



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM FARMÁCIA

DINAYANNE CLAUDIA PEREIRA SOUSA

**AVALIAÇÃO DA ADEQUAÇÃO DAS PRESCRIÇÕES DE UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO AO PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

Cuité – PB

2017

DINAYANNE CLAUDIA PEREIRA SOUSA

**AVALIAÇÃO DA ADEQUAÇÃO DAS PRESCRIÇÕES DE UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO AO PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

Monografia apresentado ao curso de Bacharelado em Farmácia da Universidade Federal de Campina Grande, como pré-requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Farmácia.
Orientadora: Prof.^a. Me Yonara Monique da C. Oliveira

Cuité – PB

2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Msc. Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

S725a Sousa, Dinayanne Cláudia Pereira.

Avaliação da adequação das prescrições de um hospital universitário ao protocolo de segurança do paciente. / Dinayanne Cláudia Pereira Sousa. – Cuité: CES, 2017.

33 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Farmácia) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2017.

Orientadora: Yonara Monique da Costa Oliveira.

1. Segurança do paciente. 2. Erros de medicação. 3. Hospital. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 616-083

DINAYANNE CLAUDIA PEREIRA SOUSA

**AVALIAÇÃO DA ADEQUAÇÃO DAS PRESCRIÇÕES DE UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO AO PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

Monografia apresentado ao curso de Bacharelado em Farmácia da Universidade Federal de Campina Grande, como pré-requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Farmácia.
Orientadora: Prof.^a. Me Yonara Monique da C. Oliveira

APROVADO EM: 08/02/2017.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Me. Yonara Monique da Costa Oliveira
Universidade Federal de Campina Grande
Orientadora

Profa. Me. Andrezza Duarte Farias
Universidade Federal de Campina Grande
Examinadora

Profa. Me. Maria da Glória Batista de Azevedo
Universidade Federal de Campina Grande
Examinadora

*Dedico este trabalho aos meus pais,
Aritônio Claudio de Magalhães Sousa e
Dilma Pereira da Silva Sousa. Meu porto
seguro, sem vocês nada disso seria
possível.*

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a **DEUS**, pelo dom e milagre da vida, pelo teu amor, que iluminou o meu caminho durante esta caminhada.

Aos meus pais, **Aritônio Claudio de Magalhães Sousa** e **Dilma Pereira da Silva Sousa**, por todo amor e carinho, incentivo, dedicação, apoio, exemplo e educação, fundamentais na construção do meu caráter. A vocês devo a pessoa que me tornei, sinto muito orgulho por chamá-los de pai e mãe.

A minha irmã **Ariane Carla**, pela paciência, apoio, motivação e companheirismo sempre presente.

À minha família, pelo carinho, atenção, incentivo e por acreditarem em mim. Obrigada por tudo!

Ao meu **Cond. Das Flores**, obrigada por todo companheirismo, pelas melhores risadas e ensinamentos. Vocês foram a minha segunda família que Cuité me proporcionou. **Carol, Jefferson, Alan, Marone, Tairine** e todos os meus amigos que me ajudaram de alguma forma, com palavras e gestos.

À minha orientadora, **Me Yonara Monique da Costa Oliveira**, pelo acolhimento ao me receber como orientanda, pela confiança, paciência e os conhecimentos compartilhados. Obrigada por toda orientação!

A todos os **professores** do curso de Bacharelado em Farmácia da Universidade Federal de Campina Grande, por todos os ensinamentos e experiências compartilhadas. Muito obrigada!

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível”.

(Charles Chaplin)

RESUMO

A segurança do paciente envolve a avaliação permanente e proativa dos riscos em serviços de saúde, favorecendo o desenho e a instituição das barreiras de segurança necessárias. Isso envolve a identificação dos incidentes para investigar suas causas e estabelecer as medidas para evitar sua recorrência. O objetivo dessa pesquisa foi avaliar a adequação das prescrições médicas do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) ao protocolo de segurança do paciente. Trata-se de um estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados no período de janeiro a março de 2016, através do preenchimento do Formulário de Análise de Prescrições Medicamentosas. Após a coleta, foi construído um banco de dados, utilizando planilhas eletrônicas do Microsoft Office Excel. Foram avaliadas 787 prescrições de 99 pacientes da UTI adulto, constituindo 221 (28,08%) prescrições diferentes, que apresentaram 2.177 medicamentos, sendo os mais prescritos a dipirona, ondansetrona, enoxaparina, omeprazol e ranitidina. Os resultados mostraram que o tipo de erro mais frequente nas prescrições estudadas foi o uso de abreviaturas, seguido pela prescrição pelo nome de marca, ausência na dose, posologia e via de administração. Não foi observado na prescrição de 470 medicamentos a sua posologia e em 91 a via de administração estava ausente. Sendo assim, torna-se necessário treinamentos aos funcionários que estejam diretamente ligados ao paciente, com o intuito de elaborar e executar a prescrição da forma mais correta possível, diminuindo assim, os erros que podem causar danos aos pacientes.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Erros de Medicação. Hospital.

ABSTRACT

Patient safety involves the proactive and proactive assessment of risks in health services, favoring the design and implementation of the necessary safety barriers. This involves identifying the incidents to investigate their causes and establishing measures to prevent their recurrence. The objective of this research was to evaluate the adequacy of the medical prescriptions of the University Hospital Alcides Carneiro (HUAC) to the patient safety protocol. This is a cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach. Data were collected from January to March, 2016, through the completion of the Form of Analysis of Medicinal Prescriptions. After the collection, a database was built using Microsoft Office Excel spreadsheets. A total of 787 prescriptions were prescribed for 997 patients in the adult ICU, with 221 (28.08%) different prescriptions, which presented 2,177 prescription drugs, where the most commonly prescribed drugs were dipirone, ondansetron, enoxaparin, omeprazole and ranitidine. The results showed that the most frequent type of error in the prescriptions studied was the use of abbreviations, followed by prescription by brand name, absence in dose, dosage and route of administration. Its dosage was not observed in the prescription of 470 medicinal products and in 91 the route of administration were absent. Therefore, it is necessary to train employees who are directly connected to the patient, in order to elaborate and execute the prescription in the most correct way possible, thus reducing errors that can cause harm to patients.

Key words: Patient safety. Medication erros. Hospital.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Frequência dos medicamentos prescritos. HUAC, Campina Grande, PB, 2016.....	21
Tabela 2 – Principais erros encontrados nas prescrições avaliadas. HUAC, Campina Grande, PB, 2016.....	22
Tabela 3 – Frequência de abreviaturas mais prescritas. HUAC, Campina Grande, PB, 2016.....	23
Tabela 4 – Medicamentos prescritos pelo nome de marca. HUAC, Campina Grande, PB, 2016.....	24
Tabela 5 – Medicamentos com informações ausentes. HUAC, Campina Grande, PB, 2016.....	25

LISTA DE ABREVIATURAS

AAS – Ácido Acetilsalicílico

ABD – Água Bidestilada

AD – Água Destilada

CIPRO – Ciprofloxacino

EAs - Eventos Adversos

EUA – Estados Unidos da América

HUAC – Hospital Universitário Alcides Carneiro

IOM – Instituto de Medicina dos Estados Unidos

KCl – Cloreto de Potássio

MgSO₄ – Sulfato de Magnésio

NaCl – Cloreto de Sódio

NCCMERP - *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention*

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente

POP - Procedimento Operacional Padrão

PSP – Plano de Segurança do Paciente

SF – Soro Fisiológico

SG – Soro Glicosado

SRL – Soro Ringer Lactato

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

VIT K – Vitamina K

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3 REVISÃO DA LITERATURA	14
3.1 ERROS DE MEDICAÇÃO	14
3.2 SEGURANÇA DO PACIENTE	15
3.3 PLANO NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE	17
4 METODOLOGIA	19
4.1 TIPO DE ESTUDO	19
4.2 LOCAL DO ESTUDO	19
4.3 AMOSTRA	19
4.4 PROCEDIMENTO PARA COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	19
4.5 ANÁLISES ESTATÍSTICA.....	20
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	20
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
6 CONCLUSÕES	27
7 REFERÊNCIAS	28
ANEXOS	31

1 INTRODUÇÃO

Os medicamentos, há séculos, vêm sendo utilizados com a intenção de aliviar, combater a dor ou curar doenças, no entanto, estudos ao longo dos últimos anos, têm evidenciado a presença de erros no tratamento medicamentoso recebido pelos pacientes. Muitos desses erros podem não trazer consequências ou complicações sérias aos pacientes, mas outros podem contribuir para aumentar sua estadia hospitalar, deixar sequelas ou até mesmo levá-los à morte (SILVA; CASSIANI, 2004).

A partir da década de 2000, a segurança do paciente entra para a agenda de pesquisadores de todo o mundo e passa a ser internacionalmente reconhecida como uma dimensão fundamental da qualidade em saúde. Os Estados Unidos e vários outros países com configurações de sistemas de saúde distintos, dos quais se destacam Inglaterra, Irlanda, Austrália, Canadá, Espanha, França, Nova Zelândia e Suécia, protagonizam iniciativas com a criação de institutos, associações e organizações voltadas à questão da segurança do paciente (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

A segurança do paciente envolve a avaliação permanente e proativa dos riscos em serviços de saúde, favorecendo o desenho e a instituição das barreiras de segurança necessárias. Isso envolve a identificação dos incidentes para investigar suas causas e estabelecer as medidas para evitar sua recorrência. Medidas efetivas, tais como, o seguimento das práticas de segurança do paciente em serviços de saúde, uso de protocolos específicos, estabelecimento de barreiras de segurança nos sistemas e gestão dos eventos adversos podem prevenir e reduzir riscos e danos nos serviços (BRASIL, 2015).

Sabe-se que os sistemas e serviços de saúde são complexos e tem cada vez mais incorporado tecnologias potencialmente eficazes, porém acompanhadas de riscos adicionais à assistência dos pacientes. No âmbito dos serviços de saúde e da vigilância sanitária, a prática de monitoramento e investigação dos possíveis fatores contribuintes dos incidentes de segurança pode colaborar para o entendimento da dinâmica da sua ocorrência, orientando mudanças nas práticas assistenciais e regulamentações voltadas para aumentar a segurança do paciente (BRASIL, 2015).

Assim, é importante que o medicamento seja prescrito corretamente, na forma farmacêutica, doses e período de duração do tratamento; que esteja disponível de

modo apropriado, que os critérios de qualidade sejam exigidos; que se dispense em condições adequadas, com a orientação e responsabilidade; que se cumpra a terapêutica já prescrita, da melhor maneira possível (ROCHA, 2014).

Diante da possibilidade de prevenção dos erros de medicação e dos riscos de dano em função da sua ocorrência, torna-se relevante identificar a natureza e determinantes dos erros, como forma de dirigir ações para a prevenção. As falhas no processo de utilização de medicamentos são consideradas importantes fatores contribuintes para a redução da segurança do paciente (BRASIL, 2014).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a adequação das prescrições médicas do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) ao protocolo de segurança do paciente.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever nas prescrições médicas da UTI adulto indicadores de prescrição relacionadas com a segurança do paciente;
- Descrever os principais erros encontrados nas prescrições;
- Avaliar a adequabilidade das prescrições de acordo com o protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 ERROS DE MEDICAÇÃO

Os medicamentos administrados erroneamente podem afetar os pacientes, e suas consequências podem causar prejuízos/danos, reações adversas, lesões temporárias, permanentes e até a morte do paciente, dependendo da gravidade da ocorrência (GOMES, 2015). Os erros de medicação representam uma triste realidade no trabalho dos profissionais de saúde, com sérias consequências para os pacientes e organização hospitalar (MIASSO; GROU; CASSIANI, 2006).

Os erros de medicação são considerados eventos adversos ao medicamento passíveis de prevenção, com possibilidade de ocorrer em um ou em vários momentos dentro do processo de medicação, desde a prescrição até a administração de medicamentos (SILVA; CASSIANI, 2004). Os eventos adversos relacionados a medicamentos podem levar a importantes agravos a saúde dos pacientes, com relevantes repercussões econômicas e sociais (ANACLETO; ROSA; NEIVA, 2010).

Estudos epidemiológicos realizados nos Estados Unidos da América – EUA, demonstraram que mais de um milhão de pessoas são acometidas anualmente por eventos adversos, definidos como danos não intencionais resultantes do tratamento médico, são relacionados do processo da doença, sendo, 19,4% destes eventos, resultantes do uso de medicamentos (NÉRI, 2004).

Em 1998 o *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* – NCCMERP publicou uma taxonomia de erros de medicação, classificando-os em diferentes tipos e subtipos. Em 2001 essa mesma instituição publicou uma atualização, identificando nove categorias de erros em função da gravidade, considerando se houve ou não danos ao paciente, qual a duração e a extensão deste dano e se foi necessária alguma intervenção. Essa atualização serviu de base para uma investigação no Brasil, demonstrando boa adequação a nossa realidade (ANACLETO; ROSA; NEIVA, 2010).

Os medicamentos são componentes essenciais da assistência e considerados pedra angular no tratamento paliativo, sintomático e curativo de muitas doenças. Entretanto, também são a causa mais comum de reações adversas significativas,

erros e eventos-sentinela. Erros envolvendo medicamentos ocorrem frequentemente em hospitais, possuem natureza multidisciplinar e podem ocorrer em uma ou mais etapas da cadeia terapêutica (prescrição, dispensação e administração), sendo mais frequentes durante a prescrição. Os erros têm taxas que variam entre as instituições e potencial para causar consequências adversas para o paciente, sendo classificados como eventos adversos evitáveis. Considerando todos os tipos de erros, estima-se que cada paciente hospitalizado sofra, em média, mais de um erro de medicação por dia (NÉRI; GADÊLHA; MAIA, 2011).

Os tipos de erros descritos tanto na literatura nacional como na internacional são: erros de omissão; erros por dose extra; erros de via; erros de dosagem; erros devido ao horário incorreto; erros com medicamentos deteriorados; erros de prescrição; erros de distribuição; erros devido à incorreção na preparação do medicamento; erros devido a técnicas incorretas na administração; erros na administração de um medicamento não autorizado (SILVA; CASSIANI, 2004).

No Brasil, o uso incorreto de medicamentos deve-se comumente a: polifarmácia, uso indiscriminado de antibióticos, prescrição não orientada por diretrizes, automedicação inapropriada e desmedido armamentário terapêutico disponibilizado comercialmente (WANNMACHER, 2010).

Muitas vezes, os erros de medicação só são detectados quando as consequências são clinicamente manifestadas pelo paciente, tais como a presença de sintomas ou reações adversas após algum tempo em que foi ministrada a medicação, alertando o profissional do erro cometido (GOMES, 2015).

Medicar pacientes depende de ações meramente humanas e os erros fazem parte dessa natureza, porém, um sistema de medicação bem estruturado deverá promover condições que auxiliem na minimização dos erros, implementando normas, regras, ações, processos com a finalidade de auxiliar os profissionais envolvidos (KELIAN, 2014).

3.2 SEGURANÇA DO PACIENTE

A Segurança do Paciente tem sido um tema discutido mundialmente nas últimas décadas, tornando-se elemento essencial para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. A discussão da temática foi fortalecida em 1999, a partir da publicação do Instituto de Medicina dos Estados Unidos (IOM) intitulada *Errar é*

Humano (To Err is Human), em que aponta o problema dos danos causados pela assistência à saúde em pacientes norte-americanos (ANTONUCCI; PORCELLA, 2014). Esse relatório se baseou em duas pesquisas de avaliação da incidência de eventos adversos (EAs) em revisões retrospectivas de prontuários, realizadas em hospitais de Nova York, Utah e Colorado. Nessas pesquisas, o termo evento adverso foi definido como dano causado pelo cuidado à saúde e não pela doença de base, que prolongou o tempo de permanência do paciente ou resultou em uma incapacidade presente no momento da alta. O relatório apontou que cerca de 100 mil pessoas morreram em hospitais a cada ano vítima de EAs nos Estados Unidos (BRASIL, 2014).

O conceito de Segurança do Paciente se refere à redução dos riscos de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável. Esses danos desnecessários são conhecidos como eventos adversos, que são os danos não intencionais decorrentes da assistência prestada ao paciente, não relacionados à evolução natural da doença de base. E no “mínimo aceitável” se refere àquilo que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de não-tratamento ou outro tratamento (OMS, 2009).

Nesse momento, surgiram iniciativas de diversas instituições do mundo inteiro na busca pela prevenção de eventos adversos e aplicações de estratégias que favoreçam a segurança do paciente no ambiente hospitalar (SOUZA; SILVA, 2014). No final do século passado, Avedis Donabedian estabeleceu como sete os atributos dos cuidados de saúde que definem a sua qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. No início deste século, o Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos (EUA) passou a incorporar “segurança do paciente” como um dos seis atributos da qualidade, com a efetividade, a centralidade do paciente, a oportunidade do cuidado, a eficiência e a equidade (BRASIL, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2004, demonstrando preocupação com a situação, criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, que se trata de um programa permanente que conclama todos os países membros a tomarem medidas para assegurar a qualidade da assistência prestada nas unidades de saúde de todo o mundo. Os objetivos desse programa eram, entre outros, organizar os conceitos e as definições sobre segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e mitigar os eventos adversos (BRASIL, 2014).

A segurança do paciente é um componente fundamental da qualidade de cuidados de saúde. Como as organizações de cuidado de saúde se esforçam continuamente para melhorar, há um reconhecimento crescente da importância de uma cultura de segurança do paciente. Alcançar uma cultura de segurança requer um entendimento de valores, crenças e normas sobre o que é importante em uma organização e que atitudes e comportamentos relacionados à segurança do paciente são suportados, recompensados e esperados (ANACLETO et al., 2010).

O maior desafio dos especialistas em segurança do paciente, que buscam a redução dos eventos nas instituições de saúde tem sido a assimilação, por parte dos dirigentes, de que a causa dos erros e eventos adversos é multifatorial e que os profissionais de saúde estão suscetíveis a cometer eventos adversos quando os processos técnicos e organizacionais são complexos e mal planejados (SILVA, 2010).

3.3 PLANO NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A Portaria Ministerial 529/2013 instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) no Brasil, com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Regulamentada pela RDC 36/2013, ela institui as ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e possui foco em promoção de ações voltadas à segurança do paciente em âmbito hospitalar (BRASIL, 2013 a).

O Plano de Segurança do Paciente (PSP) caracteriza-se por um conjunto de ações envolvendo uma equipe multiprofissional que trabalha afim de minimizar os riscos recorrentes aos serviços de saúde prestados em hospitais. As atividades desenvolvidas priorizam a qualidade e segurança nos serviços, por meio da orientação e reorganização de práticas de monitoramento que investiguem e rastreiem os incidentes que comumente ocorrem nos pacientes (BRASIL, 2015).

As ações para a segurança do paciente, adotam como escopo de atuação para os eventos associados a assistência à saúde, as seis metas da OMS, sendo essas metas traduzidas nos seis Protocolos de Segurança do Paciente publicados nas Portarias 1377/2013 e 2095/2013, que são: identificar corretamente o paciente, melhorar a comunicação entre profissionais de saúde, melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos, assegurar cirurgia em local

de intervenção, procedimento e pacientes corretos, higienizar as mãos para evitar infecções e reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão (BRASIL, 2013 b).

O Protocolo de Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos tem por finalidade promover práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde. Esse protocolo deverá abranger todos os estabelecimentos que prestam cuidados à saúde, em todos os níveis de complexidade, em que medicamentos sejam utilizados para a profilaxia, exames diagnósticos, tratamento e medidas paliativas (BRASIL, 2014).

O Programa Nacional de Segurança do Paciente faz-se necessário porque vem ao encontro do moderno conceito em saúde de prevenção quaternária, que objetiva a detecção de indivíduos em risco de intervencionismo excessivo em saúde, que implica atividades desnecessárias, e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis, atenuando ou evitando efeitos adversos (CAPUCHO; CASSIANI, 2013).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa.

4.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado no Hospital Universitário Alcides Carneiro, localizado em Campina Grande – PB, vinculado à Universidade Federal de Campina Grande, no primeiro trimestre de 2016. O Hospital Universitário Alcides Carneiro possui 178 leitos. O público alvo do estudo foram os pacientes internados nos 10 leitos da UTI – ADULTO.

4.3 Amostra

A amostra foi de conveniência, composta pelas prescrições dos pacientes internos na UTI – ADULTO, no período de Janeiro a Março de 2016. A escolha da UTI deu-se devido ao fato desses pacientes serem expostos a protocolos de tratamentos prolongados. Como critério de inclusão no estudo, foram avaliadas as prescrições contendo dois ou mais medicamentos, de pacientes de ambos os sexos, internados na UTI adulto.

4.4 Procedimento para Coleta e Análise dos Dados

As segundas vias das prescrições médicas da UTI adulto disponibilizados pela Farmácia Hospitalar do HUAC foi a fonte dos dados da pesquisa. Foram avaliadas todas as prescrições dos pacientes internados no setor, durante o período de estudo. Após a coleta dos dados, foi realizada uma avaliação preliminar das prescrições, sendo considerada apenas 1 prescrição por paciente. Porém, foi aceita mais de uma prescrição por paciente, caso durante o período de estudo, tenha havido modificações na sua prescrição.

Os dados foram coletados através do preenchimento do Formulário de Análise de Prescrições Medicamentosas disponibilizadas pelo Serviço de Farmácia Clínica do

Hospital Universitário Alcides Carneiro (Anexo A). Após a coleta de dados foi construído um banco de dados, utilizando planilhas eletrônicas do Microsoft Office Excel. As variáveis de estudo estão divididas em três categorias: características do paciente, características do prescritor e características dos medicamentos prescritos. O quadro completo com as variáveis e sua classificação encontram-se no Anexo B.

4.5 Análises Estatística

As variáveis categóricas foram apresentadas na forma de frequência absoluta e relativa. Já as variáveis numéricas, foram apresentadas na forma de média e desvio padrão. Os cálculos foram realizados utilizando o programa Microsoft Office Excel.

4.6 Considerações Éticas

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do HUAC. Pelo fato de utilizar segundas vias de prescrições médicas, dispensa-se neste estudo a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte dos pacientes.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de janeiro a março de 2016, foram avaliadas 787 prescrições de 99 pacientes da UTI adulto, constituindo 221 (28,08%) prescrições diferentes, que compuseram a amostra do estudo. Do total de pacientes estudados, 58,6% eram homens e 41,4% mulheres, com idade variando de 16 a 99 anos, com média de 58,82 \pm 20,05 anos. A assinatura do prescritor esteve presente em 200 prescrições (91%), e em 182 prescrições (82%) o número do conselho médico esteve presente.

O total de prescrições examinadas (221) apresentou 2.177 medicamentos prescritos, com média de 15,01 \pm 30,29 medicamentos por prescrição. Os medicamentos mais prescritos estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1- Frequência dos medicamentos prescritos. HUAC, Campina Grande, PB, 2016.

MEDICAMENTOS	N (%)
Dipirona	209 (0,95%)
Ondansetrona	166 (0,76%)
Enoxaparina	143 (0,65%)
Omeprazol	106 (0,48%)
Citrato de Fentanila	89 (0,40%)
Ranitidina	87 (0,39%)
Noradrenalina	71 (0,32%)
Meropenen	68 (0,31%)
Vancomicina	52 (0,23%)
Insulina NPH	47 (0,21%)

Fonte: Dados da pesquisa.

Os medicamentos mais prescritos foram sintomáticos como dipirona e ondansetrona, profiláticos como enoxaparina e gastroprotetores como omeprazol e ranitidina.

Dos 2177 medicamentos prescritos, os principais erros encontrados nas prescrições estão descritos na Tabela 2.

Tabela 2 - Principais erros encontrados nas prescrições avaliadas. HUAC, Campina Grande, PB, 2016.

Categoria da Informação	Variáveis	N	M	DP
	Abreviaturas	5596	25,32	7,61
	Não Padronizados	20	1,17	0,39
Medicamentos Prescritos	Nome de Marca	886	4,00	1,79
	Dose Ausente	470	2,71	1,37
	Posologia Ausente	335	2,00	1,04
	Via de Administração Ausente	91	1,19	0,54

Fonte: Dados da pesquisa.

M: média. DP: desvio padrão.

Os resultados mostraram que o tipo de erro mais frequente nas prescrições estudadas foi o uso de abreviaturas, seguido pela prescrição pelo nome de marca e ausência na dose e posologia.

Néri et al. (2011), em um estudo de prescrições realizados em hospital universitário brasileiro, mostrou que o uso de abreviatura e símbolos em prescrições é apontado como fator relacionado a erros, algumas vezes fatais. E segundo Rosa et al. (2009), a falta de padronização e o frequente uso de abreviaturas mostram falhas latentes que podem contribuir para a ocorrência de erros de medicação. Segundo Ferrari et al. (2013), a falta de informações sobre o medicamento e seu modo de uso pode levar ao desperdício, prejuízo terapêutico, tratamentos inadequados e inefetivos que geram o não alcance das metas farmacoterapêuticas estabelecidas.

As abreviaturas são utilizadas nas prescrições para indicar o nome do medicamento, a dose, a via ou a frequência de administração. De uso comum, elas simplificam a redação, mas podem gerar dúvidas e interpretações equivocadas, podendo comprometer a comunicação entre os profissionais que prestam assistência ao paciente e causar graves erros de medicação (ISMP, 2015). A Tabela 3 mostra as abreviaturas mais frequentes entre as 5.596 utilizadas.

Tabela 3 – Frequência de abreviaturas mais prescritas. HUAC, Campina Grande, PB, 2016
(n=5.596).

Abreviatura	N (%)
SF	200 (3,57%)
AD	122 (2,18%)
ABD	117 (2,05%)
KCl	94 (1,67%)
SRL	40 (0,71%)
SG	32 (0,57%)
NaCl	23 (0,41%)
MgSO ₄	15 (0,26%)
Vit K	14 (0,25%)
AAS	13 (0,23%)
CIPRO	10 (0,17%)

Fonte: Dados da pesquisa.

Das 5.596 abreviaturas a mais utilizada foi SF que significa soro fisiológico com 3,57%, seguida de duas abreviaturas diferentes para a mesma substância que é água bidestilada, que foram AD (2,18%) e ABD (2,05%). Em menor porcentagem mais que chamou a atenção foi o uso de abreviaturas para os medicamentos potencialmente perigosos, no caso os eletrólitos KCl (1,67%), NaCl (0,41%) e MgSO₄ (0,26%).

O Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos do Ministério da Saúde, estabelece recomendações de segurança e preconiza algumas abreviaturas que nunca devem ser utilizadas. Dentre elas estão as fórmulas químicas (KCl, NaCl e outras) e os nomes de medicamentos (CIPRO, HCTZ, AAS e outros) (ISMP, 2015).

O uso de abreviaturas pode levar a erros de interpretação, e foi um erro muito frequente nas prescrições. É recomendado que seja evitado o uso de abreviaturas nos casos de eletrólitos e de nome de medicamentos e que aquelas abreviaturas que são utilizadas com muita frequência, devem haver uma padronização na instituição.

No Brasil, a identificação de substâncias farmacêuticas por um nome genérico, de uso público e reconhecimento nacional é determinada pelo Comitê Técnico Temático Denominações Comuns Brasileiras da Farmacopeia Brasileira, conforme as regras de nomenclatura estabelecidas e aprovadas pelo órgão federal responsável

pela vigilância sanitária, a Anvisa (BRASIL, 2013 c). Na Tabela 4, pode-se observar a utilização de medicamentos pelo nome de marca, onde os medicamentos mais prescritos por nome de marca, foram também os mais utilizados como Nausebron (17,72%), Clexane (15,80) e Fentanil (10,27%).

Tabela 4 - Medicamentos prescritos pelo nome de marca. HUAC, Campina Grande, PB, 2016.

MEDICAMENTO PRESCRITOS POR NOME DE MARCA	N (%)
Nausebron	157 (17,72%)
Clexane	140 (15,80%)
Fentanil	91 (10,27%)
Lasix	76 (8,57%)
Dormonid	69 (7,78%)
Antak	57 (6,43%)
Digesan	36 (4,06%)
Tramal	22 (2,48%)
Solumedrol	17 (1,91%)
Bricanyl	16 (1,80%)
Fenergan	16 (1,80%)
Pantozol	13 (1,46%)
Solucortef	10 (1,12%)
Kanakion	9 (1,01%)

Fonte: Dados da Pesquisa.

O uso do nome de marca pode gerar erros de dispensação e administração, uma vez que nem sempre a marca do medicamento disponível no hospital é aquela prescrita.

Segundo o Protocolo de Segurança do Paciente, o estabelecimento de saúde deve ter uma lista de medicamentos selecionados/padronizados considerando-se critérios de efetividade, segurança e custo. A padronização deve ser homologada, publicada e divulgada a todos os profissionais do estabelecimento de saúde (BRASIL, 2015).

A Tabela 5 mostra três variáveis do estudo, a ausência da dose, posologia e da via de administração. Não foi observado em 470 medicamentos a sua posologia e em 91 a via de administração estavam ausentes.

Tabela 5 – Medicamentos prescritos com informações ausentes. HUAC, Campina Grande, PB, 2016.

MED. DOSE AUSENTE	N (%)	MED. POSOLOGIA AUSENTE	N (%)	MED. SEM VIA DE ADM	N (%)
Citrato de Fentanila	80 (17,02%)	Dipirona	109 (32,53%)	Bromoprida	10 (10,98%)
Noradrenalina	69 (14,68%)	Ondansetrona	60 (17,9%)	Dipirona	9 (9,89%)
Dipirona	66 (14,04%)	Furosemida	13 (3,88%)	Furosemida	7 (7,69%)
Ranitidina	40 (8,51%)	Glicose	13 (3,88%)	Citrato de Fentanila	7 (7,69%)
Bromoprida	36 (7,65%)	Noradrenalina	9 (2,68%)	Carbonato de Cálcio + Vit D	6 (6,59%)
Midazolan	34 (7,23%)	Citrato de Fentanila	9 (2,68%)	Enoxaparina	5 (5,49%)
Furosemida	23 (4,89%)	Midazolan	8 (2,38%)	Insulina NPH	4 (4,39%)
Ondansetrona	23 (4,89%)	Captopril	7 (2,08%)	Midazolan	4 (4,39%)

Fonte: Dados da pesquisa

Segundo a *The United States Pharmacopeial Convention*, a administração de uma dose inadequada pode corresponder a 23% dos erros de medicação. Em relação a dose ausente, os medicamentos que se destacaram foram o citrato de fentanila (17,02%), noradrenalina (14,68%), dipirona (14,04) e demais. O medicamento mais prescrito com ausência da posologia foi a dipirona (32,53%) e o com a via de administração ausente foi bromoprida (10,98%). O que chamou mais atenção foi a ausência da via de administração em 4 prescrições de insulina NPH.

A dose é importante para não gerar dúvidas, e com isso não gerar erros na hora de administração. Pode-se observar que houve uma alta frequência na prescrição de doses e posologia ausente, de medicamentos que precisam ser aplicados com muito rigor como é o caso do fentanil e dormonid (midazolam), um benzodiazepínico e um analgésico opioide.

O fentanil é um derivado opióide de grande potência e seu uso indevido pode acarretar problemas graves para o paciente. A prescrição do midazolam com a omissão da concentração ou concentração duvidosa é também relevante por ser utilizados em terapia intensiva, sendo fundamental a administração da dose correta (ROSA; PERINI; NEIVA, 2009).

Em relação a via de administração, é importante observar se ela está presente, porque alguns medicamentos são potencialmente perigosos se não utilizados na via recomendada, como é o caso da insulina NPH que só deve ser administrada na via subcutânea e caso seja administrada em outra via como a endovenosa, pode levar o paciente ao óbito.

A ausência da posologia nas prescrições pode favorecer a administração de doses erradas, resultando em ineficiência do tratamento, comprometendo a qualidade da assistência prestada aos pacientes hospitalizados. (GIMENES; MOTA; TEIXEIRA, 2010).

O processo de prescrição é complexo e permeado por erros. Os erros de prescrição são geralmente multifatoriais e originários de falhas ativas ou condições que induzem aos erros, geralmente agindo juntas para causa-las (NÉRI; GADÊLHA; MAIA, 2011). Mesmo o hospital universitário tendo uma lista de medicamentos padronizados e um formulário de análises de prescrições medicamentosas, muitas vezes ele não é seguido por parte dos profissionais, sendo assim, deixando de cumprir com o protocolo de segurança do paciente.

O farmacêutico tem um papel muito fundamental na segurança do paciente, que vai muito além da gestão de medicamentos. Onde o farmacêutico, deve realiza conciliação e avaliação das prescrições médicas, intervenções farmacêuticas quando necessário, participa das visitas e monitorar as interações medicamentosas. Executar essas atividades, tornam-se um desafio a ser quebrado.

6 CONCLUSÕES

O Hospital Universitário Alcides Carneiro possui um modelo de prescrição digitalizada seguindo o modelo do Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos, sendo que esse modelo de prescrição não vem sendo usado da maneira totalmente correta. Podemos ver essas informações nas 221 prescrições analisadas, onde os principais erros encontrados foram uso de abreviaturas, medicamentos prescritos com nome de marca, dose ausente, posologia ausente e via de administração ausente. As omissões de uma dessas variáveis podem interferir na qualidade da assistência prestada aos pacientes, podendo gerar sérios danos à saúde.

Analisando todos os dados obtidos, podemos concluir que o Hospital Universitário Alcides Carneiro, não vem seguindo o protocolo de segurança do paciente. Vê-se a necessidade de uma farmácia clínica mais atuante, onde existam a criação de comitês para a execução de POP's (Procedimento Operacional Padrão) e protocolos terapêuticos e que as equipes profissionais tenham atenção e os coloquem em práticas, outra medida que pode ser tomada seria o treinamento da equipe médica para uma melhor elaboração das prescrições, pois assim diminuirá as situações de risco e danos a que os pacientes são expostos.

7 REFERÊNCIAS

ANACLETO, T. A.; ROSA, M. B.; NEIVA, H. M.; MARTINS, M. A. P. **Farmácia Hospitalar: Erros de medicação**. 2010. p.24

ANTONUCCI, R.; PORCELLA, A. Preventing medication errors in neonatology: is it a dream?. **World J Clin Pediatr**, v.3, p.37-44, 2014.

BOLETIM ISMP. **Erros de medicação associados a Abreviaturas, Siglas e Símbolos**. v.4, n.2, 2015.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013. - Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 02 abr.2013 a.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - PORTARIA Nº2.095, DE 24 DE SETEMBRO DE 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2013 b.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária- Manual das Denominações Comuns Brasileiras. v.16, 2013 c.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária- Plano Integrado para Gestão Sanitária para Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, Brasília, pg. 1-86, 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança ao Paciente, Brasília, 2014.

CAPUCHO, H.; CASSIANI, S. Necessidade de Implantar Programa Nacional de Segurança do Paciente no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.47, n.4, p.791 – 798, 2013.

FERRARI, C. K. B.; BRITO, L. F.; OLIVEIRA, C. C.; MORAES, E. V.; TOLEDO, O. R.; DAVID, F.L. Falhas na Prescrição e Dispensação de Medicamentos Psicotrópicos: Um Problema de Saúde Pública. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl**, v.34, n.1, p.109-116,2013.

GIMENES, F. R. E.; MOTA, M. L. S.; TEIXEIRA, T. C. A.; SILVA, A. E. B. C.; OPITZ, S. P.; CASSIANI, S. H. B. Segurança do paciente na terapêutica medicamentosa e a influência da prescrição médica nos erros de dose. **Rev. Latino- Na. Enfermagem**, v.18, n.6, 07 telas, 2010.

GOMES, V. L. Erros de Medicação em Farmácia Hospitalar. **Rev. Especialize Online IPOG**, v. 1, 2015.

KELIAN, A. R. O; **Erros de administração de medicamentos e consequências financeiras**. 2014.

MIASSO, A. I.; GROU, C. R.; CASSIANI, S. H. B.; SILVA, A. E. B. C.; FAKIH, F. T. Erros de Medicação: tipos, fatores casuais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.40 n.4, p.524- 523, 2006.

NÉRI, E. D. R.; GADÊLHA, P. G. C.; MAIA, S. G.; PEREIRA, A. G. S.; ALMEIDA, P. C.; RODRIGUES, C. R. M.; PORTELA, M. P.; FONTELES, M. M. F. Erros de Prescrição de Medicamentos em um Hospital Brasileiro. **Rev. Assoc. Med. Bras**, v.57, n.3, p.306-314,2011.

NÉRI, E. **Determinação do Perfil dos Erros de Prescrição de Medicamentos em um Hospital Universitário**. 2004. 230f. Tese (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. **Final Technical Report and Technical Annexes**, v.1, n.1, 2009.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A Segurança do Paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – Um olhar sobre a literatura. **Ciência Saúde Coletiva**, v.18, n.7, 2013.

ROCHA, A. L. R. **Uso racional de medicamentos**. [TCC - Especialização]. Rio de Janeiro: Instituto de Tecnologia em Fármacos/Farmanguinhos, Fundação Oswaldo Cruz, 2014.

ROSA, M. B.; PERINI, E.; ANACLETO, T. A.; NEIVA, H. M.; BOGUTCHI, T. Erros na Prescrição Hospitalar de Medicamentos Potencialmente Perigosos. **Rev. Saúde Pública**, v.4, n.3, p.490-498,2009.

SILVA, A. E. B. C. Segurança do Paciente: desafios para a prática e a investigação em enfermagem. **Rev. Eletr. Enf**, v.12, n.3, p.422,2010.

SILVA, A. E. B. C.; CASSIANI, S. H. B. Erros de Medicação em Hospital Universitário: tipo, causas, sugestões e providências. **Rev. Bras. Enferm**, v.57, n.6, p.671-674,2004.

SOUZA, J.M.C.; THOMSON, J.C.; CATISH, D.G. Avaliação de Prescrições Medicamentosas de um Hospital Universitário Brasileiro. **Rev. Bras. De Educ. Méd.**, v.32, n.2, p.188-196, 2008.

SOUZA, R. F. F.; SILVA, L. D. Estudo exploratório das iniciativas a cerca da segurança do paciente em hospitais do Rio de Janeiro. **Rev. Enferm. UERJ**, v.22, n.1, 2014.

WANNMACHER, L. Conduas Baseadas em Evidências sobre Medicamentos Utilizados em Atenção Primária a Saúde. **Editores MS**, n.1, p.1-7,2010.

ANEXOS

ANEXO A

Formulário de Análise de Prescrições Medicamentosas

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;">  <div style="text-align: center;"> <p>Hospital Universitário Alcides Carneiro</p> <p>Serviço de Farmácia Clínica</p> <p>Análise de Prescrições Medicamentosas</p> <p>Setor: _____</p> <p>Total de prescrições/dia: _____</p> </div>  </div>	
Critérios	Quantidade de erros
1. Nome incompleto	
2. Ausência do número do prontuário	
3. Ausência da enfermaria/leito	
4. Ilegibilidade	
5. Ausência da data da prescrição	
6. Nome incompleto do prescritor	
7. Ausência do número do CRM	
8. Uso de abreviaturas	
9. Medicamentos não padronizados	
10. Medicamentos escritos por nome de marca	
11. Dose ausente ou inadequada	
12. Posologia ausente ou inadequada	
13. Ausência ou Via de administração inadequada à administração prescrita	
TOTAL DE ERROS DE PRESCRIÇÃO/SETOR	

ANEXO B

Variáveis de Estudo e sua Classificação

Variável	Classificação Estatística	Categorias / Escalas de Medida
Idade	Numérica	Idade em anos completos
Sexo	Nominal	Masculino ou Feminino
Ausência da via de Administração	Numérica	Número de prescrições com ausência na via de ADM
Ausência ou ilegibilidade do CRM	Nominal	Presença ou Ausência
Ausência ou nome incompleto do prescriptor	Nominal	Presença ou Ausência
Dose Ausente	Numérica	Número de prescrições com dose ausente
Medicamento de Dose Ausente	Nominal	Nome dos medicamentos com dose ausente
Medicamento sem via de Administração	Numérica	Número de medicamentos sem via de administração
Medicamentos com Abreviaturas	Nominal	Nome dos medicamentos com abreviaturas
Medicamentos com Posologia Ausente	Nominal	Nome dos medicamentos com posologia ausente
Medicamentos escrito por nome de marca	Nominal	Nome dos medicamentos escrito por nome de marca
Medicamentos não padronizados	Nominal	Nome dos medicamentos não padronizados

Variável	Classificação Estatística	Categorias / Escalas de Medida
Medicamentos escrito por nome de marca	Numérica	Número de medicamento escrito por nome de marca
Medicamentos não Padronizados	Numérica	Número de medicamentos não padronizados
Posologia Ausente	Numérica	Número de prescrições com posologia ausente