

Análise de prescrições de medicamentos em Unidades Básicas de Saúde: identificação de Erros e Causas-Raízes

Analysis of drug prescriptions in Basic Health Units: identifying errors and root causes

Vitória Talya dos Santos Sousa¹
ORCID: 0000-0002-5403-2820

Antônio Rubens Alves da Silva¹
ORCID: 0000-0001-7328-3388

Wanderson Souza Marques¹
ORCID: 0000-0002-9619-2363

Patrícia Freire de Vasconcelos¹
ORCID: 0000-0002-6158-9221

Vanessa Emille Carvalho de Sousa Freire¹
ORCID: 0000-0003-3571-0267

¹ Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), Redenção, Ceará, Brasil.

Autor correspondente: Vitória Talya dos Santos Sousa - Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - Campus das Auroras, Rua José Franco de Oliveira, s/n - Zona Rural, Redenção - CE, 62790-970. Email: vitoriatsantossousa@gmail.com Contato: (85) 99429-4923

RESUMO

Objetivo: analisar prescrições dispensadas em Unidades Básicas de Saúde e identificar as causas dos erros apresentados. **Método:** pesquisa-ação realizada em 2018, em três Unidades Básicas cearenses, que envolveu o levantamento da prevalência e da natureza dos erros de prescrição e a construção de Diagrama de Ishikawa com profissionais de saúde para identificação de suas causas. Os dados foram processados pelo *Statistical Package for Social Science for Windows*. **Resultados:** foram analisadas 2.324 prescrições, sendo os erros mais prevalentes: baixa legibilidade (37,5%), ausência de endereço do paciente (44,4%), ausência da duração do tratamento (47,8%) e presença de abreviaturas (88,5%). As causas identificadas incluíram fatores relacionados a aspectos pessoais dos profissionais, aspectos organizacionais, fatores externos, fatores relacionados ao paciente e ao ambiente de trabalho. **Conclusão:** os achados evidenciam a necessidade de políticas voltadas à melhoria da prescrição na atenção primária, incluindo informatização, supervisão, treinamento e redução da sobrecarga profissional. **Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Erros de Medicação; Prescrições de Medicamentos; Segurança do Paciente.

ABSTRACT

Objective: to analyze prescriptions dispensed in Basic Health Units and identify the causes of the errors found. **Method:** action research conducted in 2018 in three Basic Health Units in Ceará, Brazil, involving an assessment of the prevalence and nature of prescription errors and the construction of an Ishikawa Diagram with healthcare professionals to identify their causes. Data were processed using the *Statistical Package for Social Science for Windows*. **Results:** a total of 2,324 prescriptions were analyzed, with the most prevalent errors being poor legibility (37.5%), absence of the patient's address (44.4%), absence of treatment duration (47.8%), and the presence of abbreviations (88.5%). The identified causes included personal factors related to professionals, organizational factors, external factors, patient-related factors, and work environment factors. **Conclusion:** the findings highlight the need for policies aimed at improving prescription practices in primary care, including digitalization, supervision, training, and reducing professional workload. **Keywords:** Primary Health Care; Medication Errors; Drug Prescriptions; Patient Safety.

INTRODUÇÃO

Com o objetivo de reduzir a um mínimo aceitável o risco de danos e lesões desnecessárias ao paciente decorrentes do cuidado em saúde, a Segurança do Paciente é um dos pilares fundamentais da qualidade em saúde¹. As investigações sobre o assunto, em sua maioria, têm focado na assistência hospitalar, entretanto, ainda existem fragilidades quanto à qualidade do cuidado prestado nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), que enfrenta desafios quanto à comunicação sobre o erro e a prevenção de danos².

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) se configuram como o principal equipamento da APS e porta de entrada dos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre os serviços ofertados, estão consultas médicas, odontológicas e de enfermagem, realizadas por profissionais habilitados a prescrever medicamentos para uso domiciliar³.

No entanto, prescrições inadequadas podem resultar em erros, especialmente quando há omissões ou indicação de medicamentos inapropriados⁴. Além disso, fatores como o uso de abreviaturas, ilegibilidade, escolha inadequada da forma farmacêutica ou concentração incorreta podem contribuir para erros na administração dos medicamentos na APS. Esse risco é ainda maior quando se considera que, na maioria das vezes, a administração ocorre no domicílio e é realizada pelo próprio paciente⁵.

Entretanto, as causas desses incidentes ainda são incipientes na literatura. Considerando a importância da discussão no âmbito da APS, o presente trabalho teve como objetivo identificar quais erros de prescrição ocorrem nas UBS por meio de análise das prescrições dispensadas, a fim de subsidiar ações de identificação e prevenção de novos eventos.

MÉTODOS

Realizou-se uma pesquisa-ação, entre maio de dezembro de 2018, baseada no itinerário metodológico de Vasconcelos et al. (2021)⁶, o qual é composto por quatro fases: exploratória, planejamento, ação e avaliação. A escolha desse método justifica-se pela necessidade de um processo investigativo participativo e dinâmico, que possibilitasse não apenas a compreensão da realidade, mas também um aprofundamento na análise e na aplicação das intervenções.

Teve-se como local de estudo três UBS localizadas no estado do Ceará, Brasil. Os três cenários, denominados como A, B e C, são unidades de atenção primária de médio porte, localizadas na zona urbana de suas respectivas cidades e consideradas as principais unidades

de saúde destas localidades. Por apresentar perfil semelhante, optou-se por não estratificar a análise dos dados observados.

Na fase exploratória, realizou-se o levantamento da prevalência e da natureza dos erros de prescrição. A coleta foi realizada por três pesquisadores, separadamente, por meio de formulário estruturado com questões pertinentes a itens essenciais: prescrição feita à mão ou digitada; legibilidade em todos os itens ou ilegibilidade; presença de nome e endereço do paciente; presença de forma farmacêutica, dose, posologia, via de administração e duração do tratamento; se continha data de emissão, nome, assinatura e número do registro no conselho de classe do profissional; e se haviam rasuras, emendas ou abreviaturas. Foram incluídas todas as prescrições expedidas por enfermeiros, médicos e dentistas nos estabelecimentos de saúde supracitados e que contassem com a 2ª via retida, tendo sido dispensadas de janeiro a junho de 2018, não havendo estratificação por categoria. Cada item do formulário possuía como possibilidade de resposta, “Sim”, “Não”, “N/L” (não legível) e “NA” (não se aplica). O instrumento foi construído de acordo com as recomendações do protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos do Ministério da Saúde do Brasil⁷.

Na fase de planejamento, os dados foram compilados utilizando-se planilhas do software Microsoft Excel[®]. Realizou-se análise de frequência descritiva dos dados quantitativos acerca da adequabilidade das prescrições aos dispositivos legais coletados por meio do formulário, utilizando-se o software Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS) 23.0. A partir disso, foram construídos gráficos e tabelas, com os resultados em percentuais, para apresentação aos profissionais de saúde na fase seguinte.

Posteriormente, na fase de ação, foram agendados encontros nas três UBS participantes para a realização da análise situacional. Para isso, foi utilizado o Diagrama de Ishikawa, também conhecido como espinha de peixe e causa-raiz. Por meio deste gráfico, desenvolvido por Kaoru Ishikawa em 1943⁸, foi possível identificar causas que contribuem para o surgimento de um dado efeito, neste caso, os erros.

O diagrama possui categorias maiores, quais sejam: Fatores Pessoais, relacionados à *persona* do profissional; Fatores Organizacionais ou do Serviço, arrolados ao ambiente físico das UBS; Fatores Externos, que correspondem àqueles não diretamente relacionados às unidades, profissionais ou pacientes; Fatores do Paciente, que correspondem a estes; Fatores do Trabalho ou Ambiente, ligados ao clima organizacional da instituição; e Outros, sendo adicionados aqui os que não se encaixavam em outras categorias.

Participaram desta etapa 25 profissionais da saúde que atuavam nas UBS selecionadas, sendo quatro na Unidade A e 21 na Unidade B. Na Unidade C, fatores institucionais e

organizacionais fora do controle dos pesquisadores impossibilitaram a inclusão desses profissionais. A amostra foi composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, dentistas, profissionais responsáveis pela dispensação de medicamentos e agentes comunitários de saúde. Optou-se por não detalhar a quantidade de participantes de cada categoria profissional, pois o foco da análise estava na experiência coletiva dos envolvidos.

Portanto, tanto responsáveis por prescrever medicamentos quanto profissionais não prescritores foram incluídos nesta etapa da pesquisa, pois se considerou que todos que estão atrelados à prescrição medicamentosa poderiam contribuir com a construção do Diagrama de Ishikawa. As reuniões foram marcadas com antecedência e foi adotado, como critério de inclusão, a presença dos profissionais nas unidades no momento dos encontros. Ressalta-se que os profissionais foram abordados em grupo.

Foram realizadas duas reuniões, uma para cada UBS. A primeira ocorreu na UBS A, destinada aos profissionais que atuavam nessa unidade. A segunda foi realizada na sede do sindicato dos profissionais da prefeitura do município onde se localiza a UBS B, espaço disponibilizado pela Secretaria de Saúde para os profissionais dessa unidade. Ambas as reuniões tiveram duração média de uma hora e abordaram o mesmo conteúdo.

Inicialmente, foram apresentados aos profissionais das Unidades, pelos mesmos pesquisadores que realizaram a coleta dados, os principais resultados encontrados na pesquisa (efeitos), por meio de uma apresentação oral. Nesse momento, foi exposto em *slides* o resultado da análise das prescrições, por meio de gráficos e tabelas, em percentuais. Em conjunto, os participantes desta etapa elencaram as possíveis causas dos erros identificados.

Para formular o Diagrama de Ishikawa, foram seguidos os seguintes passos: 1) *Brainstorm* sobre possíveis causas dos erros de prescrição identificados; 2) Construção do diagrama de Ishikawa utilizando pincéis e cartolina dividida em quadrantes e, em cada quadrante, foi representada uma categoria de fatores causais. Em seguida, as causas expostas verbalmente pelos participantes foram inseridas nos quadrantes, agrupadas por semelhança temática, de acordo com as categorias do instrumento; 3) Validação do Diagrama junto aos participantes, momento no qual eles foram questionados sobre a concordância em relação ao conteúdo do diagrama construído e sobre o desejo de fazer mudanças.

Por fim, na fase de avaliação, após a formulação do diagrama junto aos profissionais das UBS, os autores do estudo se reuniram e, por consenso, construíram a versão final do diagrama que está apresentada na seção resultados.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), conforme Parecer nº

2.691.756/2018, em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios do estudo e, após esclarecimentos, manifestaram sua concordância por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo a participação voluntária e o direito de desistência a qualquer momento, sem prejuízos.

Financiamento

A pesquisa foi fomentada pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Funcap), sob processo nº PVS505.

RESULTADOS

Nas três unidades de saúde foram analisadas 2.324 prescrições. Destacaram-se como pontos críticos a maioria das prescrições ter sido feita à mão (99,1%; n=2302), a baixa legibilidade (37,5%; n=871), a ausência do endereço do paciente (44,4%; n=269), a ausência da duração do tratamento (47,8%; n=1110) e a presença de abreviaturas (88,5%; n=2057).

Os dados referentes à avaliação da adequabilidade das prescrições são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Avaliação da adequabilidade das prescrições aos dispositivos legais (n=2.324), Ceará, Brasil, 2022.

Item do Formulário	Sim		Não		Impossível responder	
	n	%	n	%	n	%
1. Está escrita à mão?	2302	99,1	22	0,9	-	-
2. Está digitada?	22	0,9	2302	99,1	-	-
3. Está legível?	1441	62,0	875	37,7	7	0,3
4. Está pouco legível?	871	37,5	1442	62,0	8	0,4
5. Apresenta o nome do paciente?	2164	93,2	10	0,4	146	6,4
6. Apresenta o endereço do paciente?	306	50,4	269	44,4	31	5,2
7. Expõe a forma farmacêutica?	1829	78,7	56	2,4	439	18,9
8. Expõe a dose?	1838	79,1	63	2,7	423	18,2
9. Expõe a posologia?	1816	78,1	44	1,9	464	20,0
10. Expõe a via de administração?	1784	76,8	302	13,0	238	10,2
11. Apresenta a duração do tratamento?	859	37,0	1110	47,8	355	15,3
12. Expõe a data de emissão?	2236	96,2	63	2,7	25	1,1
13. Apresenta o nome do prescriptor?	2136	91,9	139	6,0	49	2,1
14. Apresenta a assinatura do prescriptor?	2261	97,3	37	1,6	26	1,1
15. Consta o número de inscrição do profissional no conselho de classe?	2171	93,4	83	3,6	69	3,0
16. Contém rasuras ou emendas?	250	10,8	2071	89,1	3	0,1
17. Uso de abreviaturas?	2057	88,5	88	3,8	179	7,7

A construção do Diagrama de Ishikawa teve como premissa a identificação das causas-raízes dos erros encontrados nas prescrições analisadas. No entanto, alguns fatores mencionados não estão diretamente relacionados a erros específicos, mas podem influenciar o processo. Dentre eles, destacam-se o estresse como fator pessoal; o nível de escolaridade, a timidez e a dificuldade de comunicação como fatores relacionados ao paciente; e a má acústica como um fator ambiental ou organizacional.

No Quadro 1 é demonstrada a relação entre os principais erros e suas prováveis causas, levando em consideração o que foi coletado junto aos profissionais de saúde nos encontros realizados.

Quadro 1. Relação entre erros de prescrição e suas causas raízes segundo relatos dos profissionais de saúde. Ceará, Brasil, 2022.

Causa-Raiz		Erros de Prescrição
Fator Maior	Causa Específica	
Fatores Pessoais	Pressa	Baixa legibilidade, ausência de endereço, ausência de duração do tratamento
	Automatismos	Presença de abreviaturas
	Costume (escrever rápido)	Baixa legibilidade
	Falta de empenho (melhora da letra)	Baixa legibilidade
Fatores Organizacionais ou do Serviço	Delegação do ato da prescrição para outros profissionais	Ausência de endereço, ausência de duração do tratamento
	Ausência ou deficiência de protocolos de prescrição	Ausência de endereço, ausência de duração do tratamento, presença de abreviaturas
	Conhecimento prévio da caligrafia do prescriptor pelo profissional da farmácia	Baixa legibilidade
	Burocracia (muitos formulários para ser preenchidos)	Baixa legibilidade, ausência de endereço, ausência de duração do tratamento
	Adoção de siglas de forma convencional	Presença de abreviaturas
	Falta de supervisão e treinamento	Baixa legibilidade, ausência de endereço, ausência de duração do tratamento
	Tamanho do papel reduzido (receituário)	Baixa legibilidade
Fatores Externos	Ausência de uma política de avaliação	Baixa legibilidade, ausência de endereço, ausência de duração do tratamento
Fatores do Paciente	Pressa no atendimento	Baixa legibilidade, ausência de endereço, ausência de duração do tratamento
	Buscar atendimento sem ter sido agendado	Baixa legibilidade, ausência de endereço, ausência de duração do tratamento
Fatores do Trabalho ou Ambiente	Falta de papel carbono	Baixa legibilidade
	Falta de auditoria	Baixa legibilidade, ausência de endereço, ausência de duração do tratamento
	Ausência de recursos para prescrição impressa (computadores e impressoras)	Prescrita à mão, baixa legibilidade
	Carga de trabalho	Baixa legibilidade, ausência de endereço, ausência de duração do tratamento, presença de abreviaturas

Diante de todas as indicações de causas-raízes para os erros de prescrição, foi construído o Diagrama exposto na Figura 1, que é um agregado dos dois diagramas construídos, separadamente, em cada unidade de saúde.

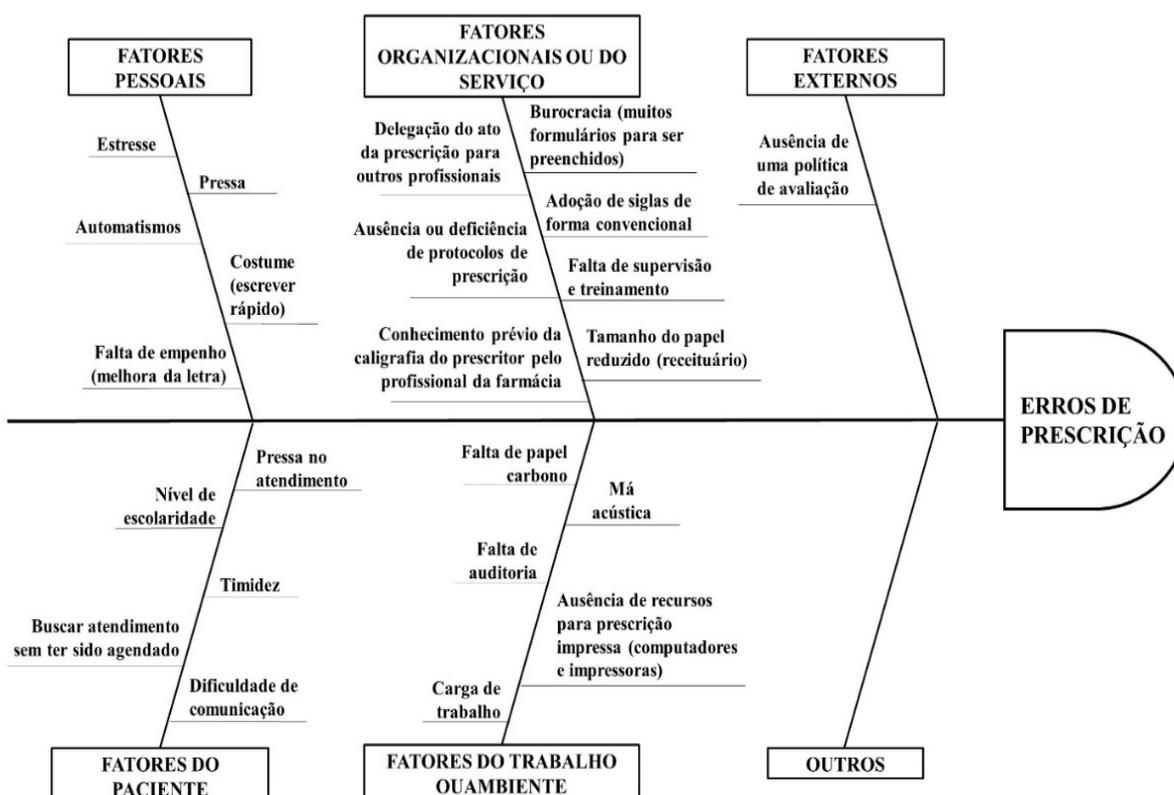


Figura 1. Diagrama de Ishikawa construído em Unidades Básicas de Saúde, Ceará, Brasil, 2022.

DISCUSSÃO

Estudos sobre erros de prescrição em UBS são escassos, sobretudo no cenário brasileiro. Levando-se em consideração que as receitas analisadas foram originadas na APS, já era esperada a predominância de receitas escritas à mão, visto que muitas UBS, no Brasil, não dispõem de computadores e impressoras para a emissão de receitas médicas digitadas.

Identificou-se na literatura um estudo realizado em uma Unidade de Pronto Atendimento que, embora tenha características diferentes em relação às Unidades Básicas de Saúde investigadas, também abrange a prescrição medicamentosa. No referido estudo, a

escrita manual das prescrições foi identificada como uma barreira à segurança do paciente, uma vez que comprometia a compreensão devido à ilegibilidade e à ausência de itens essenciais à terapêutica, como a via de administração. Além disso, foram identificadas informações inadequadas, como erros na dosagem prescrita⁹.

Nesse ínterim, uma forma de prevenir a ocorrência destas falhas seria a implantação das prescrições eletrônicas. Estas têm como vantagem a garantia de legibilidade e da presença de todos os itens para uma terapêutica adequada, bem como a padronização das mesmas, além de agilizar o processo de dispensação dos medicamentos¹⁰. Além disso, a utilização do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEC) pode ser uma alternativa para integrar mais segurança aos processos realizados na APS, pois permite que os dados sejam legíveis, evitando erros de leitura, e consequentemente, de dispensação e administração de medicamentos¹¹. Além disso, em comparação com a prescrição impressa, a prescrição eletrônica apresenta vantagens, como o registro sistemático de todos os medicamentos prescritos, o suporte à continuidade do tratamento, a possibilidade de acompanhar a evolução do paciente com base nos tratamentos realizados e a identificação de novos problemas de saúde¹². Porém, para isso faz-se necessário a informatização das UBS, realidade ainda pouco vista nos pequenos municípios do interior do Brasil.

Proporcionar o entendimento de toda a terapêutica prescrita é um elemento importante para determinar se o tratamento terá ou não sucesso, entretanto, ao ser escrita à mão, pode haver dificuldade na compreensão de algumas palavras, devido à grafia ilegível ou demasiadas abreviaturas¹³. No presente estudo, 37,5% das prescrições estavam pouco legíveis.

Em seguimento, 88,5% das prescrições analisadas no presente estudo continham algum tipo de abreviatura. O dado é preocupante, pois pode contribuir para uma maior incidência de erros, visto que contribui para uma incorreta interpretação das informações escritas¹⁴. Além disso, a ambiguidade nas abreviações utilizadas – quando não há padronização por parte dos profissionais, pode gerar falhas na comunicação, prejudicando o atendimento aos pacientes¹⁵.

No que concerne ao Diagrama de Ishikawa, os aspectos individuais levantados neste estudo merecem destaque, pois englobam falhas dos profissionais prescritores, dentre as quais estão pressa no atendimento, automatismo na escrita, costume de escrever rápido e falta de empenho em melhorar a legibilidade da letra. Cabe ressaltar que esses aspectos também podem impactar os níveis de satisfação dos profissionais. Um exemplo disso é um estudo realizado na cidade de Fortaleza, Brasil, no qual enfermeiros relataram insatisfação devido à

percepção de falta de capacitação para o trabalho¹⁶. Embora os enfermeiros possuam formação técnica para realizar prescrições dentro de suas atribuições legais, a insatisfação pode estar relacionada à ausência de treinamentos contínuos, limitações impostas por protocolos institucionais ou dificuldades na prática diária. Esse fator está diretamente ligado à qualidade dos serviços prestados e à produtividade.

O estresse, fator indiretamente ligado aos erros específicos, pode estar relacionado à carga excessiva de trabalho e a ambiente com situações de tensão. Como consequência, o cansaço físico e a exaustão decorrentes de múltiplas tarefas realizadas pelos profissionais podem ser geradores de um estresse crônico ou síndrome de *Burnout*, interferindo diretamente na qualidade do atendimento prestado¹⁷.

Alguns aspectos citados, embora decorrentes da estrutura organizacional, influenciam o comportamento destes prescritores, como o tamanho do receituário que interfere no tamanho da letra e no preenchimento dos formulários durante os atendimentos. Um estudo na atenção primária mostrou que atividades como preenchimento de fichas de produção e elaboração de relatórios têm retirado tempo da assistência ao paciente. Embora sejam essenciais para o bom funcionamento dos serviços, tais atividades não devem ser exaustivas e nem causar distanciamento entre profissional e paciente¹⁸.

Outros fatores organizacionais ou do serviço citados pelos participantes do estudo incluem a falta de supervisão e treinamento e a ausência ou deficiência de protocolos de prescrição, que permitiriam uma padronização. Ademais, adotar siglas de forma indiscriminada também seria um fator causal, segundo os participantes. Estudo realizado no interior de São Paulo, Brasil, em 2017, mostrou que, por economizar tempo e simplificar a redação, o excesso de abreviaturas é uma realidade presente na APS¹⁹.

Dentre os fatores do paciente, os profissionais citaram o nível de escolaridade e a timidez como fatores indiretos aos erros específicos, mas que podem gerar falhas na comunicação entre as partes, o que versa com um terceiro fator citado: a dificuldade de comunicação. Tida como uma das principais metas da segurança do paciente, a comunicação efetiva está ligada à qualidade do cuidado, sendo uma ferramenta importante para a prevenção de danos evitáveis²⁰.

Outro fator ligado à comunicação nas unidades de saúde diz respeito à estrutura. Houve relatos de má acústica nos locais de atendimento, o que prejudica a troca de informações entre profissional e paciente. Diante disso, a redução de erros está diretamente relacionada a uma comunicação oportuna, clara, completa, precisa, sem ambiguidades e com compreensão eficaz pelo receptor²¹.

Outros fatores do trabalho ou ambiente dizem respeito à falta de recursos, tendo sido citados a falta de papel carbono e dos equipamentos para a implantação de prescrições impressas. Apesar dos avanços nos investimentos no SUS nos últimos anos, a falta de infraestrutura e de recursos para a implantação e manutenção de computadores, impressoras e Internet nas UBS ainda representa um desafio, especialmente em instituições situadas em áreas mais remotas, como as abordadas nesta pesquisa²².

Por fim, como fator externo, a falta de uma supervisão pode contribuir na persistência de atitudes que podem levar ao erro. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, cabe a todas as esferas do governo desenvolver mecanismos que atuem na autoavaliação das equipes que trabalham nesse nível de atenção, incluindo as atividades desenvolvidas por estes profissionais, e conseqüentemente, a qualidade das prescrições³.

CONCLUSÃO

Foram identificados como erros mais prevalentes prescrições feitas à mão, baixa legibilidade, ausência de itens essenciais como endereço e duração do tratamento, e presença de abreviaturas. Como possíveis causas foram destacadas, pelos profissionais, atendimentos rápidos e burocráticos e excesso de formulários para preenchimento. Também foram citados problemas estruturais, ambientais e organizacionais, como falta de recursos, protocolos, supervisão e treinamentos, além de falhas de comunicação entre profissionais e pacientes.

Diante dos resultados, observa-se a necessidade de reduzir a ocorrência de erros de prescrição na atenção básica. Portanto, é relevante sensibilizar os gestores quanto à sobrecarga do trabalho ou de atribuições burocráticas, aspectos organizacionais e ambientais, sendo necessário implementar mudanças para o bom funcionamento físico e mental dos profissionais, o que repercute na qualidade das prescrições. Quanto aos profissionais, ressalta-se a importância do compromisso por meio da participação nos treinamentos, adesão aos protocolos e conscientização quanto aos problemas relacionados à prescrição.

Este estudo teve como limitação a baixa adesão dos profissionais de saúde às reuniões para a construção do Diagrama de Ishikawa. Entretanto, a identificação de erros de prescrição e de suas possíveis causas é de grande valia, pois pode contribuir para a melhoria da qualidade da assistência nos serviços da Atenção Primária à Saúde. Além disso, destaca-se que, nestas unidades, os medicamentos são dispensados para administração domiciliar pelos próprios pacientes, o que reforça a importância do conhecimento dos profissionais sobre os riscos associados à prescrição e à dispensação inadequada. Os resultados deste estudo podem

contribuir para a conscientização da equipe de saúde e para a implementação de estratégias que minimizem a ocorrência de novos erros.

Para estudos futuros, recomenda-se a realização de investigações que explorem estratégias para aumentar o engajamento dos profissionais de saúde na identificação e prevenção de erros de prescrição. Além disso, pesquisas que analisem o impacto de intervenções educativas ou de sistemas de suporte à decisão clínica na redução desses erros podem fornecer evidências valiosas para a qualificação da assistência na Atenção Primária à Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Notaro KAM, Corrêa AR, Tomazoni A, Rocha PK, Manzo BF. Cultura de segurança da equipe multiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de hospitais públicos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2019, 27: e3167. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2849.3167>
2. Nora CRD, Beghetto MG. Patient safety challenges in primary health care: a scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2020, 73 (5). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0209>
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 [Internet]. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): 2017 [acesso em 2020 abr 12]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
4. Young RA, Fulda KG, Espinoza A, Gurses AP, Hendrix ZN, Kenny T, Xiao Y. Ambulatory medication safety in primary care: a systematic review. *Journal of the American Board of Family Medicine*. 2022; 35 (3): 610-628. Disponível em: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2022.03.210334>
5. Santos ACS, Volpe CRG, Pinho DLM, Lima LR, Stival MM, Oliveira VD. Erros de prescrição em uma farmácia básica do Distrito Federal. *Ciencia y Enfermería*. 2019; 25. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532019000100202>

6. Vasconcelos PF, Carvalho REFL, Souza Neto PH, Dutra FCS, Sousa VTS, Oliveira SKP, et al. Patient safety atmosphere in primary health care: root cause analysis. *REME Revista Mineira de Enfermagem*. 2021, 25: e-1371. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415-2762-20210019>
7. Ministério da Saúde (BR). Anexo 03: Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos [Internet]. Brasília: o Ministério; 2013 [acesso em 2020 abr 12]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>
8. Ishikawa, K. *Introduction to Quality Control*. 3rd. ed. Londres: Chapman & Hall; 1990. ISBN: 9401176906.
9. Santos PRA, Rocha FRL, Sampaio CSJC. Ações para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos em unidades de pronto atendimento. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2019, 40. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180347>
10. Peltoniemi T, Suomi R, Peura S, Lähteenoja MNY. Electronic prescription as a driver for digitalization in Finnish pharmacies. *BMC health services research*. 2021, 21 (1): 1017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07003-0>
11. Pereira Júnior MS. *Prontuário Eletrônico para segurança do paciente hospitalizado [dissertação] [Internet]*. Pouso Alegre: Universidade do Vale do Sapucaí; 2020 [acesso em 2025 mar 09]. Disponível em: https://www.univas.edu.br/Egressos_Web/110.pdf
12. Goes AC, Marcelino AS, Moura GL, Siqueira ALC, Balsan LAG. Os benefícios da implantação de um prontuário eletrônico de paciente. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*. 2013; 10 (2): 44-51. Disponível em: <https://doi.org/10.21450/rahis.v10i2.1915>
13. Weldemariam DG, Amaha ND, Abdu N, Tesfamariam FH. Assessment of completeness and legibility of handwritten prescriptions in six community chain pharmacies of Asmara, Eritrea: a cross-sectional study. *BMC health services research*. 2020, 20 (1): 570. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05418-9>

14. Mondaca-Gómez K, Vergara NF. Uso de abreviaturas inseguras en la prescripción médica y errores de medicación: una revisión narrativa. *Revista Médica de Chile*. 2020, 148 (6). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000600842>
15. Holper S, Barmanray R, Colman B, Yates CJ, Liew D, Smallwood D. Ambiguous medical abbreviation study: challenges and opportunities. *Internal medicine journal*. 2020, 50 (9): 1073-1078. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/imj.14442>
16. Nogueira FJS, Callou Filho CR, Mesquita CAM, Moura IFA, Souza ES, Bezerra FS. Satisfação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Fortaleza (CE). *Saúde e Pesquisa*. 2019, 12 (1), 151-158. Disponível em: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2019v12n1p151-158>
17. Paiva JDM, Cordeiro JJ, Silva KKM, Azevedo GS, Bastos RAA, Bezerra CMB et. al. Fatores desencadeantes da Síndrome de Burnout em enfermeiros. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. 2019, 13 (1): 483-4890. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i2a235894p483-490-2019>
18. Soratto J, Pires DEP, Trindade LL, Oliveira JSA, Forte ECN, Melo TP. Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na Estratégia Saúde da Família. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2017, 26 (3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002500016>
19. Zanetti MOB, Marchetti JM, Andrade RCG. Adequação da prescrição de medicamentos na Atenção Primária à Saúde de Ribeirão Preto-SP: estudo transversal. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2017, 12 (39): 1-11. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1443](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1443)
20. Governo do Distrito Federal (BR). Protocolo de Atenção à Saúde - Segurança do Paciente: comunicação efetiva [Internet]. Distrito Federal: Governo do Distrito Federal, 2018 [acesso em 2020 abr 12]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/2.-Seguranca-do-Paciente-comunicacao-efetiva.pdf>

21. Pires ALM. Segurança na prescrição de medicamentos de um hospital de ensino [dissertação] [Internet]. Universidade Federal do Triângulo Mineiro; 2016 [acesso em 2020 abr 15]. Disponível em: <http://bdtd.uftm.edu.br/handle/tede/237>

22. Ministério da Saúde (BR). Síntese de evidências para políticas de saúde: prevenindo erros de prescrição de medicamentos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [acesso em 2025 mar 09]. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/01/1353060/9-sinteseprevenindoerrosprescricaoofinal4jan2022.pdf>