


Análise estrutural de prescrições medicamentosas em uma unidade de terapia intensiva cardiológica

Structural analysis of the prescribed drugs in a cardiological intensive care unit

Juliana Viana Braga Carvalho¹ ; Giovanna Calispto de Rezende¹ ; Paula Peclat Flores² ; Maiara Benevides Moreira¹ ; Matheus Kirton dos Anjos¹ ; Marlucci Andrade Conceição Stipp¹ ; Graciele Oroski Paes¹ 

*gracieleoroski@gmail.com

Forma de citar: Carvalho JVB, de Rezende GC, PVP Flores, Moreira MB, dos Anjos MK, Stipp MAC, et al. Análise estrutural de prescrições medicamentosas em uma unidade de terapia intensiva cardiológica. Salud UIS. 2022; 54:e22044. doi: <https://doi.org/10.18273/saluduis.54.e:22044> 

Resumo

Introdução: A segurança do paciente é definida como a redução, ao mínimo aceitável, do risco de danos desnecessários associados ao cuidado à saúde. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária normatiza a estrutura de uma prescrição medicamentosa, especificando os itens indispensáveis, pois esta é uma etapa crítica no processo de medicação. **Objetivo:** analisar estruturalmente as prescrições medicamentosas de pacientes internados em terapia intensiva cardiológica comparando-as com as recomendações dadas pelo Protocolo de Segurança na Prescrição de medicamentos do Ministério da Saúde. **Metodologia:** Estudo descritivo, transversal, de análise documental retrospectiva através da verificação de 133 prescrições medicamentosas no pós-operatório de cirurgia cardíaca. As prescrições foram analisadas quanto à estrutura e adequação às recomendações do protocolo de segurança medicamentosa do MS. **Resultados:** Ao que compete a análise estrutural, 100% (133) continham identificação correta do paciente, do prescriptor e registro da data. Em contrapartida, 100% eram do tipo manuscritas e apenas uma (1) possuía notificação de alergia, elevando a possibilidade de erros. A identificação do paciente, prescriptor e registro de data são dados de validação imprescindíveis nas prescrições. **Conclusão:** A análise das prescrições é uma importante medida para identificação de fatores de risco e prevenção de eventos adversos.

Palavras-chave: Prescrições de medicamentos; Segurança do paciente; Enfermagem; cardiologia; Unidades de terapia intensiva; Boas práticas de manipulação.

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil.

²Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro., Brasil.

Abstract

Introduction: Patient safety is defined as the reduction, to the minimum acceptable, of risk of unnecessary harm associated with health care. Agência Nacional de Vigilância Sanitária regulates the structure of prescription drugs, specifying indispensable items because it is a critical stage in the medication process. **Objective:** To structurally analyze the prescribed drugs of patients hospitalized in cardiac intensive care and compare them to those recommended by the Ministry of Health (MS) Protocol on Safety in Prescribing Medicines. **Methodology:** A descriptive, cross-sectional study of retrospective document analysis through the verification of 133 prescription drugs in the postoperative period of cardiac surgery. The prescriptions were analyzed in terms of structure and adequacy to the recommendations of the MS drug safety protocol. The structural analysis consisted of an evaluation of drugs and structural data of prescriptions. **Results:** As far as structural analysis is concerned, 100% (133) contained the correct identification of the patient, the prescriber, and the date recorded. In contrast, 100% were handwritten and only one (1) had an allergy notification, increasing the possibility of errors. Identification of the patient, prescriber, and date recorded are essential validation data points in prescriptions. **Conclusion:** It is concluded that the analysis of prescriptions is an important measure for identifying risk factors and preventing adverse events.

Keywords: Drug prescriptions; Patient safety; Nursing; Cardiology; Intensive care units; Good manipulation practices.

Introdução

A segurança do paciente é definida como a redução, ao mínimo aceitável, do risco de danos desnecessários associados ao cuidado à saúde. Em 2017, o lançamento pela World Alliance for Patient Safety (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente), do terceiro Desafio Global de Segurança do Paciente, intitulado 'Medicação sem danos', destaca a necessidade de melhorar a segurança no uso de medicamentos nas diferentes etapas da terapia medicamentosa, principalmente a fase de prescrição^{1,2}.

A terapia medicamentosa é um processo multidisciplinar, compreendida como etapa do sistema de medicação, que vai desde a prescrição, dispensação, preparo, administração da terapia, até o monitoramento. Estudos realizados evidenciaram o impacto da prescrição na segurança do paciente, em que 72% dos erros de medicação tiveram início na prescrição de medicamentos, concorrendo substancialmente para ocorrência de eventos adversos^{1,3-4}.

Visto isso, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com o Ministério da Saúde (MS), lança um protocolo que objetiva promover práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde. Nele constam itens indispensáveis no que diz respeito à estrutura de uma prescrição medicamentosa, que são uma garantia para a segurança do paciente. A padronização de processos na prática assistencial é uma importante estratégia para a redução de erros, pois as chances de evitar falhas que gerem danos são maiores, implicando

diretamente em uma assistência medicamentosa livre de danos⁵.

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) ocupam o segundo lugar entre unidades de maior ocorrência de erros de medicação. Dessa forma, a análise das prescrições em UTI é de grande relevância devido à incidência da polifarmácia* e aos múltiplos fatores de risco do paciente, o que os tornam mais suscetíveis a erros de prescrição. Sendo assim, a adoção de protocolos que padronizem uma prescrição traz um impacto positivo, já que um erro nesta fase, pode impactar no tratamento, retardar a alta e piorar o prognóstico da clientela que já é constituída por pacientes críticos^{6,7,8}.

A prescrição não deve ser vista apenas como documento, mas como instrumento de comunicação entre os diferentes profissionais envolvidos na assistência, capaz de minimizar erros e tornar a terapia medicamentosa mais segura^{9,5}. Portanto, deve ser pautada em recomendações atuais e validadas, como as asseguradas pelo Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos da ANVISA em parceria com MS.

Este conhecimento é de grande relevância para a equipe de enfermagem, visto que é a categoria que atua diretamente no preparo e administração de medicamentos, considerada última barreira para a prevenção de erros. O enfermeiro possui importante participação na análise das prescrições, pois avalia a terapêutica prescrita, realiza o aprazamento de horário e reconciliações dos medicamentos, de modo a prevenir

*O uso concomitante de 5 ou mais medicamentos (SILVEIRA, 2014)

interações e incompatibilidades, além de atuar no monitoramento e reavaliação do paciente submetido à terapêutica¹⁰.

Sendo assim, o estudo objetiva: analisar estruturalmente as prescrições medicamentosas de pacientes internados em terapia intensiva cardiológica comparando-as com as recomendações ditadas pelo Protocolo de Segurança na Prescrição de medicamentos do Ministério da Saúde. O estudo justifica-se pela relevância da análise de prescrições medicamentosas, visto que essa prática permite o rastreamento e análise de fatores de risco a eventos adversos na assistência à saúde, bem como possibilita uma atuação preventiva e proativa mitigatória de erros preveníveis ao paciente.

Método

Estudo descritivo, transversal e documental retrospectivo. A pesquisa foi desenvolvida em uma unidade de pós-operatório de cirurgia cardíaca, composta por sete leitos, destinada a pacientes em pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca de um Hospital Estadual do município do Rio de Janeiro. O universo de estudo foram prescrições medicamentosas arquivadas entre março e agosto de 2018, para a composição da amostra foram mapeadas 202 internações no livro de admissão e alta, entre março e agosto de 2018. A amostra recomendada foi de 133 prescrições, selecionadas de forma aleatória simples.

Os critérios de elegibilidade foram: prescrições do primeiro dia de internação de pacientes maiores de 18 anos, entre março a agosto de 2018, sendo excluídas 8 prescrições ilegíveis.

Foi confeccionado pelos autores um instrumento semiestruturado composto por duas partes: análise dos medicamentos prescritos e dados estruturais das prescrições. Para medida de consistência interna, foi adotado o coeficiente alfa de Cronbach, tendo como resultado $\alpha = 0,81$, configurando boa confiabilidade.

Construiu-se um banco de dados utilizando-se o “software” Microsoft® Excel® e posteriormente, submetido à análise estatística descritiva. Foi realizada uma avaliação estrutural das prescrições medicamentosas averiguando o atendimento ou não das recomendações do Protocolo de Segurança na Prescrição de medicamentos do MS e ANVISA, onde foram observados os itens.

O estudo atende a Resolução 466/12 e ao código de ética de enfermagem. Obteve aprovação do projeto pelo

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Hospital Escola São Francisco de Assis sob o parecer 1'547 601 e do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro sob o parecer: 1'609 808.

Resultados

O instrumento para coleta de dados foi dividido em duas partes: dados estruturais das prescrições e análise dos medicamentos prescritos; e assim serão apresentadas nos resultados.

Dados estruturais das prescrições medicamentosas

Neste estudo foram investigados os itens de verificação que compõem a estrutura da prescrição.

Identificação do paciente

A **Tabela 1** apresenta os dados referentes a itens importantes para a identificação do paciente. Das 133 prescrições, 100 % apresentavam nome completo e unidade de internação, 124 (93 %) leito de internação e 94 (70 %) o número dos prontuários preenchidos corretamente. Outra informação que pode contribuir para a correta identificação do paciente é a data de nascimento ou idade. Das prescrições investigadas, apenas 19 (14 %) continham idade.

Identificação do prescritor

Outro item relevante é a identificação do prescritor. 133 (100 %) das prescrições possuíam a identificação através de nome e registro no conselho regional da categoria do profissional médico e 94 (71 %) de profissional enfermeiro.

Legibilidade

As 133 (100 %) prescrições eram manuscritas, 126 (95 %) contavam com informações na sua totalidade legíveis. O cenário de realização do estudo não contava com um sistema de prontuário ou prescrição eletrônica.

Registro de data e alergia

O registro da data e a notificação de alergias são itens importantes em uma prescrição medicamentosa. Todas (133) possuíam data registrada. O item alergia foi corretamente preenchido em apenas uma (1) prescrição, não alcançando 1 % da amostra. Salienta-se que não havia um local específico da prescrição para registro de alergia.

Tabela 1. Distribuição dos itens de verificação da estrutura de uma prescrição medicamentosa.

| Itens de verificação | Frequência absoluta | Frequência relativa |
|---|-----------------------------|---------------------|
| Preenchimento correto – identificação do paciente | Total de prescrições | % |
| Nome completo | 133 | 100 % |
| Leito de internação | 124 | 93 % |
| Setor de internação | 133 | 100 % |
| Número do prontuário | 94 | 70 % |
| Preenchimento correto – identificação do profissional | | |
| Médico | 133 | 100 % |
| Enfermeiro | 94 | 71 % |
| Preenchimento correto – registro de data e alergia | | |
| Data | 133 | 100 % |
| Alergia | 1 | 0,75 % |
| Preenchimento correto – utilização de expressões vagas | Total de doses | % |
| Dose | 188 | 83,9 % |
| Posologia | 66 | 29,5 % |
| Dose máxima diária | 0 | 0 % |
| Condição que determina uso ou interrupção | 07 | 3,1 % |
| Doses prescritas de acordo com a via de administração | Total de doses | % |
| Intravenosa (IV) | 560 | 42,4 % |
| Oral (VO) | 338 | 25,6 % |
| Subcutânea (SC) | 78 | 5,9 % |
| Não informado | 346 | 26,1 % |

Fonte: Produzido pelos autores. Rio de Janeiro, 2018.

Uso de abreviaturas e expressões vagas

As prescrições analisadas possuíam abreviaturas quanto a via de administração, expressões de unidades de medida como mcg (micrograma), mg (miligrama), g (grama), ml (mililitro), U (unidade) e UI (unidade internacional). Além disso, foram identificadas abreviaturas para soluções, como SF (solução fisiológica), SG (solução glicosada) e o uso de fórmulas químicas para designar aditivos às soluções fisiológicas.

Das 1322 doses prescritas, 224 (16,9%) possuíam “expressões vagas”^{***} em sua posologia, como “se for necessário” (SOS) ou “a critério médico” (ACM). Na expressão SOS/ACM, as mais frequentes foram: dipirona, 51 (22,8%), tramadol, 40 (17,8%), nitroglicerina, 26 (11,6%) e metoclopramida, 23 (10,3%).

O preenchimento correto da utilização de expressões vagas, presente na **Tabela 1**, apresenta dados referentes a prescrições de doses ACM ou SOS, expressões consideradas vagas. Das 224 doses prescritas desta forma, 188 (83,9%) possuíam a dose prescrita, 66 (29,5%) indicavam a posologia e 7 (3,1%) informação que determina uso ou interrupção do uso preenchido de forma correta. Destaca-se que a especificação de dose máxima diária não esteve presente em nenhuma dose.

Expressão de doses e via de administração

De 1322 doses, 1135 (85,8%) foram prescritas de forma adequada, sendo possível identificar as vias de administração prevalentes. A abreviatura IV (via intravenosa) foi a que teve o maior índice, com 561 (42,4%); VO (via oral) representou 338 (25,6%). Por fim, a abreviatura SC (via subcutânea) foi utilizada em 78 (5,9%) das doses prescritas. 345 (26,1%) das doses não indicavam a via de administração (Veja **Tabela 1** – Item distribuição das doses de medicamentos prescritos por administração).

Foram identificadas 25 classes medicamentosas e 91 categorias de medicamentos nas 133 prescrições. As classes de maior frequência foram os analgésicos 361 (27,3%), seguido de antibióticos 258 (19,5%) e anti-hipertensivos 221 (16,7%).

Os medicamentos mais frequentes foram: dipirona 271 (20,5%), bromoprida 117 (8,9%), cefazolina 109 (8,2%), Ranitidina 97 (7,3%), tramadol 86 (6,5%) e furosemida 79 (6%). A média de medicamentos foi de 7,2 por paciente, com desvio padrão de 2,5.

^{**} O uso do termo “expressões vagas” se encontra no protocolo da ANVISA.

Tabela 2. Distribuição dos itens de verificação da análise dos medicamentos prescritos

| Itens de verificação | Frequência absoluta (total de medicamentos) | Frequência relativa (%) |
|---|--|----------------------------|
| Análise de classes e tipos de medicamentos | | |
| Classes medicamentosas | 25 | - |
| Tipos de medicamentos | 91 | - |
| Frequência de classes medicamentosas | | |
| Analgésicos | 361 | 27,3 % |
| Antibióticos | 258 | 19,5 % |
| Anti-hipertensivos | 221 | 16,7 % |
| Outros | 482 | 36,5 % |
| Total | 1322 | 100 % |
| Frequência de medicamentos | | |
| Dipirona | 271 | 20,5 % |
| Bromoprida | 117 | 8,9 % |
| Cefazolina | 109 | 8,2 % |
| Ranitidina | 97 | 7,3 % |
| Tramadol | 86 | 6,5 % |
| Furosemida | 79 | 6 % |
| Outros | 563 | 42,6 % |
| Total | 1322 | 100 % |

Denominação dos medicamentos e prescrição de medicamentos com nomes semelhantes

Foram prescritos 91 medicamentos. Em 51 (56 %) deles foi utilizada a denominação comum brasileira para designá-los, que significa que o fármaco ou princípio ativo foi aprovado pela ANVISA por um registro eletrônico teve sua denominação, como o diclofenaco, em inglês diclofenac. Sendo assim uma nomenclatura única para dado medicamento.

Dos 91 medicamentos, 9 (9,9 %) podem ser facilmente confusos por outros por terem grafia, ou sonoridade semelhantes. Destes, 3 (33,3 %) eram de alta vigilância.

Uso de diluente e prescrições verbais

Não foram identificadas especificações quanto ao tipo de solução utilizada para diluir os medicamentos prescritos. Além disso, nenhuma prescrição possuía anotações referentes a prescrições verbais.

Discussão

Pesquisas apontam que a maioria dos erros de medicação ocorrem na primeira prescrição realizada para o paciente, principalmente devido ao grande quantitativo de medicamentos prescritos¹¹.

De acordo com Hamid *et al.*, erros de prescrição são responsáveis pela maioria dos erros de medicação evitáveis e eventos adversos e podem resultar em dano grave ou morte. Dessa forma, a análise das prescrições constitui-se de uma importante estratégia para a prevenção de erros e garantia da segurança do paciente^{12,13}.

Os protocolos instituídos pelo MS contribuem para um processo mais seguro, visando à recuperação da saúde e dificultando a ocorrência de erros¹⁴. O Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos traz algumas recomendações que normatizam a estrutura de uma prescrição, objetivando promover práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde.

Nas 133 prescrições foi identificado muitos medicamentos dispostos em diferentes classes. Analgésicos, antibióticos e anti-hipertensivos foram as classes mais prevalentes. A incidência dessas classes está diretamente ligada ao processo cirúrgico ao qual os pacientes foram submetidos, buscando o alívio da dor e conforto, prevenção de infecções e garantia do equilíbrio hídrico, em sua maioria¹⁵.

Em média foram prescritos 7,2 medicamentos por paciente. A polifarmácia pode trazer importante impacto na segurança do usuário, devido à grande possibilidade de interação medicamentosa, por essa razão o aprazamento

realizado pela enfermagem é uma importante ferramenta para a mitigação de erros^{6,15,16}.

Das 1322 doses, as mais frequentes foram prescritas por via intravenosa (560-42,4%), coadunando com a prática da unidade intensiva, obtendo maior controle, segurança e efeito imediato das medicações¹⁷.

O enfermeiro tem importante papel na análise das prescrições, aprazamento e administração dos medicamentos. É imprescindível que o profissional leve em consideração as características clínicas e cirúrgicas dos pacientes no setor em questão e busque a fuga do sistema padronizado de aprazamento, adequando este processo às necessidades do paciente^{10,17}.

A identificação do paciente corresponde a umas das partes mais importantes da prescrição, pois informa para quem a terapêutica é destinada. Das prescrições analisadas, 133 (100%) possuíam nome completo do paciente e o setor de internação, enquanto 124 (93%) o leito de internação e 94 (70%) o número do prontuário.

Segundo o Protocolo de Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, para que o paciente seja corretamente identificado, deve que a prescrição possua algumas informações, tais como: nome do hospital; nome completo do paciente; número do prontuário ou registro do atendimento; leito; serviço; enfermaria/apartamento; e andar/ala⁵, informações presentes na maioria das prescrições.

Evidencia-se a presença de nome completo do paciente, preenchido de forma correta, sem abreviaturas, em todas as prescrições. A data de nascimento ou idade também podem ser utilizadas como estratégia para a correta identificação do paciente, principalmente no caso de homônimos¹⁹. Das prescrições analisadas, apenas 19 (14%) continham idade e poderiam contribuir para essa identificação.

Verificou-se a presença de assinatura e registro do profissional médico, onde 133 (100%) continham estas informações. Este dado é importante, pois valida a prescrição e permite a dispensação e administração do medicamento¹⁸.

A mesma importância é direcionada à identificação do profissional enfermeiro, haja vista que essa revisão permite que ele analise a terapêutica proposta e realize o aprazamento do horário dos medicamentos¹⁷, o que contribui para a prevenção de erros de medicação.

Todas as prescrições atendiam ao preconizado, já que contavam com o registro, nome completo e assinatura do prescriptor, neste caso o profissional médico. O protocolo ainda ressalta que para ser garantida a autenticidade da prescrição, essa precisa conter os dados de identificação, citados anteriormente, legíveis⁵. Facilidade de leitura e compreensão das informações podem garantir legibilidade e comunicação adequadas entre os profissionais de saúde¹⁰, minimizando ocorrência de erros de medicação, principalmente no caso de medicamentos potencialmente perigosos.

Das 133 prescrições manuscritas, 126 (95%) contavam com informações legíveis em sua totalidade. Recomenda-se que as prescrições sejam digitadas e/ou eletrônicas de modo a melhorar a legibilidade delas. Volpe *et al.*³, Moreira¹⁰ e Pazin-Filho em seus estudos, demonstraram uma redução significativa nos fatores de risco para erros de medicação com uso do sistema eletrônico de prescrição, o que reforça esta recomendação^{3,10,11}.

Sem exceção, as prescrições analisadas (133) possuíam a identificação da data correta, segundo as recomendações. Esse fato pode ser explicado pela expressividade desta informação, visto que confere validade à prescrição, favorece a correta dispensação e administração de medicamentos e assegura que a terapêutica prescrita seja aplicada por tempo adequado⁵. No quesito notificação de alergia, apenas 1 (uma) prescrição constava esse dado. A falta de um local específico para notificação de alergias pode ser determinante para o não preenchimento dessa informação tão importante, que oferece subsídio para adequada análise das prescrições e prevenção de danos relacionados a erros de medicação⁵. O uso de um sistema eletrônico pode ser uma importante estratégia para a notificação de alergia, sendo este campo de preenchimento obrigatório¹¹.

Foram encontradas abreviaturas referir-se a vias de administração, unidades de medida, tipos de soluções e fórmulas químicas de aditivos. Recomenda-se que sejam utilizadas apenas abreviaturas padronizadas pela instituição de saúde, favorecendo a comunicação segura entre os membros da equipe e prevenindo erros^{5, 18}. As abreviaturas permitem acelerar o processo de escrita e transmissão de informações entre os profissionais. Em contrapartida, pode gerar dificuldade de compreensão e riscos à segurança do paciente¹⁹.

Medicamentos não devem ser abreviados, pois, há maiores chances de erro de medicação. Soluções e aditivos químicos são considerados medicamentos, e não estavam conforme o recomendado. Recomenda-se que abreviaturas U e UI, sejam abolidas devido ao grande perigo de se administrar doses 10 ou 100 vezes maiores do que a prescrita, sendo assim precisam ser escritas por extenso⁵.

As abreviaturas SOS^{***} e ACM^{****} também estiveram presentes nas prescrições. Estas correspondem a expressões que não trazem grandes especificações para o uso de medicamentos, se não utilizadas de forma adequada, e são geralmente utilizadas em caso de alteração do quadro clínico.

Orienta-se que para usar tais expressões, essas estejam acompanhadas de indicação de dose; posologia; dose máxima diária claramente descrita; e condição que determina o uso ou interrupção do medicamento, situação que não ocorre em grande parte das prescrições, onde nenhuma das doses analisadas possuía todas as informações recomendadas, o que favorece a ocorrência de erros, principalmente no que diz respeito a dose máxima diária^{5,18}.

Dos 91 medicamentos, 51 (56%) foram prescritos utilizando a Denominação Comum Brasileira. Esta denominação refere-se à nomenclatura oficial de fármacos no Brasil, representa seu princípio farmacologicamente ativo – conhecido também como genérico, implementada pela necessidade de padronizar a nomenclatura dos medicamentos. Segundo a OMS, a prescrição por nome genérico é um dos indicadores para avaliar a qualidade da prescrição de medicamentos já que promove o uso racional, redução de custos e diminuição de erros de medicação^{1,5,20}.

Levando em consideração os medicamentos prescritos, foi identificada a presença de 9 medicamentos (9,9%) que segundo o Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP), 2014, podem ser facilmente confusos pela sua grafia ou sonoridade semelhantes. Essas confusões são causas comuns de erros em diversas etapas do sistema de medicação. Dados do sistema nacional de notificação de erros de medicação do ISMP dos Estados Unidos, indicam uma taxa de 15% de erros notificados por esta causa²¹.

Para dificultar trocas e falhas na leitura sugere-se o emprego de letra maiúscula ou negrito para destacar os diferenciadores. Esta recomendação não foi encontrada na prescrição de nenhum dos medicamentos, fato preocupante, já que 3 (33,3%) dos mesmos são considerados medicamentos potencialmente perigosos e possuem risco aumentado de provocar danos aos pacientes^{5,21,22}.

Das doses rastreadas, 1135 (85,8%) concordavam com o recomendado, utilizando o sistema métrico para expressar as doses. Em contrapartida, 187 (14,5%) doses não se adequaram às recomendações. A unidade de medida micrograma (μg) deve ser escrita por extenso, ao prescrever doses com números fracionados não se deve utilizar “ponto” em substituição a vírgula, pois se aumenta o risco de erro na dose. Além disso, abreviaturas devem ser padronizadas e divulgadas na instituição de saúde^{1,5,10}. A prescrição de diluentes não foi encontrada em nenhuma prescrição.

Informações quanto à reconstituição e diluição de medicamentos são importantes e precisam estar presentes nas prescrições, pois podem impactar a estabilidade e efetividade do medicamento^{5,10}.

As prescrições verbais, não encontradas neste estudo, se restringem a situações de urgência e emergência e devem ser registradas imediatamente após a administração do medicamento. É comum que estas apareçam ao fim das prescrições e se apresentem na forma manuscrita, acompanhadas de carimbo e assinatura do prescritor^{5,10}.

Cabe destacar neste estudo que a maioria das prescrições continham informações corretas a respeito da identificação do paciente e do prescritor, bem como a data de prescrição. Essas informações essenciais corroboram para a validade do documento e mitigação de possíveis erros. Porém, as informações preenchidas de forma errada podem ser precedentes para possíveis danos ao paciente, visto que existe a possibilidade de interpretação errada do que está escrito.

Dentre as limitações do estudo deve-se destacar a falta de prescrições eletrônicas, o dificultando o entendimento das informações manuscritas devido à legibilidade do documento.

*** conforme a necessidade

**** o critério médico

Conclusão

A prescrição é uma etapa importante para a terapia medicamentosa, pois influencia diretamente nas etapas subsequentes do sistema de medicação impactando na segurança do paciente submetido à terapêutica.

A análise estrutural das prescrições medicamentosas é uma ferramenta de grande importância para o manejo da segurança do paciente, tendo em vista a possibilidade de se identificar fatores de risco que propiciem a ocorrência de erros. Sendo também usual no planejamento para a prevenção dos erros de medicação. Ações como: implementação de protocolos que tenham como objetivo padronizar a administração, como o próprio Protocolo de Segurança na Prescrição de medicamentos do MS e ANVISA, favorecendo assim a realização de processos seguros.

Comparando-se as informações contidas nas prescrições com as recomendações estruturais trazidas pelo Protocolo de Segurança na prescrição, tem-se o destaque positivo para os itens: identificação do paciente, identificação do prescritor e da identificação da data da prescrição, apresentando conformidade com o que recomenda o protocolo. Em contrapartida, os itens que não seguiam o recomendado pelo protocolo, como legibilidade, e notificação de alergia merecem consideração especial na segurança e controle medicamentoso.

Torna-se indispensável a implementação de protocolos que norteiem a elaboração de uma prescrição medicamentosa e que os profissionais envolvidos neste processo sejam habilitados para o uso deles. Recomenda-se a implantação de um sistema de prontuário e prescrição eletrônica, visto que é uma forte recomendação para mitigar e prevenir erros decorrentes do processo de prescrição. Incentiva-se a produção de estudos que abordem os potenciais danos decorrentes da estrutura inadequada de uma prescrição medicamentosa, de modo a conscientizar a equipe multidisciplinar envolvida neste processo.

Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Referências

1. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Uso seguro de medicamentos: guia para preparo, administração e monitoramento. São Paulo: COREN-SP, 2017.
2. World Health Organization. Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. Geneva: 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255507/1/WHO-HIS-SDS-2017.11-eng.pdf>
3. Volpe CRG, Melo EMM, Aguiar LB, Pinho DLM, Stival MM. Risk factors for medication errors in the electronic and manual prescription. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016; 24: e2742. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0642.2742>
4. Mattsson TO, Holm B, Michelsen H, Knudsen JL, Brixen K, Herrstedt J. Non-intercepted dose errors in prescribing anti-neoplastic treatment: a prospective, comparative cohort study. *Ann. Oncol.* 2015; 26(5): 981-986. doi: <https://doi.org/10.1093/annonc/mdv032>
5. Ministério da Saúde - Brasil. Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos do Ministério da Saúde. Brasília, 2013.
6. Garske CCD, Brixner B, Freitas AP, Schneider APH. Avaliação das interações medicamentosas potenciais em prescrições de pacientes em unidade de terapia intensiva. *Saúde e Pesquisa*. 2016; 9(3): 483-490. doi: <https://doi.org/10.17765/1983-1870.2016v9n3p483-490>
7. Hernandez F, Majoul E, Montes-Palacios C, Antignac M, Cherrier B, Doursounian L; et al. An observational study of the impact of a computerized physician order entry system on the rate of medication errors in an orthopaedic surgery unit. *PLoS ONE*. 2015; 10(7): e0134101. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0134101>
8. Paterson R, Rolfè A, Coll A, Kinnear M. Inter-professional prescribing masterclass for medical students and non-medical prescribing students (nurses and pharmacists): a pilot study. *Scott. Med. J.* 2015; 60(4): 202-207. doi: <https://doi.org/10.1177/0036933015606583>
9. Silva FJCP, Almeida ESA, Rocha FC, Santana MAV, Silva ECCM, Lemos LMD; et al. Análise dos registros das prescrições medicamentosas em um hospital universitário. *Rev. Min. Enferm.* 2015; 19(3): 539-546. doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150042>
10. Moreira MB, Mesquita MGR, Stipp MAC, Paes GO. Potential intravenous drug interactions in intensive care. *Rev Esc Enferm USP*. 2017; 51:e03233.
11. Alves dos Santos PR, Rossi Rocha FL, Cintra Sampaio CSJ. Ações para segurança na prescrição,

- uso e administração de medicamentos em unidades de pronto atendimento. *Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre.* 2019; 40(spe): e20180347. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180347>
12. Magalhães ACAF, Cantanhede AMFC, Drummond BM, Drummond YA, Miranda VF. Avaliação da implantação do serviço de farmácia clínica na Unidade de Terapia Intensiva para contribuir na segurança do paciente. *Rev Med Minas Gerais.* 2016; 26 (Supl 5): S16-S22.
13. Hamid T, Harper L, Rose S, Petkar S, Fienman R, Athar SM, et al. Prescription errors in the National Health Services, time to change practice. *Scott. Med. J.* 2016; 61(1): 1–6. doi: <https://doi.org/10.1177/0036933015619585>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília : Ministério da Saúde; 2014. 40 p. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
15. Scignoli CP, Teixeira VCMC, Prates Leal DC. Interações medicamentosas entre fármacos mais prescritos em unidade de terapia intensiva adulta. São Paulo – Brasil. 2016; 7(2): 26-30.
16. Marques PP, Assumpção D, Rezende R, Neri AL, Bergano Francisco PMS. Polypharmacy in community-based older adults: results of the Fibra study. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2019; 22(5): e190118. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190118>
17. Paes GO, Moreira SO, Moreira MB, Martins TG. Incompatibilidade medicamentosa em terapia intensiva: revisão sobre as implicações para a prática de enfermagem. *Rev. Eletrônica Enferm.* 2017; 19:a20. doi: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.38718>
18. Arnáez FS, Viana TS, Garrido PC, Penãs CF, Cenã DP. El uso de abreviaturas no recomendadas en el informe de alta y prescripción médica: estudio observacional retrospectivo. *An. sist. sanit. Navar.* 2016; 39(3).
19. Rangel Ribeiro GS, Giron Camerini F, Mendoza Henrique D, Ferreira Almeida L, Vasconcellos Pereira LM, de Souza Macedo MC. Analysis of nursing aprazamento in an ICU: focus on patient safety. *Rev. Pesqui. Cuid. Fundam.* 2018; [S.l.]10(2); 510-515. doi: [10.9789/2175-5361.2018.v10i2.510-515](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.510-515)
20. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, SINDUSFARMA. Manual das Denominações Comuns Brasileiras. Lauro D. Moretto, Rosana Mastelaro, coordenadores. São Paulo: SINDUSFARMA; 2013. 706 p. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/farmacopeia/dcb/arquivos/8140json-file-1>
21. Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos – ISMP. Nomes de medicamentos com grafia ou som semelhantes: como evitar os erros? *Boletim ISMP Brasil – Abril.* 2014; 3(6). Disponível em: <http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2015/07/V3N1.pdf>
22. Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos – ISMP. Medicamentos Potencialmente Perigosos de uso hospitalar e ambulatorial - Listas atualizadas 2015. *Boletim ISMP Brasil – Setembro.* 2015; 4(3). Disponível em: <http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2015/12/V4N3.pdf>