



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA**

ALANA GLEYCE DE MELO ALVES

**AVALIAÇÃO DE ERROS EM PRESCRIÇÕES MÉDICAS, BASEADO NO
PROTOCOLO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL**

CAMPINA GRANDE – PB

2014

ALANA GLEYCE DE MELO ALVES

**AVALIAÇÃO DE ERROS EM PRESCRIÇÕES MÉDICAS, BASEADO NO
PROTOCOLO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Farmácia.

Orientador (a): **Prof^a Dr^a Patrícia
Trindade Costa Paulo**

CAMPINA GRANDE – PB

2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

A474a Alves, Alana Gleyce de Melo.
Avaliação de erros em prescrições médicas, baseado no protocolo do Ministério da Saúde – Brasil [manuscrito] / Alana Gleyce de Melo Alves. - 2014.
21 p.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2014.
"Orientação: Profa. Dra. Patrícia Trindade Costa Paulo, Departamento de Farmácia".

1. Prescrição de medicamentos. 2. Medicamentos. 3. Protocolo MS. I. Título.

21. ed. CDD 615.1

ALANA GLEYCE DE MELO ALVES

**AVALIAÇÃO DE ERROS EM PRESCRIÇÕES MÉDICAS, BASEADO NO PROTOCOLO
DO MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Graduação em Farmácia da
Universidade Estadual da Paraíba, em
cumprimento à exigência para obtenção do
grau de Bacharel em Farmácia.

Aprovada em 01-12-14



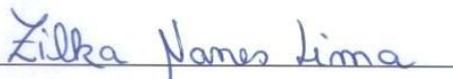
Profª Drª Patrícia Trindade Costa Paulo / UEPB

Orientadora



Prof. Dr. Thulio Antunes de Arruda / UEPB

Examinador



Profª MSc. Zilka Nanes Lima

Examinadora

DEDICATÓRIA

Dedico a Deus por sua infinita bondade e misericórdia. A minha mãe, Jocelma, e a família pelo estímulo e confiança sempre.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ter me dado a graça de conseguir realizar esse sonho.

À minha tão amada mãe, **Jocelma de Melo Silva**, que me dedicou tanto amor e se esforçou tanto para sempre realizar os meus maiores desejos, ela que é meu espelho, a razão de eu nunca desistir.

Ao meu irmão, **Cristian Jefferson de Melo Costa**, por todos os conselhos, pelo apoio e por sempre acreditar que eu sou capaz.

À minha família, tios, tias, primos e primas, que em meio a vários desentendimentos, mesmo assim estavam na arquibancada torcendo pela minha vitória.

À minha querida avó, **Severina de Melo Silva**, que mesmo não estando mais presente, fez parte do início dessa história e sempre acreditou e me impulsionou a lutar pelos meus sonhos.

Aos **mestres** por toda dedicação e conhecimento transferido.

À Professora Dr^a **Patrícia Trindade Costa Paulo**, minha orientadora, por ter sido paciente e dedicada, que tanto me ensinou e me ajudou nessa conquista.

Aos professores Dr. **Thulio Antunes de Arruda** e MSc. **Zilka Nanes Lima**, por terem aceitado participarem da minha banca examinadora, com tanto carinho e atenção.

Ao meu amor, noivo e melhor amigo, **Felipe Augusto**, que tanto me apoia e me incentiva a sempre querer ir mais longe e alcançar meus objetivos.

Aos amigos, que me proporcionaram os momentos mais lindos da minha vida, por serem companheiros e nunca me deixarem sozinha quando eu precisei. Em especial **Bruna Pereira** e **Malu Reis**, sem vocês eu tenho certeza que não teria conseguido chegar aqui. **Fabiana Moura**, **Regina Cecília** e **Janayna Queiroz**, vocês tem papel fundamental nessa história, fazem partes de todos os momentos importantes da minha vida e agora não poderia ser diferente.

Enfim, a todos que de alguma maneira torceram por mim. Essa vitória também é de vocês.

AVALIAÇÃO DE ERROS EM PRESCRIÇÕES MÉDICAS, BASEADO NO PROTOCOLO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL

ALVES, Alana Gleyce de Melo

PAULO, Patrícia Trindade Costa

RESUMO

Introdução: A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que aproximadamente 50% de todas as prescrições de medicamentos possuem algum tipo de erro que pode induzir a problemas posteriores aos usuários, sendo necessária uma avaliação precisa e segura, pelo profissional farmacêutico, das prescrições que recebem em seu estabelecimento, antes de realizar a dispensação. **Objetivo:** Esse trabalho objetivou avaliar as prescrições médicas de pacientes em um Hospital Municipal de Campina Grande, tomando como base, um Protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde em 2013. **Metodologia:** Foi realizado um estudo transversal, descritivo e prospectivo, aplicando um formulário que analisou itens como a posologia, via de administração, legibilidade, e o cumprimento de procedimentos legais e institucionais dentre outros. Este foi aplicado por um período de 60 dias, nos meses de setembro e outubro de 2014, na ala dos pacientes cirúrgicos, masculinos e femininos. Os dados foram analisados de acordo com uma estatística descritiva simples, e apresentados através de tabelas. **Resultados:** Avaliou-se 342 prescrições, 8 (2,4%) tinham a identificação completa do paciente, e em 334 (97,6%) tinham a identificação incompleta; das 342 prescrições, 200 (58,5%) eram legíveis e 142 (41,5%) eram ilegíveis; e 317 (92,7%) prescrições apresentaram a descrição da posologia, 4 (1,2 %) não apresentaram e 21 (6,1%) estavam incompletas, pois alguns medicamentos não continham a frequência. Em todos os itens avaliados, foi encontrado algum tipo de erro, de maneira que nenhuma prescrição esteve 100% correta com relação aos itens do Protocolo. **Conclusão:** Com os resultados obtidos, observa-se que será necessário realizar uma intervenção que venha a minimizar esses erros, através de treinamentos e orientações ao Corpo Clínico, mostrando a necessidade da padronização no processo de prescrição, para que os pacientes não venham a sofrer danos no uso dos seus medicamentos.

PALAVRAS-CHAVE: Erros de prescrições médicas. Avaliação. Protocolo MS.

alana_gleyce_@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, os eventos adversos no processo de assistência à saúde são frequentes. Em resposta a esse preocupante quadro, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou, em 2004, o programa Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, que conclama todos os países-membros a adotarem medidas para assegurar a qualidade e segurança da assistência prestada nas unidades de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A prescrição médica intra-hospitalar é uma etapa dentro de um complexo processo de fornecimento de medicamentos, sendo apontada como uma das principais fontes de erros inesperados na evolução do tratamento de pacientes internados (PAZIN-FILHO et. al., 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que aproximadamente 50% de todas as prescrições possuam algum tipo de erro que pode induzir a problemas posteriores aos usuários. Por este motivo, é necessária uma avaliação precisa e segura, pelo profissional farmacêutico, das prescrições que recebem em seu estabelecimento, antes de efetuar a dispensação. Uma publicação sobre erros de medicação considerou o nível e as consequências desses eventos inaceitáveis, e registra que cada paciente internado em hospitais americanos está sujeito a um erro de medicação por dia. Os erros de prescrição são os mais sérios dentre os que ocorrem na utilização de medicamentos. (CRF-PA, 2014; ROSA et. al., 2009).

A incorporação de princípios para reduzir erros humanos minimizando os lapsos de memória, promovendo acesso a informações sobre os medicamentos e desenvolvendo padrões internos de treinamento reduz a probabilidade de falhas e aumenta a chance de interceptá-las antes de resultar em prejuízo ao paciente. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Nesse sentido, é que realizamos esta pesquisa, para identificar os erros de prescrições médicas e para que haja o acompanhamento das práticas profissionais em todas as etapas do processo que envolve o medicamento.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Apesar dos inquestionáveis avanços em todas as áreas da medicina, um antigo problema continua estreitando e ameaçando os profissionais de saúde: a ocorrência de erros. Entretanto, como a maioria dos erros médicos está relacionada ao uso de medicamentos, eles podem, muitas vezes, ser evitados (CARVALHO et. al., 2002).

A prescrição é a primeira etapa do processo, sendo o médico o responsável pela sua execução, no caso da prescrição hospitalar. Por sua vez, a prescrição é também a finalização de outro processo essencialmente médico, que parte da coleta de dados, elaboração de uma hipótese diagnóstica e determinação de um planejamento terapêutico. A Prescrição é a transcrição do planejamento terapêutico, no formato de comandos, a serem executados pela equipe de apoio no tratamento do paciente (PAZIN-FILHO et. al., 2013).

Os medicamentos ocupam um lugar predominante no sistema de saúde e no tratamento de doenças. A alternativa para a busca da cura é, para muitos, a utilização de medicamentos. Aproximadamente 88% dos pacientes que procuram o serviço profissional do médico recebem hoje prescrições de medicamentos. Dados do relatório do Instituto Americano de Medicina denominado (*Err is human*) publicado em 2000 mostrou que os erros devido aos medicamentos ocasionam cerca de 7.391 mortes anuais de americanos nos hospitais, e mais de 10.000 mortes em instituições ambulatoriais, aproximadamente 50% desses erros terão relação à falta de informação sobre a correta dose; os outros a erros na frequência e na via de administração (BATES et. al., 2000).

Os erros relacionados aos medicamentos estão divididos nas etapas de prescrição, dispensação e administração, sendo que todas estas fases suscetíveis a erros. No entanto, um estudo mostrou que 72% dos erros de medicação foram iniciadas durante a prescrição, seguidos pela administração (15%), dispensação (7%) e transcrição (6%). (GIMENES et. al., 2006).

Estudo realizado nos Estados Unidos da América revela que cada paciente internado em hospital norte-americano está sujeito a um erro de medicação por dia, sendo registrados anualmente, nessas instituições, no mínimo 400.000 eventos adversos evitáveis relacionados a medicamentos. Esses eventos adversos podem

verificar-se em todas as etapas da cadeia terapêutica e sua ocorrência aumenta consideravelmente os custos do sistema de saúde (GIMENES et al., 2006).

Estimativas norte-americanas indicam que em 1997, 7.000 pacientes hospitalizados tiveram reações adversas fatais aos medicamentos. Atualmente, em cada 100 admissões nos hospitais, há 6,5 eventos adversos à medicação e 5,5 eventos potenciais, sendo 28% desses evitáveis. Pacientes que sofreram de eventos adversos às medicações tiveram aumento na estadia hospitalar de 2 dias e um custo aumentado na internação de mais de 2.000 dólares (CASSIANI, 2004).

No Brasil, pesquisa bibliográfica realizada na base de dados PubMed em 10 de abril de 2013, utilizando os termos “medication errors” e “Brazil” encontrou 74 artigos publicados entre 1978 a 2012, sendo 66 deles em instituições hospitalares e 08 em estabelecimentos de saúde não hospitalares. Esses dados revelam a necessidade de maior estímulo à pesquisa e publicação nacional nesse importante campo de investigação como forma de conhecer a situação da segurança do uso de medicamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Atualmente, incidentes relacionados a erros médicos vêm ganhando grande importância, sendo discutidos com frequência e ênfase na mídia tecnológica, tornando-se presença constante e tópico preferido nas manchetes sensacionalistas. Ainda assim, os casos que se tornam de conhecimento público representam apenas a ponta de um imenso *iceberg*, pois a maioria dos erros médicos não produz consequências perceptíveis aos pacientes e aos profissionais de saúde, sendo percebidos como incidentes não usuais e isolados (CARVALHO et al., 2003).

O número de pacientes que sofrem danos à saúde devido aos medicamentos continua sendo um problema, e está claro que os eventos adversos aos medicamentos parecem representar uma epidemia. O Institute of Medicine (IOM), em 1999, afirmou que morrem, anualmente, cerca de 44.000 a 98.000 americanos devido a erros médicos e 7.000 devido aos erros de medicação. Desde então, muitos estudos têm sido desenvolvidos com o intuito de minimizar os erros, visando a qualidade da assistência prestada aos pacientes e a sua segurança (GIMENES et al., 2006).

Erro na administração de medicamento é uma discrepância entre a terapia medicamentosa recebida pelo paciente pelos enfermeiros, fornecida pelo farmacêutico e a terapia planejada pelo médico e por outros profissionais prescritores. Os erros podem ser classificados em cinco tipos: erros relativos à

prescrição, estocagem dos medicamentos, à informação/comunicação ao paciente, à administração e aos aspectos gerais envolvidos na ocorrência de erros ao ministrar um medicamento. No que se refere aos erros relativos ao paciente, inclui-se também, as falhas ao identificar o mesmo (MIASSO et. al., 2000).

Diante da possibilidade de prevenção dos erros de medicação e do risco 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.

As prescrições, quanto ao tipo, classificam-se como:

- Urgência/emergência: quando indica a necessidade do início imediato de tratamento. Geralmente possui dose única;
- *Pro re nata* ou caso necessário: quando o tratamento prescrito deve ser administrado de acordo com uma necessidade específica do paciente, considerando-se o tempo mínimo entre as administrações e a dose máxima;
- Baseada em protocolos: quando são preestabelecidas com critérios de início do uso, decurso e conclusão, sendo muito comum em quimioterapia antineoplásica;
- Padrão: aquela que inicia um tratamento até que o prescritor o interrompa;
- Padrão com data de fechamento: quando indica o início e fim do tratamento, sendo amplamente usada para prescrição de antimicrobianos em meio ambulatorial;
- Verbal: utilizada em situações de emergência, sendo escrita posteriormente, em decorrência, possui elevado risco de erros e deverá ser restrita às situações para as quais é prevista (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Há necessidade de se notificarem os erros de medicação para que se verifiquem suas causas, índices e consequências por parte das instituições hospitalares, uma vez que as taxas de erros representam matéria-prima para inúmeras investigações e constituem-se em indicadores para a melhoria do sistema hospitalar e da qualidade de assistência prestada ao paciente (SILVA et al., 2007).

Devem-se incluir estratégias como a padronização de processos, o uso de recursos de tecnologia da informação, educação permanente e, principalmente, o acompanhamento das práticas profissionais em todas as etapas do processo que envolve o medicamento. O protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, coordenado pelo Ministério da Saúde e ANVISA,

em parceria com FIOCRUZ e FHIOMEG, deverá ser aplicado em todos os estabelecimentos que prestam cuidados à saúde, em todos os níveis de complexidade, em que medicamentos sejam utilizados para profilaxia, exames diagnósticos, tratamento e medidas paliativas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Tipo de Pesquisa: Foi realizado um estudo transversal, descritivo e prospectivo.

População: As prescrições utilizadas foram de pacientes cirúrgicos, masculinos e femininos, no Hospital Municipal Pedro I, Campina Grande – PB, durante um período de 60 dias, nos meses de Setembro e Outubro.

Crítérios de Inclusão e Exclusão: Analisou-se a primeira prescrição após a cirurgia de cada paciente, ou seja, a prescrição do pós-operatório imediato, de todos os pacientes internos nesse período citado acima. As prescrições eram do tipo padrão.

Instrumento de Coleta de Dados: Foi aplicado um formulário (Apêndice), analisando itens como, legibilidade, via de administração, diluição, posologia, entre outros. Este formulário foi editado tendo como base o “Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de medicamentos”, estabelecido pelo Ministério da Saúde e ANVISA em parceria com FIOCRUZ e FHEMIG. Foram avaliados 10 itens, entre os que o protocolo estabelece contido na Portaria nº 2.097, de 24 de Setembro de 2013.

Procedimento de Coleta de Dados: Realizada diariamente, durante um período de 60 dias.

Processamento e Análise dos Dados: Os dados foram analisados através de uma estatística descritiva simples, de acordo com o que foi colhido nos formulários e dispostos em forma de tabelas.

Aspectos Éticos: Segue as diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), e foi submetido ao Comitê de Ética da UEPB, aguardando aprovação.

4 DADOS E ANÁLISE DA PESQUISA

Foram avaliadas 342 prescrições, no decorrer de 60 dias, na ala cirúrgica do Hospital Municipal Pedro I, todas as prescrições foram de pacientes em pós-operatório imediato, masculinos e femininos. Após o término da coleta de dados foram observados os resultados que vão ser citados abaixo.

4.1. Identificação do paciente, do prescritor e da instituição.

De acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, a identificação do paciente na prescrição hospitalar deve ser realizada em formulário institucional e conter, no mínimo, as seguintes informações: nome completo do paciente; número do prontuário ou registro do atendimento; leito; enfermaria/apartamento; e andar/ala. Percebe-se que a identificação dos pacientes na prescrição médica não está sendo bem aplicada de acordo com o protocolo, identificou-se que das 342 prescrições avaliadas, 334 (97,6%) tinham essa identificação incompleta, contendo apenas o nome do paciente, faltava data de nascimento, número do prontuário ou localização (enfermaria e leito), e 8 (2,4%) tinham a identificação completa (Tabela 1).

Com relação à identificação do prescritor, o protocolo do Ministério da Saúde estabelece que a prescrição deva possuir o nome do profissional prescritor, número do registro profissional e sua assinatura. Observou-se que na maioria das prescrições a identificação do prescritor é completa 281 (82,2%) continham todos os itens dessa identificação, 59 (17,2%) prescrições tinham a identificação incompleta, faltava algum tipo de identificação, as prescrições eram apenas rubricadas ou somente carimbadas e 2 (0,6%) prescrições estavam sem identificação do prescritor (Tabela 1).

De acordo com o protocolo de base para o estudo, deverá constar na prescrição, a identificação completa do estabelecimento de saúde (nome, endereço completo e telefone). Em 266 (77,8%) prescrições avaliadas, não havia identificação da instituição e em 76 (22,2%) tinham esta identificação (Tabela 1).

Tabela 1 – Avaliação de prescrições médicas quanto à identificação do paciente, do prescritor e da instituição.

	Sem			Prescrições
	Completa	Identificação	Incompleto	
Identificação do paciente	8 (2,4%)	-	334 (97,6%)	342 (100%)
Identificação do prescritor	281 (82,2%)	2 (0,6%)	59 (17,2%)	342 (100%)
Identificação da instituição	76 (22,2%)	266 (77,8%)	-	342 (100%)

4.2. Identificação da data da prescrição, legibilidade e uso de abreviaturas.

A data na prescrição é imprescindível para a dispensação e a administração dos medicamentos, assegurando que o indicado está baseado na avaliação médica do dia em que foi emitida a prescrição. Das 342 prescrições avaliadas, 282 (82%) apresentaram data e 60 (18%) não apresentaram data (Tabela 2), mesmo sendo um número menor, ainda é um índice expressivo, pois a supressão da data na prescrição está relacionada à ocorrência de vários erros de medicamentos, dentre eles, a permanência da utilização de medicamentos por tempo indeterminado.

Se ocorrer problemas na legibilidade da prescrição, a comunicação entre prescritor e paciente, tanto quanto a comunicação entre prescritor e demais profissionais de saúde, estará comprometida, o que pode ocasionar importantes erros de medicação, e até mesmo a troca de medicamentos com nomes parecidos. Nessa avaliação, das 342 prescrições, foram encontradas 200 (58,5%) legíveis e 142 (41,5%) prescrições ilegíveis, um número consideravelmente alto, pois esse é dos erros mais graves que podem ocorrer relacionados a prescrição, pode acarretar erros irremediáveis ao paciente (Tabela 2).

De acordo com o protocolo não é recomendado utilização de abreviaturas, mas a instituição hospitalar pode estabelecer uma lista de abreviaturas

padronizadas, para promover uma boa comunicação entre a equipe de saúde. O hospital em que foi realizada a análise, não possui uma lista de abreviaturas padronizadas, mas foram encontradas nas prescrições várias abreviaturas que são comumente utilizadas no meio hospitalar, com: VO (via oral), AD (água destilada), IM (intramuscular), SN (se necessário), EV (endovenoso), SC (subcutâneo), CC (centímetros cúbicos), HS (horas), GR (gramas), SG (soro glicosado), SF (soro fisiológico) e SRL (soro ringer lactato). Todas as prescrições, 342 (100%), continham algum tipo das abreviaturas citadas acima. (Tabela 2)

Tabela 2 – Avaliação de prescrições médicas quanto à data, legibilidade e uso de abreviaturas.

	Sim	Não	Total de prescrições
Identificação da data	282 (82%)	60 (18%)	342 (100%)
Legibilidade	200 (58,5%)	142 (41,5%)	342 (100%)
Uso de abreviaturas	342 (100%)	-	342 (100%)

4.3. Posologia – Frequência e concentração.

O protocolo afirma que é recomendado prescrever medicamentos com menor número de doses diárias, para maior comodidade do paciente, e menor risco de erro de administração. Facilitando também a adesão por parte do paciente ao tratamento. E deve ser prescrito o intervalo de tempo, a frequência, das doses dos medicamentos. Nesse item obteve-se um resultado satisfatório, 317 (92,7%) prescrições apresentaram a descrição da posologia, 4 (1,2 %) não apresentaram e 21 (6,1%) estavam incompletas, pois alguns medicamentos não continham a frequência.

Não devem ser utilizados os termos: colher, ampola, frascos entre outros. Mas se caso, forem utilizados deve estar acompanhado das quantidades e das informações necessárias para a dispensação e administração segura dos medicamentos. A concentração deve ser prescrita em g (gramas) mg (miligramas) e (mL) mililitros. Das 342 prescrições avaliadas, 109 (31,9%) apresentaram a concentração de forma correta, 94 (27,5%) não apresentavam a concentração dos medicamentos, 10 (2,9%) prescrições estavam incompletas de modo que alguns medicamentos estavam munidos da concentração e outros não, e 129 (37,7%) utilizaram os termos não permitidos pelo protocolo, já citados acima (Tabela 3).

Tabela 3 – Avaliação de prescrições médicas quanto à posologia

	Posologia			Total de prescrições
	Sim	Não	Incompleto	
Frequencia	317 (92,7%)	4 (1,2 %)	21 (6,1%)	342 (100%)
Concentração	109 (31,9%)	94 (27,5%)	10* (2,9%) 129** (37,7%)	342 (100%)

*Alguns medicamentos estavam munidos da concentração e outros não.

** Utilizaram os termos não permitidos pelo protocolo.

4.4. Diluição, velocidade de infusão e via de administração.

No caso de medicamentos de uso endovenoso, intramuscular, subcutâneo e, o protocolo estabelece que a prescrição deve conter informações sobre diluente (tipo e volume), com a finalidade de evitar incompatibilidades, perda ou diminuição da ação farmacológica dos medicamentos. Verificou-se que das 342, 222 (64,9%) das prescrições não apresentavam a diluição, em 39 (11,4%) apenas um medicamento, o tramal (cloridrato de tramadol) continha a diluição, possivelmente por ser um medicamento que se não for administrado com a diluição e velocidade correta trás efeitos adversos ao paciente, como náuseas, vômitos, cefaleia, entres outros, 79 (23,1%) estavam sem o volume de diluição e apenas 2 (0,6%) prescrições apresentaram prescrição da diluição correta (Tabela 4).

De acordo com o protocolo a velocidade de infusão na prescrição é indispensável e também as recomendações do fabricante do medicamento, para evitar a ocorrência de eventos adversos. Das 342 prescrições avaliadas, 334 (97,7%) não apresentavam a velocidade de infusão e em 8 (2,3%) prescrições tinham a velocidade de infusão incompleta, já que apenas o medicamento tramal (cloridrato de tramadol) apresentava essa identificação. (Tabela 4).

O protocolo também estabelece que a via de administração seja prescrita de forma clara, observando-se a via de administração recomendada pelo fabricante do medicamento. Se houver o uso de abreviaturas, devem ser restritas às padronizadas no estabelecimento de saúde. No hospital onde foi realizada essa avaliação não há lista de padronizações de abreviaturas, as encontradas nas prescrições para a via de administração, foram as mais usadas nos ambientes hospitalares, como: EV, VO, IM e SC. Nas prescrições avaliadas, 214 (63%) continham a via de administração, 22 (6%) não apresentaram, e em 106 (31%) prescrições alguns medicamentos tinham a via de administração e outros não (tabela 4).

Tabela 4 – Avaliação de prescrições médicas quanto a diluição, velocidade de infusão e via de administração.

	Sim	Não	Incompleto	Total de prescrições
Diluição	2 (0,6%)	222 (64,9%)	39* (11,4%) 79** (23,1%)	342 (100%)
Velocidade de infusão	-	334 (97,7%)	8 (2,3%)	342 (100%)
Via de administração	214 (63%)	22 (6%)	106 (31%)	342 (100%)

* Apenas um medicamento, o tramal (cloridrato de tramadol) continha a diluição.

** Sem o volume de diluição.

5 CONCLUSÃO

A partir da pesquisa realizada, chegamos às seguintes conclusões:

- ➔ Que todas as prescrições avaliadas apresentaram algum tipo de erro entre os itens avaliados.
- ➔ É necessária a padronização de abreviaturas no hospital, para que sejam utilizadas nas prescrições apenas abreviaturas estabelecidas por essa padronização, facilitando a comunicação entre o profissional prescritor e os demais profissionais de saúde.
- ➔ É necessária a criação de uma folha de prescrição padronizada com a identificação da Instituição e do paciente, e se possível informatizada.
- ➔ Existe a necessidade de um treinamento com o Corpo Clínico, enfatizando as falhas encontradas nestes itens abordados e ainda outros definidos pelo protocolo, para o aperfeiçoamento da prescrição, melhorando a evolução e a tratamento do paciente.
- ➔ Deve-se enfatizar a importância da atenção farmacêutica na dispensação do medicamento, e na detecção de erros em prescrições, principalmente no que se trata de frequência, via de administração, posologia, diluição e velocidade de infusão.

ABSTRACT

Introduction: The World Health Organization (WHO) estimated that approximately 50% of all drug prescriptions have some kind of error that can lead to further problems for users, a precise and safe is required, the pharmacist, the prescriptions they receive in their establishment, before performing the dispensation. **Objective:** This study aimed to evaluate the medical requirements of patients in a Municipal Hospital Campina Grande, based on a protocol established by the Ministry of Health in 2013. **Methods:** A cross-sectional, descriptive and prospective study, using a form which analyzed items such as dosage, route of administration, readability, and compliance with legal and institutional procedures among others. This was applied for a period of 60 days in September and October 2014, in the ward of surgical, male and female patients. Data were analyzed according to a simple descriptive statistics, and represented through tables from which it was obtained on the forms. **Results:** In all items, some kind of errors found, so that no prescription was 100% correct with respect to the protocol of the items chosen for this evaluation. **Conclusion:** It was expected to find several bug prescriptions, which was indeed found, it is now necessary to perform an intervention that will minimize these errors, through training and guidance to the Medical Staff, showing the need for standardizing the process of prescription so that patients will not be penalized in the use of their drugs.

KEYWORDS: Medical prescriptions errors. Evaluation. MS protocol.

REFERÊNCIAS

- BATES, D W.; GAWANDE, A A. Error in medicine: what we have learned? **Ann InternMed, Philadelphia**. 132(9):763-767, 2000.
- CARVALHO, M.; VIEIRA, A A. Erro médico em pacientes hospitalizados. **Jornal de Pediatria** - Vol. 78, Nº4, 2003.
- CARVALHO, V T.; CASSIANI, S H B. Erros na medicação e conseqüências para profissionais de enfermagem e clientes: um estudo exploratório. **Rev Latino-Am Enfermagem** julho-agosto; 10(4):523-9, 2002.
- CASSIANI, S H B.; **A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos**. Rev. Bras. Enferm. vol.58 no.1 Brasília Jan./Feb. 2004.
- CRF-PA. **Prescritores legalmente habilitados**. Disponível em: http://www.crfpa.org.br/sitesed/crfpa/?tipo=conteudos_site&tipo_conteudo=noticia&tipo_consulta=v&id=28097362412028676, Acesso em: 01 de Setembro de 2014.
- GIMENES, F R E.; MIASSO, A L.; LYRA JUNIOR, D P.; GROU, C R. Prescrição Eletrônica como fator contribuinte para segurança de pacientes hospitalizados. **Pharmacy Practice** 4(1): 13-17, 2006.
- MIASSO, A I.; CASSINI, S H DE B. Erros na administração de medicamentos: divulgação de conhecimentos e identificação do paciente como aspectos relevantes. **Rev.Esc.Enf.USP**, v. 34, n. 1, p. 16-25, mar. 2000.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, ANVISA, FIOCRUZ e FHEMIG. Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e administração de medicamentos. **Portaria nº 2.097, de 24 de Setembro de 2013**.
- PAZIN-FILHO, A.; FREZZA, G.; MATUNO, A K.; ALCÂNTARA, S T.; ASSIOLATO, S.; BITAR, J P S.; PEREIRA, M M.; FÁVERO, F. Prescrição e Estudantes de Medicina. **Medicina (Ribeirão Preto)** 46(2):183-94. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2013>.
- ROSA, M B.; PERINI, E.; ANACLETO, T A.; NEIVA, H M.; BOGUTCHI, T. Erros na prescrição hospitalar de medicamentos potencialmente perigosos. **Rev Saúde Pública** 43(3):490-8, 2009.
- SILVA, A E B C.; CASSIANI, S H B.; MIASSO, A I.; OPITZ, S P. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros na medicação. **Acta Paul Enferm**; 20(3):272-6, 2007.