

ANÁLISE DOS REGISTROS DAS PRESCRIÇÕES MEDICAMENTOSAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

ANALYSIS OF THE RECORDS OF DRUG PRESCRIPTIONS IN A UNIVERSITY HOSPITAL

ANÁLISIS DE LOS ARCHIVOS DE LAS RECETAS DE MEDICAMENTOS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Flávia Janólio Costacurta Pinto da Silva¹

Elizabeth Santana Alves de Almeida²

Flávia Calixto Rocha²

Maria Aparecida Vieira Santana²

Elis Carla Costa Matos Silva²

Lígia Mara Dolce de Lemos³

Eliana Ofélia LLapa-Rodríguez⁴

¹ Enfermeira. Doutora. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe – UFS. Aracajú, SE – Brasil.

² Enfermeira. Aracajú, SE – Brasil.

³ Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Professora da UFS. Aracajú, SE – Brasil.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem fundamental. Professora da UFS. Aracajú, SE – Brasil.

Autor Correspondente: Flávia Janólio Costacurta Pinto da Silva. E-mail: fjanolio@gmail.com

Submetido em: 08/11/2013

Aprovado em: 13/07/2015

RESUMO

Objetivo: analisar as prescrições medicamentosas em três unidades de internação de um hospital universitário no estado de Sergipe. **Método:** estudo descritivo, transversal e documental. Os dados foram coletados nas unidades de internação pelo período de 10 dias durante o mês de março de 2012. A amostra compreendeu 286 prescrições com 2.605 itens referentes a medicamentos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, sob o nº CAAE 0263.0.107.000-11. **Resultados:** do total das prescrições analisadas, 48% estavam digitadas, em 98% não constava o número do registro do paciente e 100,0% continham abreviaturas e siglas. Das 4.522 doses medicamentosas prescritas, foi observada prevalência de ausência da forma farmacêutica, nome do fármaco e outros dados relativos à medicação. **Conclusão:** a existência de inadequações nos registros das prescrições medicamentosas comprovou que a administração de medicamentos na instituição pode apresentar riscos à segurança do paciente, indicando a necessidade de implementar ações corretivas.

Palavras-chave: Prescrições de Medicamentos; Erros de Medicação; Sistemas de Medicação no Hospital.

ABSTRACT

Objective: to analyze drug prescriptions in three inpatient units of a university hospital in the State of Sergipe. **Method:** this was a descriptive, transversal, and documental study. Data were collected in inpatient units during ten days in March of 2012. The sample consisted of 286 prescriptions with 2,605 items related to drugs. The study was approved by the Ethics and Research Committee of the Federal University of Sergipe, under number CAAE 0263.0.107.000-11. **Results:** out of the total prescriptions analyzed, 48% were typed, 98% did not show the patient's record number, and 100.0% contained abbreviations and acronyms. Out of the 4,522 prescribed drugs, a prevalence in the absence of dosage form, drug name, and other data on the medication was observed. **Conclusion:** the existence of inadequacies in the records of drug prescriptions has shown that the administration of drugs in the studied institution can pose risks to patient safety, indicating the need for the implementation of corrective actions.

Keywords: Drug Prescriptions; Medication Errors; Medication Systems, Hospital.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue analizar las recetas de los medicamentos de tres unidades de internación de un hospital universitario del Estado de Sergipe. Se trata de un estudio transversal, descriptivo y documental. Los datos fueron recogidos en las unidades de internación durante 10 días del mes de marzo de 2012. La muestra consistió en 286 recetas con 2.605 insumos relacionados con los medicamentos. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Federal de Sergipe, bajo el nº CAAE 0263.0.107.000-11. El 48% del total de las recetas analizadas estaban digitadas, en 98% no figuraba el número de protocolo del paciente y 100,0% tenían abreviaturas y siglas. De las 4.522 dosis recetadas, se observó que prevalece la falta de la forma farmacéutica, nombre del medicamento y otros datos referentes a la medicación. La falta de adecuaciones en los archivos de las recetas de los medicamentos mostró que en este hospital la administración de medicamentos puede presentar riesgos para la seguridad del paciente, lo cual señala la necesidad de tomar medidas correctivas.

Palabras clave: Prescripciones de Medicamentos; Errores de Medicación; Sistemas de Medicación en Hospital.

INTRODUÇÃO

A rotina da terapia medicamentosa inserida numa instituição hospitalar deve ser entendida como uma prática composta de vários fatores, envolvendo inúmeros processos ligados e dependentes entre si. Os participantes desse processo são profissionais integrantes da equipe médica, da farmácia e da enfermagem. Embora com diferentes atribuições, cada profissional está envolvido em um objetivo comum, que é a assistência prestada à saúde dos pacientes durante toda a sua permanência na instituição hospitalar.¹

O estudo dos erros/eventos adversos – resultantes do tratamento medicamentoso, não relacionado ao processo da doença – tem sido considerado fundamental para o gerenciamento da qualidade da assistência ao paciente, estímulo à cultura da segurança e eficácia do sistema de saúde.² Atualmente, chama a atenção dos gestores da área da saúde o considerável aumento da incidência desse tipo de evento, que ameaça tornar-se um grave problema de saúde em todo o mundo.³⁻⁵

Sabe-se que erros no processo de administração de medicamentos são importantes causas de morbidade e mortalidade entre pacientes internados em instituições de saúde.^{6,7} De acordo com Cook (2004)⁸, morrem mais pessoas devido a erros de medicação do que em acidentes de trabalho.

Estudioso afirma que na estimativa baseada em evidência de 400.000 mortes por ano decorrentes de eventos adversos aos pacientes hospitalizados nos EUA, erros de medicação são responsáveis por 35% (140.000) desses. O autor enfatiza ainda que o mais importante não são os números e sim ações de promoção de mudança desse cenários frustrante.⁹ No Brasil, verifica-se aumento nas contestações e na solicitude sobre erros de medicação, com notável avanço de publicações sobre o assunto, o que indica, de certa forma, mais interesse pelo acontecimento por parte das instituições hospitalares do país.¹⁰

Os erros das prescrições medicamentosas estão relacionados a qualquer falha cometida durante a redação dos medicamentos e dizem respeito à forma farmacêutica, dosagem, via de administração ou ausência desses dados, como também uso de abreviações, frequência do regime terapêutico inadequado, interações medicamentosas e a realização de uma pobre anamnese.¹¹ Pela complexidade na análise, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, os incidentes são classificados em quatro grupos: circunstância de risco (houve potencial significativo de dano, mas não ocorreu o incidente); quase erro (incidente que não atinge o paciente); incidente sem dano (evento que ocorreu com o paciente, mas não chegou a resultar dano); incidente com dano (igual a evento adverso. Houve dano ao paciente).¹²

Diante desse cenário, diversos estudos observam erros em diferentes fases do processo de administração de medicamentos. Alguns foram relacionados à prescrição/transcrição de medicamentos, muitos deles associados à dificuldade de com-

preensão da letra ou inadequação da prescrição.¹³ Outros verificaram que a maioria dos erros (72%) foi iniciada durante a prescrição e associada a déficits de conhecimento em farmacoterapia ou insuficiência técnica.¹⁴ E, ainda, pesquisa com o objetivo de analisar as fases de “preparo” e “administração” de medicação concluiu que o erro prevalente na fase de preparo foi a inadequada diluição de medicação e na fase de administração o erro mais comum foi a seleção errada do doente.¹⁵

Existem ainda outros fatores que podem favorecer a ocorrência de erros durante o processo da terapia medicamentosa, como a falta de atenção, os lapsos de memória, as deficiências na formação acadêmica ou técnica, a falta de experiência e de treinamento, o ambiente com pouca iluminação e com ruídos, as interrupções frequentes, o número insuficiente de profissionais, os serviços acumulados, as falhas na comunicação e a falta de padronização de procedimentos na instituição, entre outros.^{13,16}

É importante ressaltar que, durante a prática desse processo, qualquer ação realizada por um profissional comprometerá as ações de outros, registrando-se, assim, situações que podem levar a diferentes erros e eventos adversos aos pacientes.^{3,17} Portanto, assegurar uma administração de medicação segura nos sistemas de cuidados de saúde é complexo e requer muita atenção por parte dos profissionais de saúde, devido a múltiplos fatores que interferem no processo. Um método amplamente divulgado para avaliação de ações que visem à segurança do paciente na administração de medicamentos é a utilização de indicadores de qualidade que permitam a avaliação de todo o processo.¹⁸

Em geral, é difícil detectar de forma precisa a origem dos erros, portanto, deve-se destacar a importância da participação da equipe de enfermagem no momento dessa ação, pois esses profissionais executam as últimas etapas do processo da terapia medicamentosa, o esse que aumenta a responsabilidade da equipe para detecção, evitando assim falhas ocorridas em etapas anteriores.¹³ Vale ressaltar que todos os profissionais envolvidos devem se sentir responsáveis em garantir a segurança do paciente, por meio do monitoramento do processo de administração de medicação.⁴ Certamente a incidência de eventos adversos corresponde apenas à “ponta de um iceberg”.¹⁷

Os erros mencionados representam vários riscos para a saúde do paciente, podendo resultar no aumento da sua permanência na instituição hospitalar, trazendo sofrimentos tanto para ele quanto para os seus acompanhantes. As consequências dos erros contribuem também para a depreciação dos profissionais envolvidos, além da possibilidade de elevação dos custos demandados pelas internações hospitalares.¹

Realizar estudo sobre erros de medicação em hospital universitário proporcionará visibilidade do problema existente para implantação e implementação de medidas preventivas que possam assegurar a segurança do paciente, como também modelos para ensino. Nesse contexto, a pesquisa teve como

objetivo analisar os registros referentes à terapia medicamentosa contidos nas prescrições médicas dos pacientes internados nas unidades de Clínica médica I, Clínica médica II e Clínica cirúrgica do Hospital Universitário (HU) de Sergipe.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo, transversal, documental, em três unidades de internação do Hospital Universitário (HU) do município de Aracaju-SE. O HU integra a rede estadual de Saúde e atende à demanda do Sistema Único de Saúde (SUS). A escolha da instituição para realização da pesquisa deveu-se à sua condição de hospital-escola, com papel fundamental na formação de vários profissionais que se encontram no âmbito da saúde.

As unidades selecionadas para a realização do estudo foram: Clínica médica I, Clínica médica II e Clínica cirúrgica, contendo com 20 leitos cada uma. Todas abrigam pacientes de diferentes especialidades médicas, com grande diversidade de medicamentos prescritos, o que favoreceu a realização da pesquisa.

Compuseram a amostra todos os registros das prescrições médicas presentes no prontuário dos pacientes. Dessa forma, não houve perdas dos registros na pesquisa. A coleta dos dados foi realizada pelas próprias autoras no período de 10 dias do mês de março de 2012, nos turnos tarde e noite. Esse período foi baseado na taxa de permanência dos pacientes hospitalizados. Assim, não houve cálculo amostral, pois se optou verificar todos os prontuários no período estipulado.

Para a revisão dos registros das prescrições medicamentosas, foi utilizado um roteiro baseado na pesquisa realizada por Gimenes em 2007.¹⁹ As informações contidas nesse instrumento foram adaptadas e transferidas para um novo formulário que respondesse aos objetivos propostos da presente pesquisa. As variáveis analisadas foram assim definidas:

1. número de itens relativos à medicação: serão considerados apenas os itens relacionados à prescrição medicamentosa;
2. número de doses prescritas: corresponde ao somatório de todas as doses medicamentosas prescritas;
3. tipo de prescrição: refere-se se à emissão de forma digitalizada, manual ou ambas em uma mesma prescrição;
4. ausência de dados do paciente: quando, na prescrição, não estiverem presentes dados para a correta identificação do paciente, como o nome completo, o número de registro, o número do leito e o número da enfermaria;¹⁹
5. ausência de data: quando a data não estiver determinada na prescrição;¹⁹
6. ausência de dados do medicamento: quando não estiver especificado o nome do fármaco (uso de nome comercial, siglas, etc.), a forma farmacêutica (ampola, comprimido, cápsula, envelope, frasco ampola, etc.), a dosagem completa, a via de administração [via oral (VO), via enteral (VE),

via parenteral: intramuscular (IM), subcutânea (SC), intradérmica (ID), endovenosa/intravenosa (EV/IV), tópica ou inalatória], o horário da dose e/ou frequência correta de administração do medicamento (ex: uso "2 vezes por dia" em vez de "12 em 12 horas");¹⁹

7. registro do horário de administração: corresponde a ausência/erro do registro do horário de administração (ex: uso das letras "M" para turno da manhã, "T" para turno da tarde e "N" para turno da noite, em lugar da determinação objetiva do horário) pela equipe de enfermagem, incluindo rasuras;¹⁹
8. siglas e/ou abreviaturas: quando houver palavras resumidas (abreviaturas) como NBZ para nebulização ou AMP para ampola ou uso de letras de palavras para formar um vocábulo (sigla) como UI para unidades internacionais ou VO para via oral;¹⁹
9. alterações e/ou suspensão do medicamento: corresponde a modificações em um ou mais itens da prescrição da dose ao longo do dia;¹⁹
10. rasuras na dose: quando há informações sobre a dose do medicamento rabiscadas e/ou circuladas;¹⁹
11. ilegibilidade do medicamento: corresponde à dificuldade na leitura do nome do medicamento prescrito de forma manual.¹⁹

O roteiro da pesquisa para coleta de dados é de domínio público, não sendo necessária autorização prévia da autora para utilização do mesmo.

Para a análise dos achados utilizou-se estatística descritiva por meio do programa Microsoft Excel versão 2010.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, sob o nº CAAE 0263.0.107.000-11, objetivando atender às recomendações da Resolução número 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Foi também apresentado à direção clínica e de enfermagem do Hospital Universitário, com o objetivo de dar ciência e obter a autorização para realização da pesquisa.

RESULTADOS

Para fins didáticos, os resultados estão apresentados em subtópicos, de acordo com os 11 itens avaliados no instrumento de coleta, podendo, de acordo com os resultados, ser agrupados em alguns casos.

NÚMERO DE ITENS RELATIVOS À MEDICAÇÃO E NÚMERO DE DOSES PRESCRITAS (ITENS 1 E 2)

Foram analisadas 286 prescrições, as quais continham 2.605 itens relativos à medicação e o total de 4.522 doses medi-

caementosas prescritas. A média de doses medicamentosas foi de 15,8 por prescrição. A Tabela 1 apresenta a distribuição desses itens de acordo com as unidades de internação.

Tabela 1 - Distribuição das frequências referentes às variáveis número de prescrições, itens de medicação e doses prescritas nos prontuários das unidades de clínica médica I, II e cirúrgica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe, 2012

Unidade	Nº de prescrições		Itens de medicação		Doses prescritas	
	n	%	n	%	n	%
	Clínica Médica I	116	41%	1040	40%	1923
Clínica Médica II	95	33%	914	35%	1663	37,78%
Clínica Cirúrgica	75	26%	651	25%	936	20,70%
Total	286	100%	2605	100%	4522	100%

TIPO DE PRESCRIÇÃO (ITEM 3)

Em relação à variável tipo de prescrição, foi observada predominância da forma digitada nas unidades de clínica médica I e II, com 64 (55,17%) e 65 (68,4%) registros, respectivamente; seguido pela forma manuscrita, com mais prevalência apenas na unidade de clínica cirúrgica, com 63 (84%) ocorrências. As prescrições contendo ambas as formas, manual e digitada, tiveram mais prevalência na Clínica médica I, com 45 (38,7%) ocorrências; seguida por 20 (21%) na Clínica médica II e cinco (6,6%) na Clínica cirúrgica.

AUSÊNCIA DE DADOS DO PACIENTE (ITEM 4 E 5)

Referente às informações acerca da ausência de dados dos pacientes, ficou evidenciado que do total de 286 nos registros, apenas cinco (2%) continham todas as informações contempladas, como nome completo, número do registro, enfermagem e número do leito. A única variável frequentemente omitida foi o número do registro do paciente na instituição, ausente em 281 (98%) prescrições. Apenas um registro (0,3%) não continha o dia da prescrição e dois registros (1%) não mencionaram o número do leito.

AUSÊNCIA DE DADOS DO MEDICAMENTO (ITEM 6)

Na Tabela 2 estão descritos os dados faltosos relativos à medicação prescrita; nota-se que os itens de maior frequência foram relativos à ausência da determinação da forma farmacêutica (ampola, comprimido, frasco ampola, frasco) e omissões do nome do fármaco insulina NPH (NPH), soro fisiológico

(SF), soro glicosado (SG), nebulização (NBZ), oxigênio (O₂) e do horário e/ou frequência de administração.

Tabela 2 - Distribuição das frequências referentes à ausência de dados do medicamento detectados nos prontuários das clínicas médicas I, II e cirúrgica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe, 2012

Variáveis com ausência de dados	Clínica Médica I		Clínica Médica II		Clínica Cirúrgica	
	n(116)	%	n(95)	%	n(75)	%
Nome do fármaco	116	100%	79	83%	72	96%
Forma farmacêutica	116	100%	92	98%	73	97%
Dosagem	41	35%	57	69%	36	48%
Via de administração	32	28%	37	39%	28	29%
Horário/frequência de administração	113	97%	88	93%	57	76%

REGISTRO DO HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO

Quanto às informações referentes ao registro do horário de administração do medicamento, verificou-se que grande parte encontrava-se completa e legível, sendo que no item de ausência ou erro do registro a unidade com maior percentual foi a Clínica cirúrgica, seguida pelas Clínicas Médicas I e II. Em relação a rasuras no registro do horário, apesar das poucas ocorrências, detectou-se que o maior índice desse item ocorreu em prescrições da Clínica Médica I, seguida das Clínicas cirúrgica e médica II (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição da frequência segundo o registro do horário da administração, detectados nos prontuários das Clínicas médicas I, II e cirúrgicas, do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe, 2012

Registro do horário da administração	Ausência ou erro do registro		Rasura no registro	
	n	%	n	%
Clínica Médica I (n=116)	12	10%	5	4%
Clínica Médica II (n=95)	17	17%	3	3%
Clínica Cirúrgica (n=75)	14	19%	3	4%

SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

No que diz respeito às informações referentes a siglas e/ou abreviaturas no medicamento, revelou-se mais frequência dessa ocorrência no item via de administração, seguida das variáveis dosagem, forma farmacêutica e siglas e/ou abreviaturas, entre as principais (Tabela 4).

No uso de siglas e abreviações no nome do medicamento foram encontradas algumas não comuns ou não padronizadas, a saber: SMT, TMP, HTZ, HNF, IR. Essas continuaram sem entendimento de seu significado na prescrição.

Referente às siglas e abreviações nas vias de administrações medicamentosas, citando as mais frequentes, verificou-se uma variedade das mais diferentes formas, desde as mais usadas, por consenso público, como: VO, IV, IM, SC, NBZ e SNE em relação à administração via enteral. No que diz respeito à dosagem, foram encontradas variadas siglas e/ou abreviações, entre elas CP (comprimido), CAP (cápsula), COMP (comprimido) e AMP (ampola). Da mesma maneira foram observadas descrições não padronizadas como SOS (administrar medicações se necessário), ACM (a critério médico), D4/12 (ex. o quarto dia entre os 12 dias preconizados para tratamento) e CX (caixa).

Tabela 4 - Distribuição da frequência segundo siglas e/ou abreviaturas detectadas nos prontuários das unidades de Clínicas médicas I, II e cirúrgica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe, 2012

Siglas/abreviaturas	Clínica Médica I		Clínica Médica II		Clínica Cirúrgica	
	n (116)	%	n (95)	%	n (75)	%
Medicamentos	78	67%	90	95%	48	64%
Via de administração	116	100%	95	100%	73	97%
Forma farmacêutica	102	88%	86	91%	59	79%
Dosagem	116	100%	95	100%	73	97%
Outros	114	98%	82	86%	51	47%

ALTERAÇÕES E/OU SUSPENSÃO DO MEDICAMENTO, RASURAS NA DOSE E ILEGIBILIDADE DO MEDICAMENTO (ITENS 9,10 E 11)

As alterações e/ou suspensões dos medicamentos apresentaram maior percentual na unidade de Clínica Médica I. No que se refere às rasuras nas doses e à ilegibilidade do medicamento, a Unidade de Clínica Cirúrgica foi a que obteve maior índice (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição das frequências quanto a alterações e/ou suspensões dos medicamentos, rasuras na dose, ilegibilidade do medicamento detectada nos prontuários das Clínicas médicas I, II e cirúrgica, do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe, 2012

Variáveis analisadas	Clínica Médica I		Clínica Médica II		Clínica Cirúrgica	
	n (116)	%	n (95)	%	n (75)	%
Alterações e/ou suspensões dos medicamentos	73	63%	26	27%	15	20%
Rasuras na dose	13	11%	6	6%	9	12%
Ilegibilidade do medicamento	1	1%	1	1%	4	5%

DISCUSSÃO

Inadequações nas prescrições medicamentosas, evidenciadas por meio deste estudo, revelam que o processo da terapia medicamentosa no HU apresenta fragilidades, tornando-se uma ação insegura realizada pelos profissionais envolvidos. Esse fato, alertado pela comunidade científica, necessita de ações para a revisão e adequação aos padrões estabelecidos pelos órgãos competentes, fazendo com que o sistema de medicação se torne seguro, eficiente, que contribua para a redução de erros e que ofereça melhor qualidade na assistência da terapia medicamentosa.^{13, 19, 20, 21}

Uma das inadequações abordadas no presente estudo refere-se ao tipo de prescrição, tendo em vista que foi evidenciada a inexistência de padronização desse procedimento. Esse fato pode ser justificado pela ausência de um sistema eletrônico, bem como normas e protocolos estabelecidos que normem a prática dos profissionais médicos na instituição.

No que diz respeito às prescrições manuscritas, a ilegibilidade dificulta a interpretação dos dados, o que favorece a ocorrência de erros e perdas de tempo pela equipe.²² Segundo estudo realizado em quatro hospitais brasileiros, identificou-se que um dos fatores que contribuem para a redução e prevenção de erros de medicação é a abolição de registros manuscritos. A substituição por um sistema eletrônico de prescrição fornece uma informação totalmente completa, concisa e, por conseguinte, mais segura.^{13,23}

É relevante ressaltar que no HU não há um sistema de prescrição eletrônica, porém, quando se faz necessário realizar alterações nos registros em prescrições digitadas, estes são feitos manualmente, o que justifica a porcentagem de 38,7% de prescrições apresentando ambas as formas na Clínica médica I, acompanhada de 21% na Clínica médica II e 6,6% na Clínica cirúrgica.

No que se refere aos dados de identificação dos pacientes, a ausência do número do registro foi predominante na grande maioria das prescrições. Semelhantes resultados foram encontrados em pesquisa em um hospital de ensino pediátrico, no qual o número do registro dos pacientes estava ausente em 41,0% da amostra.²⁴ É essencial que o número do registro e as demais informações relativas à identificação estejam especificados nas prescrições, pois há possibilidade de que, em uma mesma enfermaria, existam pacientes com o mesmo nome ou com nomes semelhantes, incorrendo, dessa forma, na possibilidade de administração do medicamento, pela equipe de enfermagem, ao paciente errado.^{21,25}

Quanto à data nos registros, essa variável foi encontrada em quase todas as prescrições analisadas, fato relevante e favorável, pois se trata de uma informação que garante a validade da prescrição nas 24 horas, permitindo assim a análise e a avaliação da necessidade de continuação ou não do tratamento dentro de determinado período de tempo.²⁶

Constatou-se que, na ausência de dados do medicamento, existiu mais frequência nos achados referentes à forma farmacêutica, seguido pela ausência do nome do fármaco e do horário e/ou frequência correta de administração.

A ausência de dados do medicamento também pode interferir durante o processo da preparo e administração das medicações. Em situações como essa, a integração entre os prescritores e a equipe de enfermagem tem grande relevância, pois o papel da enfermagem encontra-se fortemente inserido nessa rotina. É também de fundamental importância que toda a equipe possua habilidades técnicas e esteja atualizada acerca de novos conhecimentos sobre os fármacos e sua correta administração.²⁷

Estudo realizado em um hospital universitário de Fortaleza-CE com 167 prescrições apurou ausência da forma farmacêutica em 48,6% dos registros. O resultado se repetiu em 46,8% das 1.800 prescrições analisadas em uma pesquisa feita em uma unidade básica de saúde do município de Aracaju-SE. Sabe-se que é essencial que, na prescrição, venha discriminada a forma farmacêutica (como, por exemplo: comprimido, ampolas, cápsula, envelope, entre outras). Assim, evita-se que o profissional responsável por essa etapa tenha dúvidas ou prepare e administre o medicamento de forma incorreta.^{21,28}

Quanto à ausência da via de administração, foi encontrada prevalência de 24,2% em pesquisa realizada em uma unidade de internação pediátrica. A alta prevalência de ausência da via pode predispor à administração da medicação por a via equivocada. Da mesma forma, é importante que o esquema do horário para a administração seja individualizado para cada paciente, também devendo constar na prescrição a frequência de forma clara e correta e o tempo do tratamento medicamentoso.^{19,26}

Em relação ao registro do horário de administração pela equipe de enfermagem, o estudo revelou que na maioria dos casos os mesmos estavam completos e legíveis. Em sintonia, pesquisa realizada em cinco hospitais brasileiros, com o total de 1.084 prescrições analisadas, demonstrou que os registros dos horários de administração estavam incompletos (7,8%), rasurados (4,8%) e ilegíveis (2,1%).⁶ Vale ressaltar que omissão ou erro na prescrição pode levar à equipe de enfermagem problemas no cálculo ou omissão da dose, podendo ocasionar reações iatrogênicas aos pacientes ou ineficiência no tratamento.^{3,24}

Achado positivo no estudo foi a baixa frequência de ilegibilidade e de rasuras nos itens referentes à medicação, quando comparado a outros estudos. Em pesquisa realizada em três unidades de internação ficou evidenciada predominância de 73% de itens ilegíveis no total de 808 registros. Tais irregularidades são consideradas risco à segurança do paciente, pois podem levar a confusão nas informações contidas na prescrição. A subjetividade da avaliação desse dado causa dificuldade em sua mensuração, tendo em vista que depende tanto de fatores individuais quando de fatores ambientais.²⁶

Sob essa ótica, a legislação brasileira estabelece que a prescrição hospitalar deva ter legibilidade e ser completa, constando nome do medicamento, via de administração, assinatura legível e número do registro do médico prescritor, dados completos do paciente e data atualizada.²⁹

Embora a administração de medicamentos seja um ato rotineiro e até mesmo mecânico, é possível haver ações equivocadas, fazendo com que os erros estejam presentes. Esse fato pode ser iniciado a partir de prescrição médica incompleta e ilegível, dispensação incorreta do medicamento pelo serviço de farmácia ou sobrecarga de tarefas da equipe de enfermagem, este último podendo favorecer a não observação dos “cinco certos”, os quais, quando utilizados assiduamente, possibilitam a redução de erros na administração dos medicamentos.³⁰ Com o intuito de aumentar a segurança na administração de medicamentos, estudos mencionam a verificação dos “nove certos” a saber: medicação certa, paciente certo, dose certa, via certa, hora certa, registro certo, ação certa, forma farmacêutica certa, monitoramento certo.^{31,32}

Por outro lado, é preciso considerar a necessidade de um processo de comunicação eficaz entre todos os profissionais envolvidos, atitude que garante mais segurança ao paciente durante a terapia medicamentosa. Quando essa prática não é efetiva, pode resultar em erros e possível atraso na recuperação do paciente.²⁴

Quanto ao uso de siglas ou de abreviações nas prescrições médicas, cabe salientar que na instituição em estudo não há padronização dessas variáveis, o que levou a significativa amostra dos resultados encontrados, sendo evidenciado em todas as prescrições o uso de abreviações no nome do medicamento, na via de administração, na forma farmacêutica, na dosagem, entre outros.

Em artigo publicado sobre o uso das abreviações, os autores afirmam que pode levar a erros, visto que a dificuldade na leitura pode ser mal-interpretada, devendo essa ação ser restrita às siglas padronizadas pelo hospital. Contrariamente a essa posição, alguns autores defendem que se deve evitar a abreviação das formas farmacêuticas, por citar alguns exemplos como “comp” para comprimidos, “amp” para ampolas e similares, de via de administração (VO para via oral ou IV para intravenosa, etc.), das quantidades (como caixa, cx) e, principalmente, das unidades de medida, tais como UI para unidades internacionais.^{21,26}

Esse tipo de linguagem pode levar a erros de medicação, devido ao fato de alguns profissionais não possuírem familiarização com o seu significado ou, ainda, no caso de unidades, haver confusão na leitura, causando erros na dosagem administrada com consequências até mesmo fatais.^{19,21}

Alterações ou suspensão de medicamentos foi outro problema levantado pela pesquisa, visto que apresentaram frequências elevadas nas prescrições. É importante destacar que muitas vezes é necessário fazer algumas alterações e/ou suspensões nas prescrições, devido à falta de algum medicamento

ou por reações adversas do fármaco. Apesar deste estudo não ter avaliado se houve ou não comunicação formal quanto à mudança de prescrições, estudos revelam que, frequentemente, durante essas modificações a falta de comunicação efetiva para a equipe de enfermagem pode resultar em erros e ocasionar danos irreversíveis à saúde do paciente.^{19, 20, 22}

Os erros podem ser cometidos por qualquer profissional durante qualquer etapa desse processo e as suas causas são múltiplas. Cita-se como exemplo o estudo realizado por MacLeod *et al.* (2015)²⁷, no qual identificaram elevadas médias de interrupções e distrações por horas durante o processo de medicação, tendo como consequências erros de medicações. Assim, sugerem a implantação de barreiras contra esses eventos, sendo elas: otimização dos sistemas de medicação; gerenciamento das interrupções e distrações durante o preparo e administração de medicamentos; e o envolvimento do paciente em sua terapia medicamentosa.

Porém, a prevenção dos erros se dá pelo esforço conjunto da equipe interdisciplinar, antes e durante o uso da medicação, bem como durante a avaliação de seus efeitos.²⁷ Uma das práticas recomendadas é a verificação sistemática das competências para diminuir erros no processo de medicação. Essa ação melhora tanto as habilidades teóricas quanto as práticas de todos os profissionais envolvidos.³²

Uma das limitações deste estudo foi o número reduzido nos dias de coleta, pois uma amostra maior poderia modificar os achados, apesar de não haver grande rotatividade de prescritores e pacientes nas unidades pesquisadas. Outra limitação é que apenas foram analisados os registros referentes à terapia medicamentosa contidos nas prescrições médicas. Dessa forma, não foi possível verificar se houve problemas com legibilidade e conteúdo da prescrição ou com a seleção incorreta do medicamento. Assim, para preencher essa lacuna, seriam necessários outros tipos de estudos para responder a essas questões.

CONCLUSÃO

Mediante os resultados apresentados, nota-se que a prescrição de medicações no local estudado revelou-se frágil e com riscos à segurança do paciente, necessitando urgentemente da implantação de medidas preventivas e corretivas junto a todos os profissionais envolvidos na terapêutica medicamentosa, garantindo, assim, assistência de qualidade.

Como a responsabilidade da terapêutica medicamentosa é multiprofissional, faz-se necessário que a prescrição não seja vista apenas como um documento, mas também como um instrumento de comunicação entre esses profissionais, minimizando os erros e tornando a terapia medicamentosa uma prática segura.

Percebe-se, portanto, a necessidade da construção de normas e protocolos institucionais, além de ações de educação em

serviço e medidas de conscientização dos prescritores quanto à importância da prescrição completa.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Caderno Humaniza SUS. Volume 3. Atenção Hospitalar. Séries B. Textos Básicos de Saúde. Brasília-DF: MS; 2011. [Citado em 2013 out. 12]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvsm/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf.
2. Montesi G, Lechi A. Prevention of medication errors: detection and audit. *Br J Clin Pharmacol*. 2009; 67(6):651-5.
3. Gimenes FRE, Teixeira TCA, Silva AEBC, Optiz SP, Mota MLS, Cassiani SHB. Influência da redação da prescrição médica na administração de medicamentos em horários diferentes do prescrito. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22(4):380-4.
4. Bohomol E. Medication errors: descriptive study of medication classes and high-alert medication. *Esc Anna Nery*. 2014;18(2):311-6. [Citado em 2013 out. 12]. Disponível em: <file:///C:/Users/Ligia/Downloads/Erros%20de%20medica%C3%A7%C3%A3o-%20estudo%20descritivo%20das%20classes%20dos%20medicamentos%20e%20medicamentos%20de%20alta%20vigil%C3%A2ncia.pdf>
5. Flynn L, Liang Y, Dickson GL, Xie M, Suh DC. Nurses practice environments, error interception practice, and inpatient medication errors *J Nurs Scholarsh*. 2012 Jun; 44 (2):180-6.
6. European Commission. Patient safety and quality of healthcare. Special Eurobarometer 327. Brussels: Eurobarometer, Special; 2010.
7. Ordem dos Enfermeiros. A enfermagem conta. Erros de medicação. Tradução do original: Ordem dos Enfermeiros. A enfermagem conta. Erros de medicação. In: Tradução do original. International Council of Nurses (AMT/AM). "Nursing Matters- Medication erros" [Citado em 29 jun 2015]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri_documentoacao/Newsletter/enfermagemconta_erros_na_medicao.pdf
8. Cook AF, Hoas H, Guttmannova K, Joyner JC. An error by any other name. *Am J Nurs*. 2004 jun; 104(6):32-43; quiz 44.
9. James A. New Evidence-based Estimate of Patient Harms Associated with Hospital Care. *J Patient Safety*. Sept 2013; 9(3):122-8.
10. Anacleto TA, Rosa MB, Neiva HM, Martins MAP. Erros de medicação. *Pharmacia Hospitalar*. 2010 jan/fev: 1-24. [Citado em 2013 out. 12]. Disponível em: http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/124/encarte_farmaciahospitalar.pdf
11. Fontan JE, Maneglier V, Nguyen VX, Loirat C, Brion F. Medication errors in hospitals: computerized unit dose drug dispensing system versus ward stock distribution system. *Pharm World Sci*. 2003; 25(3):112-7.
12. World Health Organization. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.1. Final Technical Report. Chapter 3. The International Classification for Patient Safety. Key Concepts and Preferred Terms. Geneva: WHO; 2009 [Citado em 2015 jun. 15]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_chapter3.pdf
13. Miaso AI, Silva AEBC, Cassiani SHB, Grou CR, Oliveira RC, Fakh FT. O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. *Rev Latino-Am Enferm*. 2006; 14(3): 354-63.
14. Winterstein AG, Thomas E, Rosenberg EI, Hatton RC, Gonzalez RR, Kanjanarat P. Nature and causes of clinically significant medication errors in a tertiary care hospital. *Am J Health Syst Pharm*. 2004; 61(18):1908-16.
15. Abreu CCF, Rodrigues MA, Paixão MPB. Erros de medicação reportados pelos enfermeiros da prática clínica. *Rev Enferm Refer*. 2013 jul; III Série (10):63-8. [Citado em 2015 jun. 29]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/R111301>
16. Teixeira TCA, Cassiani SHB. Análise de causa raiz: avaliação de erros de medicação em um hospital universitário. *Rev Esc Enferm USP*. 2010 Mar; 44(1):139-46. [Citado em 2015 jul. 08]. Disponível em: <http://www.scielo>

- br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100020&lng=pt.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000100020>.
17. Roque KE, Melo ECP. Avaliação dos eventos adversos a medicamentos no contexto hospitalar. *Esc. Anna Nery* [online]. 2012; 16(1):121-7. [Citado em 2015 maio 04]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a16.pdf>
 18. Smeulers M, Verweij L, Maaskant JM, de Boer M, Krediet CTP, Nieveen van Dijkum EJM et al. Quality Indicators for Safe Medication Preparation and Administration: A Systematic Review. *PLoS ONE*. 2015; 10(4):e0122695. [Citado em 2015 jul. 06] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4401721/>
 19. Gimenes FRE. A segurança de pacientes na terapêutica medicamentosa: análise da redação da prescrição médica nos erros de administração de medicamentos em unidades de clínica médica [tese de mestrado]. Ribeirão Preto (SP): Departamento de Pós-graduação de enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007. [Citado em 2012 maio 04]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-13112007-155334/pt-br.php>
 20. Miasso AI, Grou CR, Cassiani SHB, Silva AEBC, Fakh FT. Erros de medicações: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40(4):524-32.
 21. Souza JMC, Thomson JC, Catisti DG. Avaliação de prescrições medicamentosas de um hospital universitário brasileiro. *Rev Bras Edu Med*. 2008; 32(2):188-96.
 22. Santana JCB, Sousa MA, Soares HC, Avelino KSA. Fatores que influenciam e minimizam os erros na administração de medicamentos pela equipe de enfermagem. *Enferm Rev*. 2012 jan/abr; 15(1):122-37.
 23. Institute for Safe Medication Practices. List of error-prone abbreviations, symbols and dose designations. *ISMP Medicat Safety Alert*. 2003; 8(24):3-4.
 24. Araújo PTB, Uchôa SAC. Avaliação da qualidade da prescrição de medicamentos de um hospital de ensino. *Rev Cienc Sal Col*. 2011; 16(1):1107-14.
 25. Mendes W. Avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospital no Brasil [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo; 2005. [Citado em 2012 maio 04]. Disponível em: bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=1080
 26. Aguiar G, Silva Júnior LA, Ferreira MAM. Ilegibilidade e ausência nas prescrições médicas: fatores de risco relacionados a erros de medicação. *Rev Bras Promoção Saúde*. 2006; 10(02):84-1.
 27. Macleod M, Barber N, Franklin BD. Facilitators and Barriers to safe medication administration to hospital inpatients: a mixed methods study of nurses' medication administration processes and systems (the MAPSstudy). *PLoS One*. 2015 Jun 22; 10(6):e0128958.
 28. Junior DPL, Prado MCTA, Abriata JP, Pelá IR. As prescrições médicas como causadoras de risco para problemas relacionados com os medicamentos. *Rev Pharm Prac*. 2004; 2(2):86-6.
 29. Brasil. Lei n. 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília*, 19 dez 1973.
 30. Cassiane SHB. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. *Rev Bras Enferm*. 2005 jan/fev; 58(1):95-9.
 31. Elliot M, Liu Y. The nine rights of medication administration: an overview. *Br J Nurs*. 2010 Mar 11-24; 19(5):300-05.
 32. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Você sabia que pode colaborar para um cuidado mais seguro e com qualidade nos serviços de saúde? Brasília, DF: ANVISA; 2012 [Citado em 2015 jun. 22]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/anvisa+portal/anvisa/sala+de+imprensa/menu++noticias+anos/2012+noticias/pacientes+poderao+contri>.
 33. Sneek S, Isola A, Saarnio R. Nurses' perceptions of verification of medication Competence. *J Nurse Educ Pract*. 2015;5(6):DOI: 10.5430 [Citado em 2015 jun. 29]. Disponível em: www.sciencedirect.com/journal/jnep.