,79	<0,004
Presença de erros (p ² de Fisher-Freeman-Halton = 0,021)					
R1	56	53,85	48	46,15	0,492
R2	20	80,00	5	20,00	0,004
R3	1	16,67	5	83,33	
Plantonista/Staff	23	57,50	17	42,5	0,429
Não identificado	8	42,11	11	57,89	0,647

¹ Comparação das proporções de SIM e NÃO em cada grupo de prescritor.

² Comparação das proporções de SIM e NÃO entre os prescritores

Analisando-se a ausência de dados dos medicamentos legíveis, verificou-se que a concentração não foi descrita em 44,37% destes (n=437). A dose que deveria ser administrada não foi indicada em 6,29% (n=62); a forma farmacêutica que deveria ser utilizada para administração do medicamento não foi identificada em 40,61% (n=400); a via de administração não esteve indicada para 5,08% (n=50). Para 5,28% (n=52) os intervalos entre doses para sua utilização não foram definidos (Figura 1).

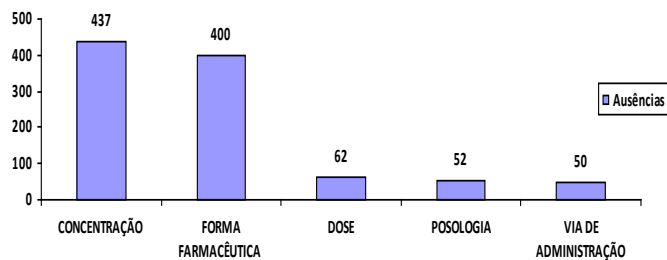


Figura 1 – Informações ausentes relacionadas aos medicamentos em prescrições de maternidade pública brasileira (Abril/2013).

Quando a ocorrência de erros de prescrição, prevaleceu o erro de dose do medicamento (n=134; 13,60%). A ausência de unidade métrica (prescrições do tipo “2:18 AD” e semelhantes) foi observada em 91,73% (n=123) e erros de cálculo de dose em 8,27% (n=11). Erros de forma farmacêutica foram encontrados em 3,76% (n=37), erro de posologia em 1,01% (n=10) e de concentração em 0,61% (n=6) dos medicamentos. Não foram encontrados problemas relacionados à via de administração (Figura 2).

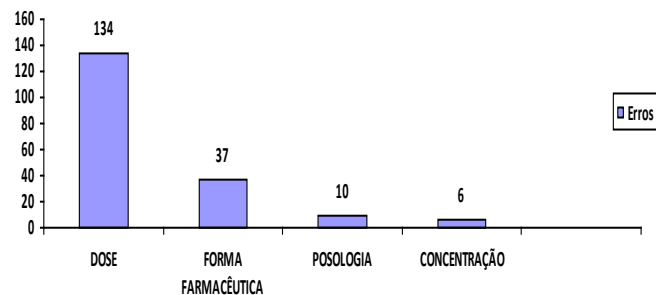


Figura 2 – Erros relacionados aos medicamentos em prescrições de uma maternidade pública, de ensino, brasileira (Abril/2013).

No que diz respeito aos medicamentos injetáveis (n=466; 47,31%) identificou-se que dentre aqueles que necessitavam da prescrição da velocidade de infusão (n=192), esta foi omitida em 41,67% (n=80). Quanto aos que necessitavam de diluente compatível prescrito (n=350), o mesmo esteve ausente em 19,14% (n=67), sendo que 6,57% (n=23) eram medicamentos anti-infecciosos. Dos 283 (80,86%) medicamentos com prescrição de diluente, 14 (4,95%) não identificaram o volume e 2 (0,71%) estavam com volume inadequado.

Em relação à prescrição de informações adicionais para dispensação e administração, identificou-se a ausência de uma ou mais destas para 343 (34,82%) medicamentos, sendo a indicação do uso daqueles “se necessário” a mais prevalente (n= 181; 52,77%); as demais foram: “administrar o medicamento com as refeições” ou “uma hora antes ou duas horas após” (n=172; 50,15%), “tomar em jejum pela manhã” (n=14; 4,08%) e informar o dia de uso do antimicrobiano para controle da duração do tratamento (n=13; 3,79%).

O uso de uma ou mais abreviaturas ocorreu em 98,78% (n=973)

dos medicamentos, sendo mais observadas na via de administração (n=908; 92,18%), posologia (n=710; 72,08%) e forma farmacêutica (n=498; 51,18%). Detectou-se o uso de abreviaturas no nome de 93 medicamentos (9,56%), uso de “U” ou “UI” em 55 (5,65%); uso de “SC” em 25 (2,57%) e “cc” em 2 (0,20%).

A frequência de medicamentos prescritos fora da padronização foi de 17,36% (n=171), sendo o Paracetamol de 750mg (n=65; 38,01%) e Sulfato Ferroso 300mg (equivalente a 60mg de ferro elementar) (n=47; 27,98%) os mais prescritos. Deve-se destacar que estes medicamentos constam no guia farmacoterapêutico da instituição, porém em outras apresentações (Paracetamol 500mg e Sulfato Ferroso 109mg equivalente a 40mg de ferro elementar).

DISCUSSÃO

A amostra utilizada neste estudo esteve condicionada à obtenção do quantitativo mínimo desejado de itens contendo medicamento (pelo menos mil itens), chegando-se a 194 prescrições com 1002 itens contendo medicamentos. Estudos envolvendo qualidade e erros de prescrição no Brasil, analisaram quantitativos de prescrições diferentes^{6,8,10,14,15,16}. A decisão de incluir prescrições de somente um dia por semana, deveu-se ao fato de que a análise diária das prescrições acarretaria em contagem repetitiva dos dados.

O número médio de medicamentos por prescrição (5,31) foi superior ao identificado por Araújo & Uchôa⁶ (4,47) e inferior ao visto por Cruciol-Souza⁸ (7,00) e Néri¹⁰ (7,30). Esta diferença é possivelmente atribuída a diferença entre os tipos de hospitais analisados, visto que, diferente dos autores citados que realizaram seus estudos em hospitais universitários gerais, este foi realizado em um hospital especializado (maternidade).

Quanto ao cumprimento dos critérios legais e institucionais, foi observada na identificação da paciente a maior taxa de ilegitimidade. Araújo & Uchôa⁶ encontraram frequência menor (21,95%). Esse resultado aponta para a urgência da necessidade de adoção da meta 1 do PSP: identificação segura nas prescrições da instituição onde a pesquisa foi realizada.

A assinatura do prescritor esteve presente na maioria das prescrições analisadas. Cruciol-Souza⁸ obteve frequência de 88,0% e Néri¹⁰ de 100,0%. Em quase 90,0% havia presença de carimbo ou número do registro profissional, resultado superior ao obtido por Aguiar¹⁶ em uma clínica obstétrica (35,7%). A taxa de ilegitimidade do número registro no conselho profissional do prescritor (carimbo) foi superior ao identificado por Néri¹⁰ (0,40%). Nome do prescritor, assinatura e número do registro no conselho profissional, quando associados, conferem à prescrição validade legal, e quando essas informações estão ilegíveis ou omissas as prescrições não devem ser dispensadas ou cumpridas⁹. Os resultados encontrados indicam a necessidade de trabalhar na instituição onde o estudo foi desenvolvido, a educação para a identificação completa do prescritor nos receituários e a revisão dos processos de dispensação na Farmácia, visto ser a identificação do prescritor (assinatura) e número de registro no conselho profissional (número manuscrito ou carimbo) condições legais obrigatórias para a dispensação de medicamentos.

Quando analisada a data, outro quesito que confere validade à prescrição, sua ausência foi observada em quase 40% das prescrições, resultado este superior aos encontrados por Néri¹⁰ (3,60%) e Miasso¹⁵ (4%). A presença de data é um referencial fundamental para que se possa acompanhar a evolução histórica do paciente e para que os medicamentos sejam dispensados, administrados e analisados a cada período de tempo padronizado¹⁶, bem como remete mais uma vez a necessidade de revisão dos processos de trabalho na elaboração de prescrições e na dispensação de medicamentos.

Em relação à ausência de identificação da unidade onde a paciente se encontrava internada, Cruciol-Souza⁸ e Néri¹⁰ encontraram omissões menores que a identificada neste estudo, de 1,6% e 4,9%, respectivamente. Quanto a ausência do número do leito, o resultado encontrado foi maior que os encontrados por Néri¹⁰ (zero) e Araújo & Uchôa⁶ (99,43%), sinalizando a necessidade de mudanças no processo de elaboração da prescrição.

Problemas na identificação da prescrição podem resultar em aumento no tempo gasto para dispensação dos medicamentos pela Farmácia, além

de risco de troca de medicamentos entre pacientes. O farmacêutico ou o auxiliar precisa, muitas vezes, deslocar-se ao Posto de Enfermagem para identificar a qual paciente pertence a prescrição, qual o leito ou qual o médico responsável, localizá-lo e retirar dúvidas, com consequente atraso na entrega da dose individual. Desta forma, é de fundamental importância que todos os elementos de identificação estejam presentes, para que seja prestada a melhor assistência ao paciente⁶.

Quanto a forma de redação das prescrições, prevaleceram as manuscritas, resultado semelhante ao observado por Néri¹¹ (72,15%), sendo descrita na literatura uma maior relação entre prescrições manuscritas e taxas de erros^{16,17}. Dentre os itens contendo medicamentos, (n=1002), 4,29% (n=43) foram prescritos de forma manual e ilegível, resultado este superior ao identificado por Néri¹⁰ (0,50%). A avaliação de legibilidade, entretanto, pode conter um certo grau de subjetividade, pois uma série de fatores individuais de quem lê (acuidade visual, experiência profissional) e do ambiente (luminosidade, uso do papel carbono para obter a segunda via) podem interferir nesta atividade¹⁶.

Segundo a Lei dos Medicamentos Genéricos (lei 9.787 de 10 de fevereiro de 1999) as prescrições médicas e odontológicas de medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS devem adotar obrigatoriamente a Denominação Comum Brasileira ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional¹⁸. A denominação comercial foi identificada em 21,42% dos medicamentos prescritos, demonstrando que a legislação ainda não é plenamente cumprida. Araújo & Uchôa⁶ obtiveram menor índice, 18,65%, enquanto Néri¹⁰ observou em 30,76% dos itens. Aguiar¹⁶ notou a utilização de denominação comercial em 54,5% dos medicamentos prescritos em um serviço hospitalar de clínica obstétrica.

Analisando-se a distribuição dos prescritores e a ausência de dados relacionados aos medicamentos, verificou-se distribuição homogênea entre os grupos, não estando relacionada ao grau de formação. A ausência de informações na prescrição médica dificulta a comunicação interprofissional, podendo resultar em erros de medicação, comprometendo a segurança na assistência ao paciente^{8,15}.

Concentração e forma farmacêutica foram, também, os dados mais ausentes nos estudos de Aguiar¹⁶ na clínica obstétrica de um Hospital de Fortaleza-CE (78,7% e 62,1%, respectivamente) e Néri¹⁰ (47,7% e 48,6%, respectivamente), porém em frequências maiores que as obtidas neste estudo (44,37% e 40,61%, respectivamente). A omissão da concentração pode configurar-se em problema quando existe mais de uma concentração disponível para o medicamento, levando a administração de doses maiores ou menores que a desejada, enquanto que a omissão da forma farmacêutica pode levar a administração errada em situações em que existem duas formas farmacêuticas com a mesma concentração, ou alterações na relação dose/resposta para os medicamentos com formas de liberação comum e controlada¹⁰.

A presença de erros de prescrição foi superior em todos os grupos, exceto o R3, e, estatisticamente significativa entre os médicos R2 (p<0,05). Esse contexto sugere que devem existir estratégias institucionais, tais como ações de educação continuada voltadas ao aperfeiçoamento da prescrição e a presença do farmacêutico junto ao corpo assistencial para promoção de uma farmacoterapia racional e segura.

Prevaleceram os erros relacionados à quantidade/dose com 13,60% dos itens, acima do observado por Néri¹⁰. Foi observado ausência de unidade métrica em 91,73% e erro no cálculo da dose em 8,27%, enquanto Néri¹⁰ encontrou valores de 88,30% e 9,90% para os respectivos erros. O National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP), através do Recommendations to enhance accuracy of prescription writing, orienta que devem estar explícitas na prescrição as unidades métricas de concentração e dose do medicamento²⁰.

A omissão da velocidade de infusão para os medicamentos injetáveis que dela necessitava foi evidenciada em 41,67% destes itens. Antimicrobianos, eletrólitos, fármacos que atuam sobre o sistema cardiovascular, anestésicos, analgésicos e sedativo-hipnóticos são exemplos de medicamentos que necessitam de velocidade de infusão, a fim de se manter concentrações do fármaco em níveis adequados para obtenção da melhor resposta terapêutica ao longo do tempo, bem como evitar e controlar a ocorrência de reações adversas. Néri¹⁰ evidenciou essa

omissão em 78,20% dos itens, estando associada à ocorrência de erro de prescrição potencialmente fatal ou grave.

Ausência de diluente ou diluente sem volume definido foi observado em 67 (19,14%) injetáveis. Este quadro pode levar a erros causados principalmente pela falta de informação, orientação ou padronização das diluições entre os auxiliares de enfermagem¹⁶.

A presença de informações adicionais na prescrição de medicamentos contribui na qualidade da comunicação entre a equipe multiprofissional, auxiliando na prevenção de erros e assegurando que o tratamento medicamentoso seja cumprido de forma segura²¹. É importante explicitar para a equipe de enfermagem, na prescrição médica, em quais situações administrar os medicamentos se necessário, com indicação de posologia e dose máxima. O conhecimento acerca da interação medicamento-alimento auxilia a equipe na definição do aprazamento correto, aumentando a efetividade do tratamento instituído. A contagem do dia de uso de antibióticos na prescrição favorece a racionalidade de seu uso, otimizando o controle da comissão de controle de infecção hospitalar e serviço de farmácia sobre a administração do medicamento dentro do período previamente estipulado, minimizando a seleção de germes patogênicos e da emergência de resistência microbiana.

Com relação ao uso de abreviaturas, Néri¹⁰ verificou frequência de 98,40%, semelhante a obtida no presente estudo. Este resultado sugere que o uso de abreviaturas faz parte da prática cotidiana, sendo justificada pela economia de tempo, entretanto, pode ter efeito oposto quando gera dificuldade de interpretação à equipe assistencial.

Abreviaturas consideradas perigosas representaram quase 1/5 do total de abreviaturas utilizadas. O uso de “U”, “u” ou “UI”, indicando unidades ou unidades internacionais, pode ser erroneamente interpretado como número zero, resultando na administração de uma dose dez vezes maior que a prescrita; acrescenta-se a isto, o fato de estarem relacionadas a medicamentos potencialmente perigosos como heparina, insulina e ocitocina, comumente utilizados em maternidades^{14,22,23}. A sigla “SC” pode ser confundida com “SL” (via sublingual), sendo recomendada a indicação da via subcutânea por extenso²⁴. A abreviatura “cc”, equivalente ao mililitro, não é familiar à equipe multidisciplinar de saúde, levando a dificuldade ou erro de interpretação, sendo sugerido não utilizá-la, devendo-se escrever mililitro ou ml^{24,25}.

Observou-se frequência de 17,36% de medicamentos fora da padronização, enquanto Araújo & Uchôa⁶ encontraram 19,69% em um hospital de ensino. Pelo resultado, verifica-se a necessidade de maior divulgação da lista de medicamentos selecionados junto aos prescritores, evitando-se a ocorrência de situações como as verificadas no presente estudo em relação ao Paracetamol e Sulfato Ferroso. Cabe ao farmacêutico, ao identificar na prescrição medicamento não-padronizado, indicar ao prescritor a melhor alternativa disponível na padronização da instituição e, se não houver, fornecer as orientações sobre o processo de solicitação de compras.

CONCLUSÕES

Identificou-se, no presente estudo, a existência de falhas no processo de prescrição de medicamentos, com ausências e erros de dados referente às pacientes, aos medicamentos e aos prescritores, em desacordo com a legislação vigente, possuindo esses erros potencial para o comprometimento da qualidade da assistência prestada às pacientes internadas.

Torna-se fundamental a avaliação contínua dos processos de trabalho, criando-se mecanismos de barreira aos erros. Neste sentido, destaca-se a necessidade de educação médica permanente focada na redação da prescrição e revisão no processo de trabalho da Farmácia, aumentando o rigor na exigência do atendimento aos critérios legais e institucionais para a dispensação dos medicamentos.

Por se tratar de uma instituição de ensino de referência para o Estado onde está localizada, a implementação de ações voltadas à melhoria da qualidade da redação das prescrições poderá contribuir para a qualidade da formação médica e para a qualidade das prescrições do sistema local de saúde, gerando impacto positivo sobre a cultura de segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

1. WHO - World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. 2004. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>> Acesso em 03/01/14, 10:47h.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013: institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html> Acesso em 07/05/13, 08:40h.
3. BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html> Acesso em 12/08/13, 17:06h.
4. Santos JML. Erros de prescrição de medicamentos em pacientes hospitalizados - revisão de literatura [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.
5. Dean B, Schachter M, Vincent C, Barber N. Prescribing errors in hospital inpatients: their incidence and clinical significance. *Qual Saf Health Care*. 2002, 11(4):340-344.
6. Araujo PT de B, Uchoa SAC. Avaliação da qualidade da prescrição de medicamentos de um hospital de ensino. *Ciênc. saúde coletiva*, 2011, 16(1): 1107-1114.
7. Conselho Regional De Enfermagem-COREN (SP). Principais legislações para o exercício da enfermagem. São Paulo, COREN, 2009: 28-42.
8. Cruciol-Souza JM, Thomson JC, Catisti DG. Avaliação de prescrições medicamentosas de um hospital universitário brasileiro. *Rev. bras. educ. med.*, 2008, 32(2):188-196.
9. Néri EDR, Gadêlha PGC, Maia SG et al. Erros de prescrição de medicamentos em um hospital brasileiro. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 2011, 57(3): 306-314.
10. Néri EDR. Determinação do perfil dos erros de prescrição de medicamentos em um hospital universitário [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2004.
11. Klasco RK, editor. DRUGDEX System [Database on the Internet]. Greenwood Village (Colorado): Thomson MICROMEDEX; 1974-2014. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br>>. Acesso em: 10/04/12, 9:35h.
12. WHO-World Health Organization. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. The Anatomical Therapeutic Chemical Classification System [text on the Internet]. Oslo: Norwegian Institute of Public Health; Last updated: 2013-12-19.
13. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em Junho de 2013.
14. Rosa MB, Perini E, Anacleto TA et al. Erros na prescrição hospitalar de medicamentos potencialmente perigosos. *Rev. Saúde Pública*, 2009, 43(3):490-498.
15. Miaso AI, Oliveira RC de, Silva AEB de C et al. Prescription errors in Brazilian hospitals: a multi-centre exploratory survey. *Cad. Saúde Pública*, 2009, 25(2):313-320.
16. Aguiar G, Silva Júnior LA da, Ferreira MAM. Ilegibilidade e ausência de informação nas prescrições médicas: fatores de risco relacionados a erros de medicação. *Rev. Bras. Prom. da Saúde*, 2006, 19(2):84-91.
17. Hartel MJ, Staub LP, Röder C et al. High incidence of medication documentation errors in a Swiss university hospital due to the handwritten prescription process. *BMC Health Services Research*, 2011, 11(1):199.
18. BRASIL. Lei nº 9.787, 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.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19787.htm> Acesso em 20/08/13, 17:10h.
19. Lesar TS, Briceland LL, Delcuore K. et al. Medication prescribing errors in a teaching hospital. *JAMA*, 1990, 263(17):2329-2334.
20. NCC MERP - National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. Recommendations to enhance accuracy of prescription writing. 2005. Disponível em: <<http://www.nccmerp.org/council/council1996-09-04>>. Acesso em 03/01/14, 10:35h.
21. Silva AEBC, Cassiani, SHB, Miaso, AI et al. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. *Acta paul. enferm.*, 2007, 20(3):272-276.
22. Benetoli A, Baron AF, Sangalli R et al. Abreviaturas perigosas e descrições inadequadas de dose em prescrições de medicamentos. *RBFHSS*, 2011, 2(1):10-14.
23. ISMP-Institute for Safe Medication Practices. ISMP's list of high-alert medications. 2012. Disponível em: <<http://www.ismp.org/Tools/highalertmedications.pdf>> Acessado em 03/01/14, 16:58h.
24. ISMP-Institute for Safe Medication Practices. ISMP's list of error-prone abbreviations, symbols, and dose designations. 2013. Disponível em: <<http://www.ismp.org/Tools/errorproneabbreviations.pdf>>. Acessado em 03/01/14, 17:06h.
25. JCAHO-Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Official "do not use" list. 2004. Disponível em: <http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Do_Not_Use_List.pdf>. Acessado em 03/01/14, 17:13h.