

ANÁLISE DE PRESCRIÇÕES MEDICAMENTOSAS DISPENSADAS NA FARMÁCIA DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE - RS*ANALYSIS OF DRUG PRESCRIPTIONS DISPENSED BY A PHARMACY IN A BASIC HEALTH UNIT IN PORTO ALEGRE, BRAZIL*Paula Guzatto¹, Denise Bueno²**RESUMO**

Objetivo: Avaliar os erros nas prescrições atendidas e o percentual de retirada efetiva de medicamentos, permitindo uma compreensão de como o medicamento contribui para a orientação da assistência farmacêutica na Unidade Básica de Saúde (UBS) Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) - Santa Cecília. **Métodos:** Estudo longitudinal retrospectivo a partir de prescrições dispensadas em uma Unidade Básica de Saúde em Porto Alegre-RS, durante o período de um mês, incluindo todas as prescrições que tiveram no mínimo um item dispensado. Parâmetros analisados: 1) procedência da prescrição médica; 2) demanda não-atendida; 3) utilização do nome comercial; 4) posologia; 5) data; 6) dados de identificação do paciente; 7) dados de identificação do prescriptor; 8) legibilidade da receita. **Resultados:** Foram avaliadas 3.701 prescrições medicamentosas. Quanto à procedência, 24,2% (894) das prescrições foram oriundas do HCPA; 49,3% (1.824), da UBS HCPA-Santa Cecília; 9,6% (357), de outros postos de saúde; 9,1% (338), de convênios/particulares; 7,6% (280), de outros hospitais; 0,2% (7) não apresentavam identificação de procedência. Na totalidade das prescrições, 10.189 medicamentos foram prescritos, o que corresponde a uma média de 2,75 (± 1) medicamentos por prescrição. Os medicamentos dispensados pela farmácia da UBS HCPA-Santa Cecília corresponderam a 67,1% deste total. Do total de medicamentos que não foram dispensados, 74,7% pertenciam à Relação Municipal de Medicamentos. Das 3.701 prescrições analisadas, 18% apresentavam algum tipo de erro. Foram encontrados 3.519 erros somatórios, considerando que uma mesma prescrição apresentou mais de um erro. A média de erro por prescrição foi de 5,3 (± 2). **Conclusão:** Para alcançarmos resultados positivos na terapêutica, a educação permanente sobre a importância da prescrição de medicamentos para os profissionais da saúde torna-se necessária, evitando os erros de prescrição e, em muitos casos, de demanda não-atendida.

Unitermos: Assistência farmacêutica, atenção primária, uso racional de medicamentos, erros de medicação, prescrições médicas.

ABSTRACT

Objective: To evaluate errors in prescriptions and percentage of drugs effectively collected, allowing a better understanding of how drugs contribute to the orientation of pharmaceutical assistance in the Basic Health Unit (BHU) Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) Santa Cecília. **Methods:** This was a longitudinal, retrospective study of dispensed prescriptions in a BHU in Porto Alegre, Brazil, over a 1-month period including all prescriptions that had at least one dispensed item. Parameters to be analyzed: 1) origin of medical prescription; 2) unsatisfied demand; 3) use of commercial name; 4) dosage; 5) date; 6) patient's identification data; 7) prescriber's identification data; 8) prescription's legibility. **Results:** A total of 3,701 drug prescriptions were evaluated. As to origin, 24.2% (894) of prescriptions came from HCPA; 49.3% (1,824) from UBS HCPA-Santa Cecília; 9.6% (357) from other health units; 9.1% (338) from health plans/private; 7.6% (280) from other hospitals; and 0.2% (seven) had no origin identification. With regard to all prescriptions, 10,189 drugs were prescribed, corresponding to an average of 2.75 (± 1) drugs per prescription. Drugs dispensed by the pharmacy at UBS HCPA-Santa Cecília corresponded to 67.1% of that amount. Of the total drugs that were not dispensed, 74.7% belonged to the Municipal List of Drugs. Of 3,701 prescriptions analyzed, 18% showed some type of error. There were 3,519 somatic errors, considering that a single prescription had more than one error. Mean number of errors per prescription was 5.3 (± 2). **Conclusion:** To reach positive results in therapeutics, it is necessary to have a permanent education on the importance of drug prescription for health professionals, avoiding prescription errors and, in many cases, unsatisfied demands.

Keywords: Pharmaceutical assistance, primary care, rational use of drugs, drug errors, medical prescriptions.

Rev HCPA 2007;27(3):20-6

Os medicamentos exercem uma função simbólica sobre a população. Como produto simbólico, o medicamento pode ser visto como um signo ou símbolo, composto de uma realidade material (significante), como a pílula, a solução, a ampola e outras, que remete a um conceito (significado), que é a Saúde (1,2). Dessa forma, o medicamen-

to toma papel proeminente dentro da consulta médica (3), além de fazer uma "economia", poupando trabalho político e pessoal necessário para a obtenção de saúde (4). 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

1 Farmacêutica pela Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

2 Doutora em Ciências Biológicas – Bioquímica, Professora Adjunta do Departamento de Produção e Controle de Medicamentos da Faculdade de Farmácia da UFRGS.

Correspondência: Denise Bueno, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Avenida Ipiranga, 2752, CEP 90610-000, Porto Alegre, RS – Brasil. Tel.:55 51 3308.5305. E-mail: bdenise@farmacia.ufrgs.br

faça preponderar sua própria experiência e vontade (5). Esse 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 (6-9). López & Kroeger (10), em estudo com intervenções educativas, demonstraram a dificuldade de modificar os hábitos da população em relação aos medicamentos, enfatizando a necessidade de conhecer o valor simbólico e as expectativas associadas ao medicamento. Mudanças no modo de utilizar medicamentos somente são viáveis quando se radicam em ações educativas prolongadas, uma vez que o desmonte e a reestruturação da carga simbólica vinculada aos medicamentos exigem tempo. Estudo de Haak (11) detectou uma supervalorização da eficácia dos medicamentos pela população estudada, já que 46,5% dos entrevistados não cogitam uma terapêutica que não seja farmacológica.

Essa sociedade de consumo, ao mesmo tempo em que, por um lado, promove a idéia de que qualquer sofrimento, qualquer dor, qualquer estado, enfim, que fuja daquilo que ela institui como padrão, inclusive estético, constitui algo insuportável para o indivíduo, por outro lado oferece a solução mágica, na ponta dos dedos: os comprimidos (2).

Em 1988, com a promulgação da Nova Constituição Federal do Brasil, foi conferido ao Estado o papel de assegurar a saúde de forma universal, integral e equânime, incluindo a assistência farmacêutica (12). Assistência farmacêutica constitui, portanto, um componente da política de medicamentos, essencial no sistema de saúde, sendo prioritária e imperativa a sua definição, organização e estruturação nos diversos níveis de atenção à saúde, com ênfase no setor público, no marco da transformação do novo modelo assistencial de vigilância à saúde. Dentre seus objetivos estão: assegurar acessibilidade de medicamentos e farmacoterapia de qualidade à população, com ênfase nos grupos de risco; garantir o uso racional de medicamentos e de insumos farmacêuticos; oferecer serviços farmacêuticos e cuidados ao paciente e à comunidade, complementando a atuação de outros serviços de atenção à saúde, e contribuir de maneira eficaz e efetiva para transformar o investimento com medicamentos em incremento de saúde e de qualidade de vida (13).

Frente à assistência farmacêutica, destaca-se o recebimento, a compreensão e a correta dispensação da prescrição médica como sendo um papel importante do profissional dessa área. Isso se deve ao fato de que a prescrição é uma ordem escrita dirigida ao farmacêutico, definindo como o fármaco deve ser fornecido ao paciente, e a este, determinando as condições em que o fármaco deve ser utilizado. É documento legal pelo qual se responsabilizam quem prescreve (médico) e quem dispensa a medicação (farmacêutico), estando sujeito à legislação de controle e vigilância sanitários (14).

Atualmente, os eventos adversos relacionados à assistência, especialmente os erros, são cada vez mais conhecidos, discutidos e julgados em tribunais. A assistência à

saúde passou a ser uma forma de prestação de serviços sujeita às leis contratuais, e suas conseqüências, às áreas cível e penal. Além disso, a formação dos profissionais que lidam com vidas humanas é fortemente marcada pela busca de infalibilidade, iniciando-se aí a extrema dificuldade de médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros profissionais em lidar com o erro humano nas organizações de saúde (15).

Conceitua-se erro de medicação como sendo qualquer evento evitável que pode causar dano ao paciente ou dar lugar a uma utilização inapropriada dos medicamentos, quando estes estão sob o controle dos profissionais de saúde, do paciente ou do consumidor (6). Winterstein et al. mostraram que 72% dos erros de medicação foram iniciados durante a prescrição, seguidos pela administração (15%), pela dispensação (7%) e pela transcrição (6%), demonstrando que esses incidentes podem estar relacionados à prática profissional, aos produtos, aos procedimentos ou aos sistemas, incluindo falhas na prescrição, comunicação, rótulo, embalagem, denominação, preparação, dispensação, distribuição, administração, educação, monitoramento e uso dos medicamentos (16).

Verificar a qualidade da prescrição é avaliar a qualidade de uma parte dos serviços de saúde prestados, além de ser um registro que pode indicar a satisfação do paciente, estando esta última relacionada à adesão ao tratamento. Também faz parte da adesão o entendimento da prescrição pelo paciente, pois, se este apresentar dúvidas com relação ao que foi prescrito, irá sentir-se desmotivado com o tratamento, podendo alterar a prescrição segundo seu critério ou até deixar de realizá-la (17).

O objetivo deste estudo foi avaliar os erros nas prescrições atendidas e o percentual de retirada efetiva de medicamentos, permitindo uma avaliação de como o medicamento contribui para a orientação da assistência farmacêutica na Unidade Básica de Saúde (UBS) Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) - Santa Cecília.

MÉTODOS

Delineamento do estudo

A metodologia empregada foi a de um estudo longitudinal retrospectivo, no qual foram avaliadas as prescrições medicamentosas dispensadas na UBS HCPA-Santa Cecília em um período de um mês (01 de Setembro a 01 de Outubro de 2006). As prescrições foram avaliadas diariamente, no dia posterior ao da retirada do medicamento. Foram incluídas no estudo todas as prescrições que tiveram pelo menos um dos itens atendidos. As prescrições foram analisadas com o objetivo de detectar os principais tipos de erro nos critérios de legibilidade das prescrições e quanto à presença e/ou à inadequação de requisitos importantes, tais como: uso da Denominação Comum Brasileira (DCB), Posologia, Forma Farmacêutica, Via de Administração, Especificação Correta, Duração do Tratamento, Quantidade Suficiente para Tratamento, Uso de Abreviaturas, Identificação do Prescritor e do Paciente, Assinatura e Data. Os dados foram sumarizados por análise descritiva.

A UBS HCPA-Santa Cecília está situada dentro do *campus* da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. A área adstrita compreende algumas regiões do 8º distrito do município de Porto Alegre e algumas outras áreas, totalizando 40.000 pessoas que poderão vir a utilizar os serviços desta unidade. A UBS HCPA-Santa Cecília conta com três equipes de Programa Saúde da Família (PSF), uma Farmácia e oferece serviços de acolhimento e atendimento odontológico e nutricional, pediatria, ginecologia e clínica geral. Também conta com serviços de vacinação e aplicação de medicamentos injetáveis e com os seguintes programas: Nascer, Pra-Crescer, Pra-Nenê, Pré-Natal, acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HyperDia) e Grupo de Idosos. Os medicamentos disponibilizados na UBS são provenientes da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre a partir da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME).

Aspecto ético

Em virtude da necessidade de acesso a informações provenientes das prescrições arquivadas na farmácia da UBS, houve preocupação em obter autorização dos responsáveis. A proposta em questão foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética do HCPA. Assinou-se o termo de compromisso para uso de dados, assegurando os aspectos éticos, conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/96. Garantiu-se o sigilo acerca de qualquer informação coletada que pudesse identificar os pacientes,

uma vez que o projeto não estava baseado em dados individuais, importando sim o conjunto das informações.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliadas 3.701 prescrições medicamentosas. Quanto à procedência, 24,2% (894) das prescrições foram oriundas do HCPA; 49,3% (1824), da UBS HCPA-Santa Cecília; 9,6% (357), de outros postos de saúde; 9,1% (338), de convênios/particulares; 7,6% (280), de outros hospitais; 0,2% (7) não apresentavam identificação de procedência (Figura 1).

Na totalidade das prescrições, 10.189 medicamentos foram prescritos, o que corresponde a uma média de 2,75 (± 1) medicamentos por prescrição. Os medicamentos dispensados pela farmácia na UBS HCPA-Santa Cecília corresponderam a 67,1% (6.837) deste total (Figura 2). Do total de medicamentos que não foram dispensados, 74,7% (2.504) pertenciam à REMUME, sinalizando que a oferta é menor do que a procura. Para alcançarmos resultados positivos na terapêutica, é necessário, além de atendimento médico de qualidade, o tratamento medicamentoso no período completo. Para tanto, a implantação da regionalização da dispensação de medicamentos pelas unidades pode vir a garantir um planejamento de estoque de medicamentos para a comunidade. O desconhecimento da REMUME parece ser outro limitante para a qualificação da assistência farmacêutica

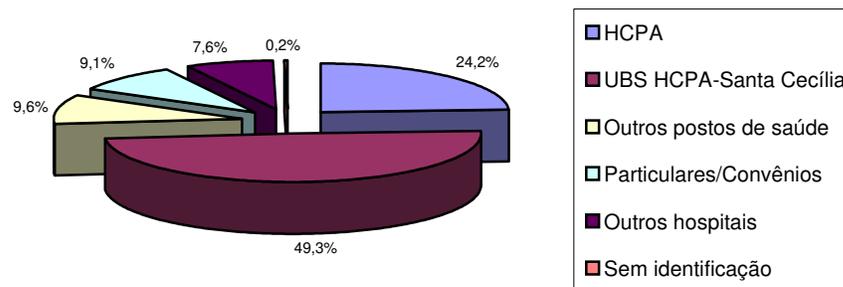


FIGURA 1. Número de prescrições dispensadas por procedência da prescrição.

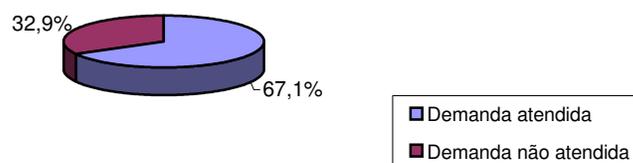


FIGURA 2. Totalidade da demanda de medicamentos.

As prescrições, na sua maioria, foram feitas por médicos: 99,7% (3.691); por odontólogos: 0,27% (10); por enfermeira: 0,03% (1) (Tabela 1). O prescritor, em 48,5% (323) das prescrições, não pôde ser identificado com assinatura e carimbo, e em 6,6% (44) apresentou carimbo e assinatura de outra pessoa, não correspondendo aos dados impressos na prescrição.

Tabela 1 - Número de prescrições dispensadas por categoria do prescritor.

Categoria do prescritor	Número de prescrições	Porcentagem (%)
Médico	3.691	99,7
Odontólogo	10	0,27
Enfermeiro	1	0,03
Total	3.701	100,0

Das 3.701 prescrições analisadas, 18% (666) apresentavam algum tipo de erro. Foram encontrados 3.519 erros somatórios, considerando que uma mesma prescrição poderia ter mais de um erro. A média de erro por prescrição foi de 5,3 (± 2).

Em estudo realizado no Reino Unido, identificaram-se em 3.141 (15%) prescrições um ou mais erros (18). Outro trabalho, realizado em 36 hospitais americanos, detectou 19% de erros (19).

Em relação às prescrições contendo erro (666), a procedência das mesmas foi: 31% provenientes do HCPA; 20,8%, da UBS HCPA-Santa Cecília; 17,3%, de outras Unidades de saúde do Município de Porto Alegre; 16,9%, de Particulares/Convênios; 13,3%, de outros hospitais; em 0,63% não foi possível identificar o local de procedência (Tabela 2).

Tabela 2 - Totalidade de erros encontrados por procedência do prescritor.

Procedência	Número de erros	Porcentagem (%)
HCPA	1.091	31,0
UBS Santa Cecília	733	20,8
Outros postos	610	17,3
Particulares/convênios	594	16,9
Outros hospitais	469	13,3
Sem identificação	22	0,63
Total	3.519	100,0

As prescrições foram analisadas para detecção dos principais tipos de erros e/ou inadequação de requisitos fundamentais para a dispensação correta de medicamentos.

A DCB foi um dos critérios observados, sendo que 51,2% (341) das prescrições apresentavam pelo menos um medicamento prescrito que não estava designado por ela. O uso da DCB, além de obrigatório no âmbito do SUS, reduz as confusões entre nomes de medicamentos. O uso de denominação comercial pode induzir a erros, pois nomes

comerciais variam de um país para outro e estão sujeitos a mudanças, atendendo a interesses de mercado. A utilização do nome comercial se dá também pelo marketing e por grande pressão da indústria farmacêutica sobre os profissionais prescritores (17). Em 69,4% das prescrições analisadas em 10 Unidades de Saúde de Ribeirão Preto (SP), não houve utilização da DCB (17).

Quanto à posologia, outro critério avaliado, este erro ocorreu em 99,9% (664 prescrições), pois a falta desse dado foi em 95,9% (637), o dado não legível em 0,4% (3), rasuras neste dado em 3,3% (22) e 0,3% (2) apresentaram o dado incorreto. Quanto à concentração do medicamento prescrito, em 36,3% (242) faltava essa informação, em 4% (27) estava ilegível, em 1,6% (11) encontrava-se rasurada e em 0,6% (4) estava incorreta, totalizando 42,5% (284) de erros.

A posologia é um dado muito importante a ser considerado nas prescrições, pois por ausência de dose um paciente que usar posologia inferior de um medicamento corretamente prescrito pode não alcançar as metas farmacoterapêuticas estabelecidas e, em consequência, abandonar o tratamento. A não-adesão de um paciente a uma terapêutica eficaz poderá frustrar os objetivos tanto do prescritor quanto do paciente (5). Em estudos realizados em uma UBS em Aracaju (SE), apenas 24% das prescrições analisadas apresentaram o nome do medicamento de forma legível.

As unidades internacionais de medidas nestas prescrições apresentaram problema de legibilidade, sendo que em 75,8% (504) por impossibilidade de leitura, e em 11,7% (78) pela inexistência desse dado. Em 6,3% (42) dessas prescrições, encontraram-se abreviaturas de nomes de medicamentos, contribuindo no item de legibilidade, que foi de 93,8% (625). A utilização de abreviatura é um fator que contribui para a incorreta interpretação da prescrição (20). Com a utilização de abreviaturas, acrônimos e símbolos pretende-se simplificar e agilizar o processo de prescrição, porém isso pode acarretar interpretações equivocadas por profissionais não-familiarizados com a expressão, ou por existirem vários significados para uma mesma abreviatura (17). Ainda, com base em dados coletados em um Hospital em Goiás, 96% das prescrições apresentavam abreviaturas (12).

Não devem ser dispensadas receitas ilegíveis, com abreviaturas ou capazes de induzir a erro de dispensação. No momento da dispensação, deve ser fornecida toda a informação necessária sobre o uso correto do medicamento, suas reações adversas e potenciais interações (21). Em 49,8% das prescrições analisadas em um Hospital em Fortaleza (CE), houve inadequações quanto à especificação correta pela falta de concentração do medicamento.

Quanto à via de administração, em 15,9% (106) das prescrições houve erro na indicação da mesma. A falta da via de administração nas prescrições médicas também pode implicar em via e/ou técnica de aplicação do medicamento incorreta, podendo levar a modificação de fatores farmacocinéticos do fármaco, principalmente a absorção. Assim, podem ocorrer riscos de problemas relacionados a medi-

camentos de efetividade, como ineficácia do efeito desejado e segurança, com riscos de reações adversas e maior tempo de ação (18). As prescrições eletrônicas oriundas do HCPA reduziram totalmente as dificuldades com legibilidade, facilitando a correta dispensação do medicamento. Porém, 37,1% (33) das prescrições que apresentaram via de administração errada estavam enquadradas nesse mesmo grupo, concluindo-se, portanto, que esse sistema não erradica a possibilidade de ocorrência de erros de medicação.

A data na prescrição foi analisada, sendo que em 11,9% (79) não constava essa informação, em 9,1% (61) estava rasurada, em 6,1% (41) era ilegível e em 1,6% (11) estava incompleta, sendo que 17% (113) dessas prescrições estavam vencidas. A informação da data da prescrição pode até ser considerada, por alguns, dispensável, mas é uma informação importante para assegurar a validade da prescrição, sendo, portanto, um referencial fundamental para que se possa acompanhar a evolução histórica do paciente e para que os medicamentos sejam dispensados, administrados e avaliados a cada período de tempo padronizado (17). (Tabela 3).

Tabela 3 - Tipo de erros encontrados por prescrição incorreta.

Erros detectados por inadequação	Número	18% total prescrições
DCB	341	51,2
Legibilidade	625	93,8
Posologia	664	99,9
Via de administração	106	15,9
Concentração	284	42,5
Data de duração da prescrição	304	45,7
Quantidade do medicamento	664	99,9
Identificação do paciente	133	20,0
Identificação do prescriptor	324	48,6
Sem forma farmacêutica	74	11,1
Total	3519	100

DCB: Denominação Comum Brasileira

A prescrição de fármacos é normatizada no país, principalmente, pelas Leis Federais 5991/73 e 9787/99 e pela Resolução n.º 7/2001 do Conselho Federal de Farmácia, que define as Boas Práticas em Farmácia. Com base nessa regulamentação, apresentam-se algumas normas para a execução adequada de uma receita (21).

1. A prescrição deve ser escrita a tinta, em vernáculo, em letra de fôrma, clara, por extenso e legível, sem rasuras, observando a nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficial. Datilografia e impressão por computadores são aceitáveis.

2. Não se devem utilizar abreviaturas para designar formas farmacêuticas, vias de administração, quantidades ou intervalos entre doses.
3. Deve-se usar receituário específico para prescrição de fármacos controlados.
4. A prescrição deve ser assinada claramente e acompanhada de carimbo.
5. É importante que as instruções de uso para cada medicamento prescrito sejam especificadas, evitando que o paciente as confunda.
6. Deve-se estar atento para a grafia de números com zeros ou vírgulas, evitando erros grosseiros de dosagens.
7. A receita tem validade de 30 dias, a contar da data de emissão.

A prescrição medicamentosa geralmente inicia com o agente farmacológico segundo a DCB e, na falta dessa, a Internacional (DCI), sendo que o nome genérico é obrigatório no SUS. A forma farmacêutica, sua concentração e quantidade total de medicamentos a ser fornecida, sempre em função de dose e duração do tratamento, devem ser especificadas. Registra-se a via de administração e determina-se o intervalo entre doses e a duração do tratamento. Os horários de administração devem ser definidos quando houver possibilidade de interação com alimentos ou com outros fármacos utilizados pelo paciente, para favorecer a comodidade, objetivando-se melhor adesão do paciente ao tratamento, e para favorecer a obtenção do efeito terapêutico ou a redução dos efeitos indesejáveis. A prescrição deve ser clara e detalhadamente explicada ao paciente, conferindo-se a sua perfeita compreensão (21).

No Brasil, milhões de prescrições geradas anualmente nos serviços públicos de saúde não apresentam os requisitos técnicos e legais imprescindíveis para uma dispensação eficiente e utilização correta dos medicamentos. Em estudo realizado em uma unidade de atenção primária à saúde em Aracaju (Sergipe, Brasil), foram analisadas 1.227 prescrições quanto à presença dos requisitos obrigatórios em prescrições, e foi constatado que 71,5% das prescrições analisadas não obedeceram aos aspectos legais pré-estabelecidos. Apenas 24% dessas prescrições apresentaram o nome do medicamento de forma legível (17). Os dados apresentados, além de preocupantes no que se refere aos agravos que tudo isso pode causar à saúde da população, visto que o uso incorreto de um medicamento pode levar o paciente à morte, também geram reflexos sobre os custos que recaem sobre os recursos governamentais destinados à saúde, bem como à própria sociedade (22).

Cerca de 50% dos medicamentos receitados no Brasil são prescritos, dispensados ou aplicados inadequadamente (23).

Cabe aos profissionais que, direta ou indiretamente, têm, nas suas ações na saúde, responsabilidades educativas, reverter a situação do erro ou omissão, contribuindo no sentido de tornar mais madura nossa sociedade, não permitindo que os medicamentos ocupem indevido lugar de substitutivo ou símbolo de saúde, cuja função consistiria

em inibir a intervenção nas causas sociais e comportamentais da doença (2).

A prescrição de medicamento simboliza importante dimensão do processo terapêutico, e a “transformação” desta prescrição em comprimido, suspensão, etc., pelo farmacêutico, prolonga este encontro por dias ou até mesmo meses após a sua realização.

Há uma multiplicidade de fatores que irão interferir no resultado final da uma terapêutica. Algumas influências são decisivas neste processo, pois, como o prescritor pode ou não prescrever o melhor medicamento para aquele paciente, o dispensador pode ou não dispensar o medicamento prescrito da melhor maneira, e o paciente pode ou não aderir ao tratamento (18). A influência e o controle direto da parte do médico sobre o uso de medicamentos são extremamente limitados (11).

CONCLUSÃO

Podemos observar que os erros encontrados neste estudo foram desde ilegitimidade das prescrições médicas, ausência de posologia, forma farmacêutica, via de administração, duração do tratamento, quantidade suficiente para tratamento, data, até inadequações quanto à especificação correta do medicamento, quanto ao uso da DCB, quanto à identificação do prescritor e do paciente e quanto ao uso de abreviaturas. Constatou-se também que os procedimentos legais ligados às prescrições não são adequadamente cumpridos, ressaltando a necessidade da implementação de estratégias que reforcem o benefício de uma prescrição adequada.

Erros em prescrições médicas podem ocasionar trocas de medicamentos e/ou substituição das formas farmacêuticas no momento da dispensação, administração de medicamentos na via errada, dose errada, administração de medicamentos ao paciente errado, uso de medicamentos além do tempo necessário ou não-adesão ao tratamento. Além disso, podem estar relacionados a fraudes e a falsificações, principalmente quando não se identifica o emitente da receita.

À parte as conseqüências médicas, existe ainda um custo social e pessoal do uso inadequado desses medicamentos, que envolve custos diretos de tratamentos, internações, dias não-trabalhados, faltas escolares, invalidez e morte. Assim, oneram-se também os gastos públicos com a saúde (24).

O usuário não deve ser visto apenas como quem procura alívio de suas dores e sofrimento, buscando resgatar a saúde, mas como membro ativo da relação profissional-paciente, pois de sua atitude frente à doença depende o sucesso da terapêutica (21).

Agradecimentos

A todos os funcionários da Unidade Básica de Saúde HCPA-Santa Cecília pela disponibilidade e apoio na concretização deste projeto.

REFERÊNCIAS

1. Kelly JM. Implementing a patient self-medication program. *Rehabil Nurs.* 1994;19:87-90.
2. Lefèvre F. A função simbólica dos medicamentos. *Rev Saude Publica.* 1983;17:500-3.
3. Adamo MT, Necchi S. La automedicación: un fenómeno complejo. *Med Soc.* 1991;14:17-21.
4. Lefèvre F. A oferta e a procura de saúde imediata através do medicamento: proposta de um campo de pesquisa. *Rev Saude Publica.* 1987;21:64-7.
5. Blenkinsopp A, Bradley C. Over the counter drugs. The future for self medication. *BMJ.* 1996;312(7034):835-7.
6. Blenkinsopp A, Bradley C. Patients, society, and the increase in self medication. *BMJ.* 1996;312(7031):629-32.
7. Danhier CA, Brieva AJ, Villegas MG, Yates TK, Pérez CH, Boggiano ZG. Utilización de medicamentos en una población urbana. *Rev Med Chile.* 1991;119(3):334-7.
8. Tatsch IC, Nascimento JH, Lucchese FS, Lucchese GB, Chagas AM. Automedicação: avaliação entre zona periférica e central em Santa Maria. *Saúde (Santa Maria).* 1987;13:49-54.
9. Thomas DH, Noyce PR. The interface between self medication and the NHS. *BMJ.* 1996;312(7032):688-91.
10. López R, Kroeger A. Intervenciones educativas populares contra el uso inadecuado de medicamentos. *Bol Oficina Saint Panamer.* 1994;116:135-44.
11. Haak H. Padrões de consumo de medicamentos em dois povoados da Bahia (Brasil). *Rev Saude Publica.* 1989;23:143-51.
12. Cosendey MAE, Zepeda Bermudez JA, Reis ALA, Silva HF, Oliveira MA, Luiza VL. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. *Cad Saude Publica.* 2000;16:171-82.
13. Araújo ALA, Freitas O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. *Rev Bras de Ciênc Farm.* 2006;42:137-46.
14. Rocha VMP. Análise das prescrições no programa de saúde mental no município de Santa Maria. [monografia]. Santa Maria: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2004.
15. Rosa MB, Perini E. Erros de medicação: quem foi? *Rev Assoc Med Bras.* 2003;49:335-41.
16. Winterstein, AG, Johns TE, Rosenberg EI, Hatton RC, Gonzalez-Rothi R, Kanjanarat P. Nature and causes of clinically significant medication errors in a tertiary care hospital. *Am J Health Syst Pharm.* 2004;61(18):1908-16.
17. Carvalho VT, Cassiani SHB, Chiericato C, Miaso AI. Erros mais comuns e fatores de risco na administração de medicamentos em unidades básicas de saúde. *Rev Latinoam Enferm.* 1999;7:67-75.
18. Gimenes FRE, Miaso AI, Lyra Jr. DP, Grou CR. Prescrição eletrônica como fator contribuinte para segurança de pacientes hospitalizados. *Pharmacy Practice.* 2006;4:13-7.

19. Freire CC, Gimenes FRE, Cassiani SHB. Análise da prescrição informatizada, em duas clínicas de um hospital universitário. *Rev Med Ribeirão Preto*. 2004;37:91-6.
20. Portal farmacêutico. Pesquisa mostra problemas em 50% de receitas de médicos. Disponível em: http://portalfarmacauticon.com/artigos/index.php?subaction=showfull&id=1161988155&archive=&start_from=&ucat=6&.
21. Lyra Jr. DP, Prado MCTA, Abriata JP, Pelá IR. As prescrições médicas como causadoras de risco para problemas relacionados com os medicamentos. *Seguim Farmacoter*. 2004;2(2):86-96.
22. Otero López MJ, Martín Muñoz R, Domínguez-Gil Hurlé A. Seguridad de medicamentos. Abreviaturas, símbolos y expresiones de dosis asociados a errores de medicación. *Farm Hosp (Madrid)*. 2004;28(2):141-4.
23. Abrantes PM, Magalhães SMS, Acúrcio FA, Sakurai E. Avaliação da qualidade das prescrições de antimicrobianos dispensadas em unidades públicas de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2002. *Cad Saude Publica*. 2007;23:95-104.
24. Rosemberg B, Lefèvre F. O medicamento como mercadoria simbólica. *Cad Saude Publ*. 1992;8(2):207-16.