convibra
www.convibra.org

Análise das prescrições médicas em Unidades de Atenção Primária à Saúde do município de Juiz de Fora-MG

Autores: Terezinha Noemides Pires Alves: Drª em Saúde Coletiva, Profª na Universidade Federal de Juiz de Fora.

Thereza Cristina Santiago: aluna do curso de Farmácia da Universidade Federal de Juiz de Fora

Larissa Zacaron Santos: aluna do curso de Farmácia da Universidade Federal de Juiz de Fora

RESUMO

A prescrição médica definida como o "ato de escolher um medicamento a ser consumido pelo paciente" e envolve questões de cunho legal, técnico e clínico, resultando em documento pelo qual se responsabilizam quem prescreve e quem dispensa o medicamento, estando ambos sujeitos à legislação de controle e às ações de vigilância sanitária. No Brasil, existem legislações vigentes sobre prescrição de medicamentos e sobre aspectos éticos a serem seguidos pelos profissionais envolvidos no processo. Esse trabalho tem como objetivo avaliar a qualidade e as condições predisponentes a erros de medicação nas prescrições advindas de uma Unidade de Atenção Primária a Saúde (UAPS), de um município de porte médio de Minas Gerais. Foram analisadas 1273 prescrições médicas, verificando como principais erros: ausência de informações referentes ao paciente, ao prescritor e aos medicamentos prescritos; o uso de abreviaturas, a não utilização da denominação comum brasileira, entre outros. As principais informações ausentes nas prescrições foram: função do medicamento (95,8%) e identificação do paciente (93,5%). Mais de 86% das prescrições continham abreviaturas. O estudo teve caráter quantitativo e foi realizado no período de setembro de 2011 a fevereiro de 2012. Os dados demonstraram que os procedimentos legais ligados às prescrições não são adequadamente cumpridos.

Palavras-chave: Prescrições de Medicamentos. Atenção Primária à Saúde. Saúde Pública. Uso Racional de Medicamentos.

ABSTRACT

A prescription is defined as "the act of choosing a product to be consumed by the patient and involves questions of a legal nature, technical and clinical, resulting in a document by which they blame those who prescribe and dispense the drug, both of which are subject to control legislation and the health surveillance. In Brazil, there are existing laws on prescription drugs and on ethical aspects to be followed by the professionals involved. In this work, we analyzed 1273 prescriptions in order to assess the quality and conditions predisposing to medication errors in prescriptions coming from a Unit of Primary Health (UAP), of a little town, Minas Gerais. The study was quantitative character and was conducted from September 2011 to February 2012. There is a lack of information regarding the patient, the prescriber and prescription drugs, the use of abbreviations, not using the common name Brazilian. The main missing information on prescriptions (n = 1273) were due to the medication (95.8%) and patient identification (93.5%). More than 86% of the prescriptions abbreviations. The data demonstrated that the legal procedures related to the requirements are not adequately met.

Keywords: Prescriptions. Primary Care. Public Health and Rationa. Use of Drugs.

1. INTRODUÇÃO

A prescrição médica é classificada como um documento clínico de valor legal, tornando-se responsabilidade daquele que prescreve, manipula, dispensa e administra a terapêutica, sendo essa considerada medicamentosa ou não. Tal documento é formado por normas gerais que possuem, como principais objetivos, esclarecer ao paciente e demais profissionais da saúde instruções claras referentes à terapêutica, garantindo a interpretação e a objetividade das informações prestadas (CASTRO; PEPE, 2012).

No Brasil, existem leis que precedem a elaboração de uma prescrição de medicamentos, abrangendo aspectos éticos a serem seguidos pelos prescritores. São consideradas, como principais leis envolvidas na elaboração de prescrições, as Leis Federais 5.991/73 e 9.787/99, as Resoluções 1.552/99, 1.477/97, 1.885/2008 do Conselho Federal de Medicina e a Resolução 357/2001 do Conselho Federal de Farmácia (CASTRO; PEPE, 2012).

Quando o paciente é avaliado por um médico e o diagnóstico estabelecido, o profissional tem à sua disposição uma variedade de terapêutica a oferecer. Medicação, cirurgia, tratamento psiquiátrico, quimioterapia, radioterapia, fisioterapia e educação à saúde são, entre outras, exemplos de intervenções disponíveis. Entre essas opções, a terapia medicamentosa é a mais frequentemente escolhida pelo prescritor e a mais bem aceita pelos pacientes (KATZUNG, 2010).

De acordo com Guzatto e Bueno (2007), a boa aceitação da terapia medicamentosa pela sociedade torna-se possível em decorrência de vários fatores, como a cultura, a economia, os aspectos legais, entre outros. Estudos demonstram que há uma grande dificuldade em mudar o hábito da população em relação ao consumo dos medicamentos, destacando a necessidade de se conhecer o valor simbólico e as possíveis expectativas envolvidas com o medicamento (LÓPES; KROEGER, 1994).

O medicamento tem uma função simbólica sobre a população. Esse pode ser visto como a solução para todos os problemas, resultando em saúde. Assim, o medicamento toma um papel de destaque na consulta médica (GUZATTO; BUENO, 2007).

Os profissionais de saúde aptos a prescrever são médicos, médicos-veterinários, cirurgiões-dentistas e enfermeiros da Equipe de Saúde da Família. Todos devem seguir igualmente as Boas Práticas de Prescrição (BPP). Essas práticas são encontradas em compêndios e normas internacionais de saúde. Além das normas legais, uma boa prescrição depende da escolha do tratamento disponível para o paciente específico, considerando os conceitos científicos sobre o quadro clínico determinado e a realidade do sistema de saúde em que se encontram prescritor e paciente (CASTRO; PEPE, 2012).

A prescrição médica racional deve se fundamentar em uma série de etapas importantes. A primeira fase, consiste em realizar um diagnóstico específico, que deve ser compartilhado com o paciente. Em seguida, consideram-se as implicações fisiopatológicas do diagnóstico, ou seja, se o quadro clínico for bem estabelecido, o prescritor irá escolher a terapêutica mais adequada. Posteriormente, o médico selecionará um objetivo terapêutico específico para cada processo fisiopatológico, assim, o médico poderá selecionar o fármaco de escolha. A determinação do regime patológico adequado para o paciente, ou seja, a posologia usada pelo mesmo será determinada de acordo com a farmacocinética do fármaco no paciente. A elaboração do plano de monitoramento da ação farmacológica e a determinação do término da terapia tornam-se de suma importância para alcançar o Uso Racional do Medicamento (URM). Por último, o planejamento de um programa de educação do paciente permite que todos os profissionais de saúde envolvidos no tratamento possam ampliar e reforçar as informações necessárias para que o paciente obtenha sucesso na terapêutica (KATZUNG, 2010). Dessa maneira, pode-se afirmar que o URM ocorre quando o

paciente recebe o medicamento apropriado à sua necessidade clínica, na dose e posologia corretas, por período de tempo adequado e ao menor custo para si e para a comunidade (MARIN et al., 2003).

O uso irracional de medicamentos (UIM) é um importante problema de saúde pública em todo o mundo, com grandes consequências econômicas (AGUIAR; JUNIOR; FERREIRA, 2006). Dessa forma, a elaboração de uma prescrição com falta de informações ou informações pouco claras pode induzir a erros de medicação e levar a Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM) que geram custos diretos e indiretos sobre a sociedade. Os custos diretos referem-se, entre outros, aos altos gastos decorrentes de consultas, exames adicionais e internações. Os indiretos incluem fatores como a perda da produtividade, redução dos anos de vida e o sofrimento. Além disso, os erros geram a perda da credibilidade no Sistema de Saúde e nos profissionais envolvidos do processo, além de frustração e desmotivação por não fornecer a melhor Assistência à Saúde (LE GRAN et al., 1999).

Este trabalho teve como foco avaliar a qualidade de prescrições médicas que chegam à farmácia de uma UAPS de um município de porte médio de Minas Gerais, observando as principais formas de elaboração encontradas nas prescrições médicas, além de comparar os resultados observados com as legislações vigentes. Desta forma, o trabalho pretende contribuir com os dados farmacoepidemiológicos para os serviços de saúde do município.

2. **REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

A necessidade da prescrição para a obtenção do medicamento representa limitação da liberdade pessoal de busca imediata do alívio da sintomatologia, o que impede que o indivíduo faça preponderar sua própria experiência e vontade (ALVES, 2009). Este desejo de consumo de medicamentos torna-se possível devido a fatores externos como a cultura, a economia e os aspectos legais que facilitam ou não impedem a posse e a dispensação de medicamentos sem a apresentação da receita médica (GUZATTO; BUENO, 2007).

A prescrição de medicamento deve ser escrita em língua portuguesa, contendo orientações de uso para o paciente e elaborada pelo prescritor, quer seja de formulação magistral ou de produto industrializado (MADRUGA; SOUZA, 2011).

A prescrição médica é um documento legal, elaborado por profissionais habilitados, dirigida a outros profissionais da saúde como farmacêutico e enfermeiros, estabelecendo como o medicamento deve ser dispensado e administrado ao paciente e quais as condições em que o medicamento deve ser utilizado. Torna-se assim, um processo multiprofissional, estando todos os envolvidos sujeitos à legislação e vigilância sanitária (AGUIAR; JUNIOR; FERREIRA, 2006). Sua elaboração fundamenta-se em Leis Federais e Resoluções do Conselho Federal de Farmácia (CFF), além de seguir aspectos éticos encontrados no Código de Ética Médica (CEM) e Conselho de Ética da Profissão Farmacêutica (CEPF) (AGUIAR; JUNIOR; FERREIRA, 2006).

Segundo a Lei 5991/73, Capítulo VI, Artigo 35, uma prescrição deve ser elaborada da seguinte forma:

a) Estar escrita à tinta, em vernáculo, por extenso e de modo legível, observados a nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficiais;

b) Conter o nome e o endereço residencial do paciente e, expressamente, a posologia correta da medicação;

c) Conter a data e a assinatura do profissional, endereço do consultório ou da residência e o número de inscrição no respectivo conselho profissional (BRASIL, 1973).

Ao farmacêutico compete analisar a prescrição e dispensar o medicamento quando não houver nenhuma irregularidade do receituário, incluindo as orientações necessárias para assegurar o URM. A esse profissional é proibido por lei dispensar medicamento que possa ser

danoso à saúde do paciente ou aceitar prescrições médicas que possam colocar em risco o bem-estar do usuário (CASTRO; PEPE, 2012).

Aos profissionais que se responsabilizam pela administração do medicamento ao paciente e a todos que acompanham a terapia medicamentosa, até o final, cabe prezar pelo sucesso do tratamento (CASTRO; PEPE, 2012).

Ainda de acordo com as legislações vigentes, as prescrições médicas devem ser legíveis, não apresentar rasuras, ser datadas e assinadas com clareza, para que alcancem uma boa comunicação entre prescritor, paciente, farmacêutico e enfermeiro. Uma prescrição de qualidade deve conter informações necessárias que permitam aos demais profissionais de saúde detectarem possíveis erros, antes que a terapêutica seja iniciada (EV et al., 2008). São necessárias informações claras na prescrição com esclarecimento e disponibilidade do prescritor perante possíveis dúvidas relacionadas à terapêutica. O desconhecimento sobre o tratamento coloca em risco a saúde do paciente e a credibilidade dos profissionais envolvidos no processo (MADRUGA; SOUZA, 2011).

2.1. Prescrição racional

Os medicamentos representam a forma mais frequente de tratamento na prática médica, tornando-se o custo mais importante da Atenção Básica de Saúde (ABS) (NASCIMENTO, 2002). Porém, quando utilizado adequadamente, são também o recurso terapêutico mais frequentemente custo efetivo (MARIN et al., 2003). Dessa forma, o medicamento toma papel importante dentro da consulta médica (ADAMO; NECCHI, 1991).

O custo com medicamentos tem grande significado no cuidado à saúde do paciente e suas prescrições são consideradas um processo complexo, sujeito a diversos erros. Dessa forma, o prescritor deverá conhecer o padrão de prescrição vigente na área em que esse atua para que assim possa haver uma diminuição nos erros decorridos na elaboração da prescrição e, consequentemente, uma diminuição nos gastos com medicamentos. Tais conhecimentos proporcionam a adoção de estratégias de gestão e controle, garantindo uma melhor relação custo-benefício para população atendida (COLOMBO et al., 2004).

Para a elaboração de uma terapêutica efetiva, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe seis etapas básicas para a obtenção de uma boa prescrição medicamentosa: definição do problema; especificação dos objetivos terapêuticos; seleção do tratamento mais eficaz e seguro para cada tipo de paciente; prescrição adequada, contendo medidas medicamentosas e não medicamentosa; informações sobre a terapêutica; monitorização do tratamento; e programa de educação dos pacientes (EV et al., 2008).

2.2. Elementos da prescrição

De acordo com Madruga e Souza (2011), a prescrição médica é composta por dados essenciais e dados facultativos.

Os dados essenciais são divididos em: cabeçalho, nome e endereço do profissional ou da instituição onde trabalha; registro do profissional, número do cadastro de pessoa física ou jurídica e a especialidade do profissional; superinscrição, composta por nome e endereço do paciente e idade, quando for necessário; inscrição, formada por nome do fármaco, forma farmacêutica e sua concentração; subscrição, determina a quantidade total de medicamento a ser dispensada para o paciente e para medicamentos controlados, essa quantidade deve ser escrita em algarismo arábico, por extenso, entre parênteses; adscrição, constituída por

orientações que o prescritor julgar necessárias para a obtenção de uma boa terapêutica; data e assinatura do prescritor.

Os dados facultativos são compostos por peso, altura, dosagens específicas para pacientes especiais, como por exemplo, pediatria. O verso da receita pode ser utilizado para o aprazamento de consultas de controle, orientações específicas como repouso, dieta, efeitos colaterais ou outras informações importantes para o tratamento (MADRUGA; SOUZA, 2011).

2.3. Legislação

A prescrição baseada em evidências, associada ao estado de saúde do paciente e às provas desse estado, incorporando as orientações necessárias para um bom uso do medicamento, aliada à dispensação orientada, à administração e ao uso correto do medicamento pelo paciente, busca garantir o URM (CASTRO; PEPE, 2012).

De acordo com a legislação, não só a prescrição médica, mas também aqueles documentos que estejam associados ao estado de saúde do paciente, como por exemplo, exames, laudos e perícias, são fundamentais para proporcionar o fornecimento adequado do medicamento. Pode-se considerar como má pratica e irresponsabilidade sanitária a utilização de tecnologia em saúde que seja desnecessária ou que tenha potencial de uso inadequado ou abusivo do medicamento (CASTRO; PEPE, 2012).

De acordo com a Portaria MS 3.916/98 e a Portaria SVS/MS 344/98 pode-se afirmar que a prescrição é o ato de determinar o medicamento a ser administrado ao paciente com suas respectivas dosagens, duração do tratamento e orientações de uso.

As prescrições ou notificações ilegíveis, que contenham rasuras que podem ocasionar erros ou troca de medicação, não são permitidas. Já as prescrições contendo códigos, serão aceitas somente em farmácias privativas de instituições, como farmácias hospitalares, e elaboradas por prescritores ligados à instituição (BRASIL, 1973, 1974).

A legislação sobre a elaboração de prescrição afirma que a prescrição deve ser clara, legível e em língua compreensível; deve ser escrita sem rasuras, em letra de forma, por extenso, à tinta e de acordo com nomenclatura e sistema de peso e medidas oficiais. No Sistema Único de Saúde (SUS), a prescrição deverá adotar a Denominação Comum Brasileira (DCB). O documento não deve conter abreviaturas (CASTRO; PEPE, 2012).

A prescrição deve conter: nome, forma farmacêutica e concentração do fármaco; a quantidade total de medicamento, de acordo com a dose e duração da terapia; a via de administração, o intervalo entre as doses, a dose máxima por dia; nome, endereço e telefone do prescritor, assinatura e o carimbo, onde deve constar o número de seu registro no respectivo conselho profissional; data da prescrição. Quando se tratar de medicamentos de controle especial, a mesma tem validade de 15 a 30 dias, a contar da data de emissão. Em algumas receitas é necessário constar o método de administração, cuidados a serem observados, horários específicos a serem administrados e cuidados de conservação (CASTRO; PEPE, 2012).

Em relação às prescrições que são emitidas no âmbito do SUS, pode-se afirmar que essas devem seguir a Lei 9.787/99 que dispõe sobre a troca entre medicamentos de referência ou de marca e medicamentos genéricos. O prescritor deve informar por escrito, caso não deseja permitir a troca de sua prescrição (BRASIL, 1999).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) permite a venda sem a necessidade de apresentação de prescrição médica de alguns medicamentos indicados para terapias específicas (BRASIL, 2003). Os demais medicamentos necessitam de prescrição para serem dispensados.

Todos os profissionais envolvidos na prescrição de medicamentos devem respeitar o que está escrito no documento, desde que esse siga as normas legais e esteja fundamentado em evidências. É a prescrição que possibilita a ligação entre os profissionais da saúde e permite uma troca de conhecimento, de forma a garantir ganho para o paciente (CASTRO; PEPE, 2012).

2.4. Erros na prescrição

Atualmente, estudos dos erros de prescrição em sistemas de saúde têm crescido de forma significativa, mas deve-se destacar que ainda há uma grande diversidade nos conceitos utilizados o que, na maioria das vezes, impossibilita uma concordância das informações obtidas e suas comparações (CARVALHO; VIEIRA, 2002).

Analisar a qualidade da prescrição médica é avaliar a qualidade de uma parte dos serviços de saúde prestados à sociedade, além de ser um documento que pode indicar a satisfação do paciente e sua adesão ao tratamento (GUZATTO; BUENO, 2007). Faz parte da adesão ao tratamento o entendimento da prescrição, tanto pelos demais profissionais da saúde relacionados ao medicamento como pelo paciente. Se esses apresentarem dúvidas em relação ao que foi prescrito, erros de medicação (EM) podem ocorrer, como também desmotivação ao tratamento e alterações nos objetivos a serem alcançados (CARVALHO et al., 1999).

Denominam-se EM todo evento evitável que possa levar danos ao paciente e utilização inapropriada do medicamento (BLENKINSOPP; BRADLEY, 1996). O uso inadequado do medicamento é considerado como um dos principais problemas de saúde pública, gerando grandes consequências econômicas. Acredita-se que uma prescrição incorreta pode gerar gastos de 50 a 70% a mais nos recursos públicos destinados aos medicamentos (LE et al., 1999).

De acordo com Hardon et al. (2003), existem vários aspectos que demonstram prescrições elaboradas de forma inadequada, dos quais são exemplos: emprego de antibióticos em situações em que não há a necessidade, como resfriados; utilização excessiva de fármacos injetáveis, acreditando que as formas injetáveis são mais eficazes que as demais; sobre uso de medicamentos seguros; uso de combinações de fármacos antagônicos ou de efeitos similares, entre outras.

Segundo o Manual de Orientações Básicas para a Prescrição Médica (2011) podem ser considerados como erros de prescrição (EP): administração de medicação errada; omissão de dose na prescrição; administração de medicamento não prescrito; via de administração incorreta; erros de técnica de administração; forma farmacêutica incorreta; horário errado de administração; doses inapropriadas; preparação e/ou manipulação errada; e administração de fármacos deteriorados (MADRUGA; SOUZA, 2011).

Segundo Silva (2009), as principais causas de erros, relacionadas às prescrições são: má qualidade da grafia, prescrições incompletas e confusas, transcrição da prescrição, falhas de comunicação para suspensão de medicamentos prescritos, utilização de abreviaturas não padronizadas, falta de conhecimento sobre estabilidade, incompatibilidade e armazenamento de medicamentos, diferentes sistemas de pesos e medidas, especialidades farmacêuticas e genéricas com grafias semelhantes, ordens médicas verbais e dificuldade de correlacionar a nomenclatura genérica com as especialidades farmacêuticas e vice-versa.

O farmacêutico é responsável pela avaliação da prescrição e somente deveria ser aviada/dispensada a receita que apresentar as informações exigidas, 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 (VALADÃO, 2009).

2.5. Assistência Farmacêutica

Uma prescrição irracional compromete os resultados dos tratamentos e a qualidade do atendimento, ocasionando internações desnecessárias e onerando todo o sistema. Dentro desse quadro podem-se perceber vários problemas com medicamentos, desde a comercialização de produtos ineficazes, a pouca adesão aos tratamentos, até mesmo a falta de recursos e mau uso, aliados a uma Atenção Farmacêutica precária aos pacientes. Nesta última, está inserida a necessidade da presença de um profissional capaz de informar e orientar o paciente sobre o uso adequado do medicamento, a fim de que tenha sua eficácia garantida e possa atingir o efeito terapêutico desejado.

A Assistência Farmacêutica (AF) neste contexto é considerada uma das áreas mais críticas da saúde (ALVES, 2003). Segundo a Política Nacional de Medicamentos (PNM), AF é um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, de caráter sistêmico e multidisciplinar, destinada a apoiar as ações de saúde. É uma ação de saúde pública e parte integrante do Sistema de Saúde, envolvendo o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas: a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (BRASIL, 1998).

A dispensação de medicamento deve assegurar que esse seja entregue ao paciente certo, na dose prescrita, na quantidade adequada e que sejam fornecidas as informações suficientes para o URM (OMS, 1993). O momento da dispensação é muitas vezes o único contato que o usuário tem com o farmacêutico e também o último com algum profissional de saúde antes de iniciar o tratamento da sua doença ou enfermidade (MARIN, 2003).

A Atenção Farmacêutica é entendida como um modelo de prática profissional desenvolvida no contexto da AF e, de acordo com a proposta de Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, possui por finalidade aumentar a efetividade do tratamento medicamentoso, concomitante à detecção de Problemas Relacionados a Medicamentos (PRMs) (OLIVEIRA, 2005). Nela, o farmacêutico busca o conhecimento da enfermidade, estilo de vida, da terapia e crenças que o usuário possui para então educá-lo a gerir de forma correta a farmacoterapia, tirando mais proveito dos medicamentos e obtendo melhores resultados terapêuticos (CASTRO, 2004). Para isso, esta prática envolve macrocomponentes como a educação em saúde, orientação farmacêutica, dispensação, atendimento farmacêutico e seguimento farmacoterapêutico, além do registro sistemático das atividades, mensuração e avaliação dos resultados (IVAMA, 2002).

A dispensação de medicamentos exige, além de conhecimentos técnico-científicos, algumas habilidades e atitudes necessárias para propiciar a adesão do usuário ao tratamento, como: ter boa comunicação, ser uma pessoa calma e paciente, apresentar empatia e consideração ao usuário (MATTOS, 2010). Essa postura requer do profissional conhecimento, empenho e responsabilidade, frutos da formação acadêmica e da vivência profissional conquistada cotidianamente (OLIVEIRA, 2005).

3. MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo proposto, de caráter quantitativo, descritivo e transversal, foi realizado em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de um município de médio porte de Minas Gerais - MG, que atende pacientes com prescrições do SUS.

Utilizou-se, para a coleta dos dados, as segundas vias das prescrições médicas arquivadas na UAPS, do mês de setembro de 2011 a fevereiro de 2012, totalizando 1273 prescrições médicas. Excluiu-se do estudo as prescrições e notificações pertencentes à Portaria 344/98.

No processo de análise das prescrições, observou-se: a ausência de informações referentes aos pacientes (nome e endereço); ao prescritor (assinatura legível e número de registro no respectivo conselho profissional); e aos medicamentos prescritos (especificação, posologia, duração do tratamento, quantidade a ser dispensada, potência e função do medicamento), denominação utilizada para o medicamento – se nome genérico, a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou nome comercial (marca), data da elaboração da prescrição, se escrita a tinta, em vernáculo, por extenso e de modo legível.

Para analisar a legibilidade da prescrição, baseou-se na classificação de Rosa e colaboradores (2003) padronizando-se que cada palavra deveria ser examinada e avaliada separadamente procurando evitar a interpretação ou dedução, sendo estabelecido, portanto, que a prescrição deve ser entendida e não interpretada.

Os resultados foram expressos por frequências absolutas e percentuais.

O formulário foi elaborado contendo as nove variáveis da pesquisa, com suas devidas classificações, utilizado na coleta e construção do banco de dados. O preenchimento do formulário foi feito por estagiários, graduandos em Farmácia. Em caso de discordância, discutia-se a classificação até o consenso. Após revisão, discussão e consenso, os formulários eram encaminhados para a digitação.

Foram utilizadas nove variáveis de acordo com as especificações a seguir:

1. Legibilidade das prescrições;
2. Nome do paciente;
3. Tipo de prescrição – classificada em: digitada ou escrita à mão;
4. Data da prescrição;
5. Caligrafia ou grafia – aplicada ao corpo da prescrição, sendo classificada como ilegível quando pelo menos uma palavra não fosse identificada;
6. Identificação do prescritor – estabelecida como padrão a identificação completa com os seguintes parâmetros: prescrição assinada ou rubricada, com carimbo, nome do prescritor e número do Conselho Regional de Medicina (CRM) ou de Odontologia (CRO);
7. Uso de abreviaturas;
8. Utilização da DCB;
9. Análise das informações referentes ao medicamento, dividida em seis partes:

a) Especificação do medicamento;
b) Potência do medicamento;
c) Quantidade de medicamento a ser dispensada;
d) Posologia;
e) Duração do tratamento;
f) Função do medicamento.

Os erros de prescrição foram classificados, conforme Dean et al. (2000), em erros de decisão e erros de redação. Os erros de decisão são relacionados ao conhecimento do prescritor em relação ao medicamento prescrito. Foram considerados erros de decisão as seguintes classificações: especificação do medicamento; potência do medicamento;

quantidade de medicamento a ser dispensada; posologia; duração do tratamento; função do medicamento.

Já os erros de redação relacionam-se ao processo de elaboração da prescrição, tais como ilegibilidade e outros. Foram classificados como erros de redação: identificação do paciente; data; DCB; caligrafia; identificação do prescritor; abreviaturas.

Os dados foram digitados, trabalhados em sua consistência, revistos e analisados. A análise exploratória dos dados foi feita por meio de estatística para verificação da relação entre o tipo de prescrição e erros.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Prescrições incompletas impossibilitam a eficiência da dispensação dos medicamentos colocando em risco a qualidade da Assistência Farmacêutica ao paciente (SILVÉRIO; LEITE, 2010). Winterstein e colaboradores (2004) mostram que 72% dos erros de medicação foram iniciadas durante a elaboração da prescrição, seguidos pela administração (15%), dispensação (7%) e transcrição (6%).

Estudos pioneiros na área de segurança do paciente demonstram que os EM relacionados à assistência são comuns e significativamente altos em hospitais norte-americanos, ocasionando danos permanentes e mortes (LEAPE et al., 1991). Nos últimos anos, o aumento no número de estudos em segurança do paciente levou a um maior conhecimento sobre o assunto, demonstrando sua importância como problema mundial de saúde (ROSA et al., 2009).

Muitos paradigmas são debatidos na discussão de erros em sistemas de saúde. Os profissionais envolvidos com os EM associam suas falhas à vergonha, perda de prestígio e medo de punição. Desse modo, não há a oportunidade para criar uma discussão sobre o assunto, buscando melhoria do sistema como um todo. Essa tendência à negação com subnotificação dos erros na área de saúde, na maioria das vezes, dificulta a avaliação dos eventos, prejudicando o conhecimento sobre o assunto (ROSA et al., 2003).

Outra dificuldade encontrada para o estudo e prevenção dos EM é a falta de padronização e a multiplicidade da terminologia utilizada para classificá-los, prejudicando a comparação entre estudos (YU; NATION; DOOLEY, 2005).

A análise das prescrições teve por objetivo detectar os principais tipos de erros e/ou inadequações de informações essenciais para a uma correta dispensação e administração do medicamento. Foram analisadas 1273 prescrições e nenhuma delas continham todos os itens descritos nas legislações, como Leis Federais 5.991/73, 9.787/99, Resolução 357/2001 do CFF e as Resoluções 1.552 (de 20/08/99), 1.477 (de 11/7/97) e 1.885 (de 23/10/08), do Conselho Federal de Medicina (CFM). Foram encontrados 6080 erros somatórios, considerando que uma mesma prescrição poderia apresentar mais de uma inadequação.

Das prescrições analisadas, identificou-se que 1220 (95,8%) prescrições não continham a função do medicamento e 25 (1,9%) prescrições não informavam a data de emissão. Além disso, 1190 (93,5%) não apresentavam informações referentes aos pacientes, 61 (4,8%) não continham informações referentes ao prescritor, 658 (51,7%) não demonstravam informações referentes aos medicamentos prescritos, 255 (20%) não adotaram a DCB, 25 (1,9%) não continham a data da elaboração da prescrição, 1100 (86,4%) apresentavam abreviaturas e 306 (24%) não estavam escritas de modo legível. Quanto às informações referentes aos medicamentos, 234 (18,4%) não apresentavam a especificação, 62 (4,9%) não estabelecia a posologia, 749 (58,8%) não informavam a duração do tratamento, 304 (24,9%) não determinavam a quantidade a ser dispensada, 574 (45,1%) não forneciam a potência e 1220 (95,8%) não constavam a função, conforme consta na Tabela 1.

Tabela 1 - Frequência dos itens avaliados segundo as obrigatoriedades e proibições descritas nos dispositivos legais no total de 1.273 prescrições.

Erros detectados por inadequação	Frequência absoluta	Frequência (%)
Prescrição não escrita à tinta	0	0
Prescrição com abreviação	1100	86,4
Má caligrafia	306	24
Não adotou a DCB	255	20
Ausência da identificação do paciente (nome e endereço)	1190	93,5
Ausência da data da prescrição	25	1,9
Ausência da identificação do profissional (nome, CRM e telefone)	61	4,8
Ausência da especificação do medicamento	234	18,4
Ausência da potência do medicamento	574	45,1
Ausência da quantidade de medicamento dispensado	304	23,9
Ausência da posologia	62	4,9
Ausência da duração do tratamento	749	58,8
Ausência da função do medicamento	1220	95,8

Fonte: da autora

Vale ressaltar que uma prescrição pode apresentar mais de uma inadequação e essas inadequações podem levar ao surgimento de erros de medicação, o que ocasionaria danos aos pacientes. Observou-se a ausência de padrão definido para a elaboração de uma prescrição.

Silvério e Leite (2010), em estudo realizado para avaliar as prescrições médicas concluíram que as prescrições não forneceram as informações básicas necessárias para a utilização racional do medicamento, sendo que, na maioria das vezes, não se apresentavam legíveis e continham alta porcentagem de medicamentos prescritos utilizando-se do nome comercial. O presente trabalho, da mesma forma que muitos outros estudos nacionais, demonstram que esses indicadores sempre estão abaixo dos padrões estabelecidos pela OMS.

No que diz respeito à forma de escrita de uma prescrição médica, pode-se afirmar que os resultados obtidos em relação à escrita a tinta, em vernáculo, são satisfatórios, sendo que 100 % das prescrições médicas estavam escritas à tinta.

Em relação à DCB, considerando-se um trabalho realizado no SUS, almejava-se que 100% se apresentassem na forma de denominação genérica, de acordo com a Lei 9.787/99. Mas, verificou-se que em, 20% das prescrições médicas, os medicamentos foram prescritos na forma de denominação comercial. No nível de atenção primária, poder-se-ia esperar que a maioria dos medicamentos prescritos fossem fármacos de uso já tradicional, com denominação genérica bem conhecida pelos prescritores (EV et al., 2008). A utilização da

denominação genérica visa à diminuição de erros envolvidos à denominação comercial, podendo variar de país para país e estar sujeita às mudanças de acordo com a variação do mercado.

Deve-se ressaltar que 4,8% não continham informações referentes ao prescritor e em 93,5% não havia todas as informações referentes aos pacientes. De acordo com Miasso e Cassiani (2000), pode-se afirmar que 33,9% dos erros de administração de medicação, em hospitais de ensino, ocorreram em decorrência de problemas com a identificação do paciente.

Como documento legal, a prescrição também deve conter a identificação correta do prescritor, uma vez que em situações de dúvidas, o médico possa ser solicitado (ROSA et al., 2009). A prescrição médica caracteriza-se por ser um documento que estabelece um acordo entre o médico e seu paciente. Assim, a assinatura e o carimbo, além de serem exigências legais, constituem uma possibilidade concreta de responsabilizar o prescritor e identificá-lo em caso de dúvidas e problemas (EV et al., 2008).

Os problemas nas atividades das farmácias e enfermarias, decorrentes de caligrafia ilegíveis da prescrição, ocasionam atrasos no tratamento e aumentam os gastos desnecessários para o sistema de saúde. Essa situação agrava quando o profissional interpreta a prescrição de acordo com a sua experiência e assim, dispensação e administração do medicamento tornam-se erradas (MIASSO; CASSIANI, 2000). O uso das prescrições eletrônicas representa uma estratégia para prevenir ou minimizar os possíveis erros encontrados nas prescrições médicas (CASSIANI; FREIRE; GIMENES, 2003). Porém, deve-se lembrar que esse sistema, por ser considerado caro, pode ter sua implantação dificultada na instituições públicas. Dessa forma, algumas atividades devem ser padronizadas, como por exemplo, evitar o uso de abreviações, empregar letras legíveis, utilizar a DCB, entre outras (BATES, 2000).

Erros de prescrição, como tipo caligrafia ilegível, podem ser reduzidos com a utilização de editores de textos para a prescrição ou prescrições pré-digitadas, evitando sempre que possível as prescrições feitas à mão (TRAN, 2000).

A falta de padronização e o uso de abreviaturas demonstram falhas importantes que podem contribuir para ocorrência de EM. A análise das prescrições revela que 86,4 % das prescrições médicas apresentam abreviação e que 24% das mesmas, continham caligrafia ilegível. A utilização de abreviações está entre as causas mais citadas de erros de medicação por seu potencial de confusão e falhas de comunicação, tornando-se os erros mais antigos a serem eliminados (ROSA et al., 2009). As prescrições não devem apresentar abreviações ou serem mal escritas, pois tais inadequações resultam em dúvidas em outros profissionais envolvidos na dispensação dos medicamentos, levando assim, a erros tanto dos profissionais como também dos pacientes e, consequentemente, gerando o UIM.

Os erros de redação encontrados na análise poderão ser reduzidos com o emprego de padronização e criação de condutas para a elaboração de prescrições médicas (ASPDEN et al., 2007).

A ausência de informações referentes aos medicamentos prescritos, como por exemplo, a posologia, dosagem, duração do tratamento e quantidade a ser dispensada, além de inviabilizar importantes orientações fornecidas pelo farmacêutico, também irá potencializar o uso inadequado do medicamento. Levando-se em consideração a elevada prevalência de erros de redação, como os citados anteriormente, os mais prevalentes são: forma farmacêutica, omissão de dose e via de administração (DEVINE et al., 2007). Uma vez que os medicamentos disponibilizados pelo SUS não são acompanhados de bulas, tais informações tornam-se de suma importância para o paciente. Na UAPS do município analisado, 51,7% das prescrições não continham as informações referentes aos medicamentos.

A omissão de informações na prescrição médica dificulta o tratamento do paciente, colocando em risco a sua vida. Infelizmente esse erro é muito frequente na elaboração das prescrições (SILVÉRIO; LEITE, 2010). Neste trabalho foram notificados a ausência de várias

informações importantes para as prescrições, com alguns percentuais maiores do que aqueles encontrados nos estudos de Rosa et al. (2003) e de Aldrigue et al. (2006), como ausência de informações de dose, posologia e duração total do tratamento. Os resultados obtidos no presente trabalho, comparados aos resultados obtidos pelos autores supra citados estão na Tabela 2.

Tabela 2 - Percentual das informações ausentes nas prescrições analisadas neste estudo comparado com dados de outros estudos.

Informações ausentes	Estudo atual	ROSA et al., 2003	ALDRIGUE et al., 2006
Ausência da especificação do medicamento	18,4%	84%	0,5%
Ausência da potência do medicamento	45,1%	62%	20%
Ausência da posologia	4,9%	17%	0,5%
Ausência da duração do tratamento	58,8%	não aviado	55%

Fonte: da autora

Uma abordagem diferenciada deve ser empregada para redução dos erros de prescrição do tipo decisão, já que medidas de aperfeiçoamento do conhecimento do prescritor e interceptação desses tipos de erros são diferentes daquelas preconizadas para erros de redação (ASPDEN et al., 2007). Dessa forma, torna-se importante, conhecer os tipos de erros mais frequentes para, assim, desenvolver possíveis estratégias que visam a solucionar tais erros. O Gráfico 1 mostra uma relação entre os erros de redação e decisão encontrados na avaliação das inadequações presentes nas prescrições aviadas na UAPS do município estudado.

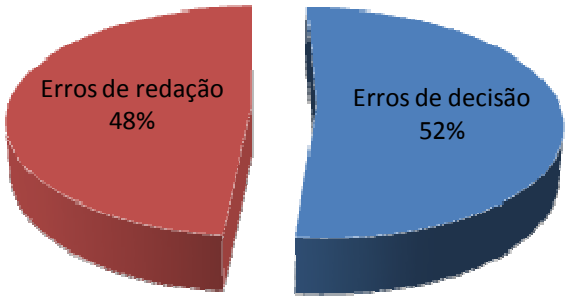

Grafico 1 - Relação de ocorrência entre os erros de prescrição do tipo decisão e redação, nas prescrições aviadas em UAPS do município de médio porte de Minas Gerais.

Fonte: da autora

Estudos mostram que os médicos, em consequência da má formação acadêmica em farmacologia, não possuem noções básicas necessárias para uma melhor atuação profissional, assim, não é possível manipular de forma adequada a farmacoterapia, aumentando a chance de erros (JYH, 2003).

Considerando a emissão da data da prescrição, observou-se que 1,9% das prescrições não apresentavam tal informação. Número esse que se torna relevante, uma vez que a data da prescrição pode assegurar a validade do documento. Em uma UAPS, os diversos tipos de prescrições (medicamentos controlados, de uso contínuo, anticoncepcionais e antibióticos) apresentam diferentes validades. Assim, a data da prescrição é fundamental para que o medicamento seja dispensado de forma correta dentro do período de tempo pré-determinado.

Algumas limitações devem ser ressaltadas, uma vez que a análise isolada das prescrições médicas, sem levar em consideração o quadro clínico do paciente e sem discutir o caso com o prescritor, no que diz respeito à probabilidade de falhas no diagnóstico dos erros do tipo decisão, não permite avaliar todos os tipos de erros. Dessa forma, foram classificados como erros de decisão: potência do medicamento; quantidade de medicamento a ser dispensada; posologia; duração do tratamento; função do medicamento (ROSA et al., 2009).

Outra limitação refere-se à subjetividade da avaliação da legibilidade da prescrição. Para sua validação foram realizadas avaliações independentes por alunos do Curso de Farmácia, com experiência na leitura de prescrições, havendo um consenso entre eles em caso de dúvidas.

No Brasil, existe pouca informação sobre os erros de prescrição médica. Poucos trabalhos foram publicados levando em consideração alguns aspectos pontuais do problema e não existe uma instituição, seja ela pública ou privada, que cuide especificamente desse tipo de assunto (ROSA et al., 2003).

Em relação à avaliação das prescrições, observou-se que as legislações vinculadas às prescrições não são adequadamente seguidas, necessitando criar estratégias que demonstrem o benefício de uma prescrição correta. A falta de informações adequadas dificulta a terapia do paciente. A análise das prescrições medicamentosas neste trabalho demonstra que tais prescrições possuem qualidade no que diz respeito à legibilidade (76%). Por outro lado, os estudos demonstraram que pouco mais da metade das prescrições (51,7%) não apresentam informações básicas sobre o medicamento. Os resultados desse trabalho sugerem que se estabeleçam medidas de sensibilização dos prescritores sobre a importância de uma prescrição clara, precisa e completa para que se garanta a segurança no uso dos medicamentos e, consequentemente, qualidade da assistência médica e farmacêutica.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados apresentados no trabalho, observa-se a necessidade cada vez maior de relatar às autoridades sobre a necessidade de mudanças nas políticas e procedimentos de saúde, frente à ocorrência de erros na elaboração das prescrições médicas.

Neste trabalho foram encontrados, em grande parte das prescrições médicas, inadequações como: falta de informação na prescrição em relação à data, duração do tratamento, nome do paciente, número de inscrição no CRM do médico prescritor; forma farmacêutica; concentração; DCB, abreviaturas e posologia incorreta, além da ilegibilidade.

A elaboração de uma prescrição médica é considerada como elemento fundamental no uso do medicamento e a grande responsável pelo surgimento de erros de medicação, gerando consequências ao paciente. Esse trabalho pretendeu demonstrar a necessidade de se instalar no SUS, medidas que possam sensibilizar e educar os prescritores em relação à importância de se elaborar uma boa prescrição.

O estudo pode evidenciar que não são devidamente seguidas as leis relacionadas à elaboração das prescrições, mostrando a importância da adoção de medidas que melhorem a qualidade da prescrição. Torna-se visível que, para obter uma prescrição de qualidade, normas devem ser seguidas. Sabe-se que a utilização de medicamentos, se aplicado de forma racional, visa a diminuir as dores e enfermidades e pode se considerar que uma prescrição com ausência de informações ou ilegível pode tornar o tratamento prejudicial para o paciente.

Observou-se que, dentre os principais erros que podem ser encontrados na prescrição, os mais frequentes foram: uso de abreviação, ausência da identificação completa do paciente, da potência do medicamento, da duração do tratamento e da função do medicamento.

A presença de erros na elaboração da prescrição médica pode levar à dispensação, administração e uso inadequado do medicamento e o presente estudo demonstrou existir erros em quantidades expressivas. Tais erros podem estar relacionados com a falta de infraestrutura para o atendimento, motivação dos funcionários e por parte do prescritor.

Os erros na elaboração de prescrições podem ser evitados a partir da implantação de treinamento continuo aos profissionais, educação direcionada para suas principais carências e criação de uma rotina para o procedimento. Também a utilização de prescrições eletrônicas pode diminuir de forma significativa os erros cometidos, visto que ela permite que as informações básicas sobre o medicamento possam ser apresentadas de forma estruturada, legível e disponível de maneira eficiente para todos os funcionários da instituição.

Com a diminuição das inadequações, os médicos poderiam discutir, de forma melhor, o tratamento com o paciente e os demais profissionais envolvidos no processo de uso do medicamento. Os farmacêuticos poderiam lidar com prescrições mais complexas e aconselhar ao médico em uma escolha mais adequada para cada paciente. Os enfermeiros teriam mais confiança para conversar e discutir, tanto com o paciente, como também com o farmacêutico e médico, de forma mais segura, garantindo uma boa administração do medicamento e um acompanhamento adequado do tratamento.

O estudo teve como objetivo sensibilizar e mostrar aos profissionais de saúde envolvidos com o URM a importância da qualidade da prescrição para a adequada dispensação e administração do medicamento, garantindo assim a promoção do URM pelo paciente, uma maior efetividade e segurança de seu tratamento, além da diminuição dos custos financeiros gerados.

6. REFERÊNCIAS

ASPDEN, P., WOLCOTT, J., BOOTMAN, J.L., CRONENWETT, L.R. **Committee on Identifying and Preventing Medication Errors. Preventing medication errors. Quality Chasm Series (Hardcover)**. Washington: National Academies Press; 2007.

ADAMO, M.T. NECCHI, S. **La automedicación: un fenômeno complejo**. Med Soc, v.14, p. 17-21, 1991.

ALVES, T.N.P., **Política Nacional de Medicamentos: análise a partir do contexto, conteúdo e processos envolvidos**. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Centro Biomédico Instituto de Medicina Social, 189p, 2009.

ALVES, T. N.P. **Dispensação de medicamentos: aspectos da realidade em unidades básicas de saúde de Juiz de Fora – MG.** 2003. 135f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – UERJ/IMS, Rio de Janeiro, 2003.

ALDRIGUE, R.F.T., CORRER, C.J., MELCHIORS, A.C., PONTAROLO, R. **Análise da completude de prescrições médicas dispensadas em uma farmácia comunitária de Fazenda Rio Grande - Paraná (Brasil)**. Acta Farm Bonaer, v.25, n.3, p.454-459, 2006.

AGUIAR, G., JUNIOR, L.A.S, FERREIRA, M.A.M. **Igelibilidade 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, 2006.

BRASIL, Lei 5.991, de 17 de dezembro de 1973 que dispões sobre Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras Providências. Disponível em http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/110058/lei-5991-73 acesso em 11/04/2011.

BATES, D.W. **Improving medication safety across institutions. J Qual Improvem**, v.26, n.6, p.319-320, 2000.

BRASIL. **Decreto n.º 74.170, de 10 de junho de 1974.** Diário oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 junho 1974. [citado 2008 Set 25] Disponível em: <http://elegis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?mode=PRINT_VERSION&id=242>.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria n° 3.916.** Brasília: 30 de outubro de 1998.

BRASIL**. Lei Federal 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. Diário Oficial da União 1999.

BRASIL. **Resolução – RDC MS/ANVISA nº 138 de 29 de maio de 2003**. Dispõe sobre o enquadramento na categoria de venda de medicamentos. Diário Oficial da União 2003.

BRASIL. **Portaria SNVS/MS no. 344, de 12 de maio de 1998**. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Republicada no Diário Oficial da União. 1999.

BLENKINSOPP, A., BRADLEY, C. **Patients, society, and the increase in self medication**. BMJ. N.32, p.629, 1996.

CASSIANI, 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 Enfermagem – USP, v.37, n.4, p.51-60, 2003.

CARVALHO, M., VIEIRA, A. A. **Erros médicos em pacientes hospitalizados**. Jornal de Pediatria, v.78, n.4, p.261-268, 2002.

CASTRO, C.G.S. O e PEPE, V.L.E. **Prescrição de Medicamentos**. Disponível em: << http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/516.pdf >>. Acesso em: 22 de Junho de 2012.

CASTRO, M. S. **Atenção farmacêutica: efetividade do seguimento farmacoterapêutico de pacientes hipertensos não controlados**. Porto Alegre: UFRGS, 2004. 183 p.

CARVALHO, V.T., CASSIANI, S.H.B., CHIERICATO, C., MIASSO, A. I. **Erros mais comuns e fatores de risco na administração de medicamentos em unidades básicas de saúde**. Revista Latinoam Enferm, v.7, p.67-75, 1999.

COLOMBO, D., SANTA HELENA, E.T. S, AGOSTINHO A.C.M.G. e DIDJURGEIT J. **Padrão de prescrição de medicamentos nas unidades de programa de saúde da família de Blumenau**. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas, v.40, n.4, p.549-558, 2004.

DEAN, B., BARBER, N., SCHACHTER, V. **What is prescribing error?** Qual Health Care., v.9, n.4, p.232-239, 2000.

DEVINE, E.B., WILSON-NORTON, J.L., LAWLESS, N.M., HANSEN, R.N., HAZLE, T.K., KELLY, K. **Characterization of prescribing errors in an internal medicine clinic**. Am J Health Syst Pharm, v.64, n.10, p.1062-1070, 2007.

EV, L.S., GUIMARÃES, A.G., CASTRO, V.S. **Avaliação das Prescrições Dispensadas em uma Unidade Básica de Saúde do Município de Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil**. Latin American Journal of Pharmacy, n.27, p.543-547, 2008.

FUCHS, F.D.; WANMACHER, L; FERREIRA, M.B.C. **Farmacologia Clínica. Fundamentos da terapêutica racional**. 3.ed Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

GUZATTO, P. e BUENO, D. **Análise de prescrições medicamentosas dispensadas na farmácia de uma unidade básica de saúde de Porto Alegre-RS**. Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, v.27, n.3, p.20-26, 2007.

HARDON, A.; BRUDON-JAKOBOWICZ, P.; REELER, A. **How to investigate drug use in communities. Guidelines for social science research**. World Health Organization, Geneva, 1992. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/1992 /WHO_DAP_92.3.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2003.

IVAMA, A.M. **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002. 24p

JYH, J.H. **Avaliação do conhecimento farmacoterápico de médicos e graduandos em medicina humana.** Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu da UNESP; 2003.

KATZUNG, Bertram G. **Farmacologia básica e clínica.** 10. ed. Porto Alegre: AMGH, 2010.

LEAPE, L.L., BRENNAN, T.A., LAIRD, N., LAWTHERS, A.G., LOCALIO, A.R., BARNES, B.A. **The nature of adverse events and negligence in hospitalized patients**. Results of the Harvard Medical Practice Study II. N Engl J Med, n.324, v.6, p.377-84, 1991.

LE GRAND, A., HOGERZEIL, H.V. e HAAIJER-RUSKAMP, F.M. **Health Policy Plann**. n.14, p. 89-102, 1999.

LÓPEZ, R., KROEGER, A. Intervenciones educativas populares contra el uso inadequado de medicamentos. Bol Oficina Saint Panamer, n.116, p.135-144, 1994.

MARIN, N., organizador. **Assistência Farmacêutica para Gerentes Municipais**. Rio de Janeiro: OPAS, 2003.

MADRUGA, C.M.D., SOUZA, E.S.M., **Manual de orientações básicas para a prescrição médica**. Brasília: CRM-PB/CFM, 2011. 62p.

MIASSO, A.I., CASSIANI, S.H.B. **Erros na administração de medicamentos: divulgação de conhecimentos e identificação do paciente como aspectos relevantes**. Ver. Esc. Enferm, USP, n.34, v.1, p.16-25, 2000.

MATTOS, R. R. **Avaliação da Organização da Assistência Farmacêutica em um Município da Microrregião de Juiz de Fora.** 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Faculdade de Farmácia). UFJF\MG, Juiz de Fora –2010

NASCIMENTO, M.C. **A centralidade do medicamento na terapêutica contemporânea**. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, págs.139, 2002.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **O Papel do Farmacêutico no Sistema de Atenção à Saúde: Benefícios para os Governos e a População.** Relatório da Reunião da OMS: Tóquio, Japão: 31 de agosto - 3 de setembro de 1993.

OLIVEIRA, A. B. et al. . **Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil.** Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas. São Paulo, v. 41, n. 4, dezembro. 2005.

ROSA, M.B., NEIVA, H.M., ANACLETO, T.A., MENDES, D.P., FREITAS, F.O., LAGE, J.B., PERINI, E. **Legibilidade de prescrições médicas com medicamentos potencialmente perigosos em um hospital de Belo Horizonte, MG**. Revista SBRAFH, n.2, p.22-28, 2003.

ROSA, M.B., PERINI, E, ANACLETO, T.A., NEIVA, H.M., BOGUTCHI, T. **Erros na prescrição hospitalar de medicamentos potencialmente perigosos**. Revista de Saúde Pública, v.43, n.3, p.490-498, 2009.

SILVA, M.D.G. **Erros de dispensação de medicamentos em Unidade Pediátrica de um Hospital Universitário. Belo Horizonte - Minas Gerais**. 96 f. Tese grau de mestre em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Departamento de Pediatria. 2009.

SILVÉRIO, M.S., LEITE, I.C.G. **Qualidade das prescrições em município de Minas Gerais: uma abordagem farmacoepidemiológica**. Revi Assoc Med Bras, n.56, v.6, p.675-680, 2010.

TRAN, M. **The impact of introducing pré-printed chemotherapy medication charts to a day chemotherapy unit**. J Oncol Pharm Pract, v.6, n.2, p.64-69, 2000.

VALADÃO, A.F. et al. **Prescrição médica: um foco nos erros de prescrição**. Rev. Bras. Farm., v.90, n.4, p.340-343, 2009.

WINTERSTEIN, A.G., THOMAS, E., ROSENBERG, E.I., HATTON, R.C., GONZALEZ, R.R., KANJANARAT, P. **Nature and causes of clinically significant medication errors in a tertiary care hospital**. Am J Health Syst Pharm, v.61, n.18, p.1908-1916, 2004.

YU, K.H., NATION, R.L., DOOLEY, M.J. **Multiplicity of medication safety terms, definitions and functional meanings: when is enough enough?** Qual Saf Health Care, v.14, n.5, p.358-563, 2005.