

MINISTÉRIO DA SAÚDE

## **Anexo 01: PROTOCOLO PREVENÇÃO DE QUEDAS\***

---

**\* Protocolo elaborado pela equipe técnica do PROQUALIS**

**Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz**

**03/05/2013**

## **PROTOCOLO PREVENÇÃO DE QUEDAS**

### **1. Finalidade**

Reduzir a ocorrência de queda de pacientes hospitalizados e o dano dela decorrente, através da implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional e um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais. Essas medidas devem resguardar a dignidade do paciente.

### **2. Abrangência**

As recomendações deste protocolo aplicam-se ao hospital, incluem todos os pacientes que recebem cuidado neste serviço e abrangem todo o período de permanência do paciente e todos os ambientes do hospital.

### **3. Justificativa**

O risco de queda de pacientes está presente em hospitais, ambulatórios e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Oliver, Healey e Haines (2010) indicaram uma taxa de queda de pacientes em hospitais de países desenvolvidos que variou entre 3 a 5 quedas por 1.000 pacientes-dia. Segundo esses autores, as quedas não se distribuem uniformemente nos hospitais, sendo mais frequentes nas unidades com concentração de pacientes idosos, na neurologia e na reabilitação.

De modo geral, a hospitalização aumenta o risco de queda, pois os pacientes se encontram em ambientes que não lhes são familiares, muitas vezes são portadores de doenças que predispõem à queda (demência e osteoporose) e muitos dos procedimentos terapêuticos, como as múltiplas prescrições de medicamentos, podem aumentar esse risco<sup>4</sup>.

Estudo em hospital na Califórnia, EUA, destacou a presença de queda em pacientes pediátricos. Essas foram mais comuns entre os meninos e decorreram principalmente de pisos molhados, tropeços em equipamentos e em objetos largados ao chão<sup>14</sup>. A maior parte dos eventos ocorreu na presença dos pais<sup>3</sup>.

Quedas de pacientes produzem danos em 30% a 50% dos casos, sendo que de 6% a 44% desses pacientes sofrem danos de natureza grave, como fraturas, hematomas subdurais e sangramentos, que podem levar ao óbito<sup>2</sup>. A queda pode gerar impacto

negativo sobre a mobilidade dos pacientes, além de ansiedade, depressão e medo de cair de novo, o que acaba por aumentar o risco de nova queda.

Quedas de pacientes contribuem para aumentar o tempo de permanência hospitalar e os custos assistenciais, gerar ansiedade na equipe de saúde, além de produzir repercussões na credibilidade da instituição e de ordem legal<sup>13</sup>. Quedas de pacientes também podem interferir na continuidade do cuidado. Há relato de maior taxa de transferência para ambientes de cuidado de longa permanência dentre os pacientes que sofreram queda<sup>4</sup>.

A queda de pacientes em hospitais geralmente está associada a fatores vinculados tanto ao indivíduo como ao ambiente físico. Entre os fatores vinculados ao paciente destacam-se: idade avançada (principalmente idade acima de 85 anos), história recente de queda, redução da mobilidade, incontinência urinária, uso de medicamentos e hipotensão postural.

Com relação aos fatores ambientais e organizacionais, podem ser citados: pisos desnivelados, objetos largados no chão, altura inadequada da cadeira, insuficiência e inadequação dos recursos humanos<sup>1</sup>.

As intervenções com multicomponentes tendem a ser mais efetivas na prevenção de quedas. Fazem parte dessas intervenções a avaliação do risco de queda, a identificação do paciente com risco através de sinalização à beira do leito ou pulseira, o agendamento dos cuidados de higiene pessoal e relacionados às necessidades fisiológicas para os pacientes de risco, a revisão da medicação, a atenção aos calçados utilizados pelos pacientes, a educação dos pacientes e dos profissionais, a revisão após a ocorrência de queda para identificação de suas possíveis causas, dentre outros<sup>1</sup>.

Estudo realizado em hospital privado localizado na cidade de São Paulo apresentou uma taxa de queda reduzida em 2008 - 1,45 por 1.000 pacientes-dia-, que estava associada à implementação de um protocolo de gerenciamento de quedas<sup>13</sup>.

#### **4. Definição**

**4.1. Queda:** Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas,

poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto, berço etc.), incluindo vaso sanitário<sup>8</sup>.

- 4.2. Dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito deletério dele oriundo, incluindo-se doenças, dano ou lesão, sofrimento, incapacidade ou disfunção e morte. Pode, assim, ser físico, social ou psicológico<sup>9</sup>.
- 4.3. Fatores contribuintes: circunstâncias, ações ou influências que desempenham um papel na origem ou no desenvolvimento de um incidente ou no aumento do risco de incidente.

## 5. Intervenções

### 5.1. Avaliação do risco de queda

A avaliação do risco de queda deve ser feita no momento da admissão do paciente com o emprego de uma escala adequada ao perfil de pacientes da instituição. Esta avaliação deve ser repetida diariamente até a alta do paciente.

Neste momento também se deve avaliar a presença de fatores que podem contribuir para o agravamento do dano em caso de queda, especialmente risco aumentado de fratura e sangramento. Osteoporose, fraturas anteriores, uso de anticoagulante e discrasias sanguíneas são algumas das condições que podem agravar o dano decorrente de queda<sup>2</sup>.

#### 5.1.1. Fatores predisponentes específicos que aumentam o risco de queda

- a) Demográfico: crianças < 5anos e idosos > 65 anos.
- b) Psico-cognitivos: declínio cognitivo, depressão, ansiedade.
- c) Condições de saúde e presença de doenças crônicas:
  - acidente vascular cerebral prévio,
  - hipotensão postural,
  - tonteira,
  - baixo índice de massa corpórea,
  - anemias,
  - insônia,
  - incontinência ou urgência miccional,
  - artrite,
  - osteoporose,

- alterações metabólicas (como, por exemplo, hipoglicemia).
- d) Funcionalidade: dificuldade no desenvolvimento das atividades da vida diária (AVD), necessidade de dispositivo de auxílio à marcha, fraqueza muscular, problemas articulares e deformidades nos membros inferiores.
- e) Comprometimento sensorial: comprometimento da visão, audição ou tato.
- f) Equilíbrio corporal: marcha alterada.
- g) Uso de medicamentos:
  - benzodiazepínicos,
  - antiarrítmicos,
  - anti-histamínicos,
  - antipsicóticos,
  - antidepressivos,
  - digoxina,
  - diuréticos,
  - laxativos,
  - relaxantes musculares,
  - vasodilatadores,
  - hipoglicemiantes orais,
  - insulina,
  - Polifarmácia (uso de 4 ou mais medicações).
- h) Obesidade mórbida.
- i) História prévia de quedas.

### 5.1.2. Perfil de paciente com alto risco de queda

- a) Paciente independente, que se locomove e realiza suas atividades sem ajuda de terceiros, mas possui pelo menos 1 (um) fator predisponente.

- b) Paciente dependente de ajuda de terceiros para realizar suas atividades, com ou sem a presença de algum fator predisponente. Anda com auxílio ou se locomove em cadeiras de rodas.
- c) Paciente acomodado em maca, por exemplo, aguardando a realização de exames ou transferência, com ou sem a presença de fatores predisponentes.

### 5.1.3. Perfil de paciente com baixo risco de queda

- a) Paciente acamado, restrito ao leito, completamente dependente da ajuda de terceiros, com ou sem fatores predisponentes.
- b) Indivíduo independente e sem nenhum fator predisponente.

As escalas utilizadas com mais frequência nacional e internacionalmente – *Morse (REF)* e *St Thomas Risk Assessment Tool in the Falling Elderly (STRATIFY) (REF)* – possuem semelhanças quanto à gradação dos fatores que predisõem à queda. Estas escalas permitem, portanto, classificar o grau de risco que o paciente apresenta para cair, possibilitando orientar as intervenções necessárias para evitar a ocorrência de queda.

Este protocolo não adota nenhuma escala em particular e teve como foco o paciente com risco de queda.

As escalas de avaliação de risco de queda não são universais, sendo cada uma delas específica para determinado tipo de paciente: internado, pediátrico etc. Todas as escalas apresentam vantagens, mas também limitações operacionais e metodológicas.

Vale destacar que nenhuma das escalas de risco publicadas passou por processo de tradução e adaptação para uso no Brasil e validação de suas propriedades de medida. Além disso, salientamos que tais escalas não são de acesso livre.

## 5.2. **Ações preventivas**

### 5.2.1. Medidas Universais

Os serviços de saúde deverão adotar medidas universais para a prevenção de quedas de todos os pacientes, **independente do risco**. Essas medidas incluem a criação de um ambiente de cuidado seguro conforme legislação vigente<sup>15</sup> – por exemplo: pisos antiderrapantes, mobiliário e iluminação adequados, corredores livres de entulho –, o uso de vestuário e calçados adequados e a movimentação segura dos pacientes<sup>2,3</sup>. Para os pacientes pediátricos, deve-se observar a adequação das acomodações e do mobiliário à faixa etária.

A utilização de estratégias de educação dos pacientes e familiares não só sobre o risco de queda e de dano por queda como também sobre como prevenir sua ocorrência é fundamental. Essas ações devem ocorrer na admissão e durante a permanência do paciente no hospital. A elaboração e a distribuição de material educativo devem ser estimuladas.

### **5.2.2. Medidas Individuais**

Todos os pacientes internados devem ter o seu risco de queda avaliado diariamente.

O resultado da avaliação do risco de queda e de dano da queda do paciente deve ser registrado no prontuário.

O hospital deve estabelecer o profissional que será responsável por definir as ações de caráter preventivo para pacientes com risco de queda.

Na presença ou no surgimento de risco de queda, este deve ser comunicado aos pacientes e familiares e a toda equipe de cuidado. Por exemplo, pacientes em anticoagulação que começam a receber sedativos têm seu risco de queda aumentado.

O hospital deve ter mecanismos de supervisão dos pacientes em uso de sedativos e hipnóticos, tranquilizantes, diurético, anti-hipertensivo e antiparkinsoniano.

Processos devem ser estabelecidos para assegurar a comunicação efetiva entre profissionais e serviços sobre o risco de queda e risco de dano da queda nas passagens de plantão.

Deve-se fazer a reavaliação dos pacientes em caso de transferência de setor, mudança do quadro clínico, episódio de queda durante a internação ou na identificação de outro fator predisponente.

Medidas preventivas adequadas a cada paciente devem ser prescritas e implementadas.

É necessário individualizar as medidas, visto que os fatores contribuintes podem ser diferentes de acordo com o paciente.

No caso da ocorrência de queda, esta deve ser notificada e o paciente avaliado e atendido imediatamente para mitigação dos possíveis danos.

### **5.3. Análise dos pacientes**

A realização de análise dos pacientes que sofreram queda permite a identificação de fatores contribuintes e serve como fonte de aprendizado para o redesenho de um processo de cuidado mais seguro.

Os itens abaixo detalhados são componentes frequentes das intervenções para prevenção de queda<sup>5,10</sup>.

Tabela 1 - Fatores contribuintes para queda e intervenções relacionadas (Pacientes adultos hospitalizados)<sup>3</sup>

<b>Fator Contribuinte</b>	<b>Intervenções</b>
<b>Idade</b>	Sem intervenções específicas para este fator de risco.
<b>Histórico de Queda</b>	Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.
	Avaliar nível de confiança do paciente para deambulação.
	Avaliar a independência e a autonomia para deambulação e a necessidade de utilização de dispositivo de marcha do paciente.
<b>Necessidades fisiológicas e higiene pessoal</b>	Supervisão periódica para avaliação do conforto e segurança do paciente. Verificar o uso de diuréticos ou laxantes e/ou em preparo de cólon para exames ou procedimento cirúrgico.
	Manter o paciente confortável no que tange às eliminações, realizando a troca frequente em caso de uso de fraldas ou programando horários regulares para levá-lo ao banheiro.
	Levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado.
<b>Medicações</b>	Realizar revisão da prescrição medicamentosa.
	Solicitar avaliação do farmacêutico quando houver dúvidas quanto ao risco aumentado devido ao uso de medicamentos (doses, interações, possíveis, efeitos colaterais e quadro clínico do paciente).
	Avaliar a necessidade de uso de grade no leito/maca.
	Orientar o paciente e/ou família/acompanhante sobre os efeitos colaterais e interações medicamentosas, que podem apresentar e/ou potencializar sintomas, tais como vertigens, tonturas, sonolência, sudorese excessiva, palidez cutânea, mal estar geral, alterações visuais, alteração dos reflexos, que aumentam o risco de queda.
<b>Fator de Risco</b>	<b>Intervenções (Continuação)</b>
<b>Uso de Equipamentos/Dispositivos</b>	Orientar quanto ao dispositivo/equipamento e a sua necessidade de uso.
	Avaliar o nível de dependência e autonomia após a instalação de equipamentos, para planejamento da assistência relacionado à mobilização deste paciente.
	Alocar os equipamentos/dispositivos de maneira a facilitar a movimentação do paciente no leito ou a sua saída (caso possa sair sozinho do leito).
	Levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado.



	Avaliar a necessidade de uso de grade do leito/maca.
<b>Mobilidade/Equilíbrio</b>	Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.
	Levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado.
	Orientar o paciente/família para garantir a utilização de seus óculos e/ou aparelho auditivo sempre que for sair da cama, acompanhado ou não por profissional da equipe de cuidado.
	Avaliar a necessidade de uso de grade do leito/maca.
	Supervisão periódica para avaliação do conforto e segurança do paciente.
	Avaliar a independência e autonomia para deambulação e necessidade de utilização de dispositivo de marcha do paciente.
<b>Cognitivo</b>	Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.
	Avaliar a necessidade de uso de grade do leito/maca.
	Supervisão periódica para avaliação do conforto e segurança do paciente.
	Levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado.
<b>Condições Especiais (hipoglicemia, hipotensão postural, cardiopatias descompensadas, entre outras condições clínicas)</b>	Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.
	Em caso de <b>hipotensão postural</b> – Orientar o paciente a levantar-se progressivamente (elevantar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 minutos), antes de sair da cama.
	Considerar na avaliação clínica as condições em que o paciente estiver em jejum por longo período, por exemplo, logo ao acordar ou em pré e pós-operatório.
	Levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado.
	Supervisão periódica para avaliação do conforto e segurança do paciente.

Tabela 2 - Fatores contribuintes para queda e intervenções relacionadas (Pacientes pediátricos hospitalizados)

Fator Contribuinte	Intervenções
--------------------	--------------

<b>Idade</b>	<b>Acomodação</b> (adequar o leito para acomodação, conforme a idade e o estado clínico)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>≤ 36 meses</b> (3 anos): devem ser acomodadas em berços, com grades elevadas na altura máxima. Se os pais recusarem, estes devem assinar o “Termo de recusa de tratamento”. <i>A exceção seriam crianças sem mobilidade. Estas poderão ser acomodadas em cama de acordo com a avaliação clínica da enfermeira.</i></li> <li>• <b>&gt; 36 meses</b>: devem ser acomodadas em cama com as 4 grades elevadas.</li> </ul>
	<b>Transporte</b> (adequar o dispositivo de transporte, conforme a idade e o estado clínico)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>≤ 6 meses</b>: devem ser transportadas no colo do responsável e este em cadeira de rodas.</li> <li>• <b>&gt; 6 meses ≤ 36 meses</b>: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Em maca – deitada junto com o responsável quando for submetida a procedimentos com anestesia/sedação.</li> <li>○ Em cadeira de rodas no colo do responsável.</li> </ul> </li> <li>• <b>&gt; 36 meses</b>: em maca (deitado ou não com o responsável) ou em cadeira de rodas no colo do responsável, dependendo da avaliação clínica da enfermagem.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter uma das grades elevadas do berço durante a troca (roupa/fralda) da criança (não deixar a criança sozinha neste momento com uma das grades abaixadas).</li> </ul>
<b>Sexo</b>	Sem intervenções específicas para este fator de risco quando pontuado.
<b>Diagnóstico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar família/paciente sobre a influência do diagnóstico no aumento do risco de queda.</li> <li>• Avaliar periodicamente pacientes com diagnósticos associados ao aumento do risco de queda.</li> <li>• Não levantar do leito sozinho (de acordo com a idade e condições clínicas).</li> <li>• Avaliar se há condição de deambulação do paciente diariamente; registrar e informar para a família/responsável se o mesmo está liberado ou não para deambular.</li> <li>• Acompanhar sempre a criança na deambulação (no quarto, no banheiro e no corredor).</li> <li>• Avaliar o uso de grade.</li> <li>• Avaliar a necessidade de utilizar protetor de grades para fechar as aberturas entre elas.</li> <li>• Orientar o paciente e/ou família/responsável a levantar progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 a 10 minutos, antes de sair da cama), de acordo com a idade da criança e/ou condições clínicas, avaliadas pelo profissional responsável.</li> <li>• Avaliar risco psicológico ou psiquiátrico quando necessário (conforme fator de risco identificado).</li> </ul>
<b>Fatores Cognitivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar a família e/ou responsável sobre o risco de queda relacionado ao “comportamento de risco” de acordo com a faixa etária da criança.</li> </ul>
<b>História Pregressa/</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.</li> <li>• Não levantar do leito sozinho (score 3 e 4) quando há história de queda pregressa com dano grave.</li> </ul>

Atividade	
<b>Cirurgia/ Sedação/ Anestesia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar o paciente e/ou família/responsável sobre o risco de queda relacionado ao efeito do sedativo e/ou anestésico.</li> <li>• Orientar o paciente e/ou família/responsável a levantar progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 a 10 minutos, antes de sair da cama.</li> <li>• Sair do leito acompanhado pela enfermagem.</li> <li>• Se o paciente estiver em cama, permanecer com as 4 grades elevadas (pré-cirúrgico e POI).</li> <li>• O jejum por longo período deve ser levado em consideração, por exemplo, logo ao acordar ou em pré e pós-operatório;</li> </ul>
<b>Medicações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atentar para as classes medicamentosas que alterem a mobilidade e equilíbrio (de acordo com a avaliação clínica da enfermagem).</li> <li>• Realizar reconciliação medicamentosa, cuidadosa, na admissão.</li> <li>• Orientar paciente e/ou família/acompanhante quando houver mudança na prescrição de medicamentos associados ao risco de queda.</li> <li>• Não levantar do leito sozinho.</li> <li>• Orientar, na hora da medicação, o paciente e/ou família/acompanhante quanto aos efeitos colaterais e interações medicamentosas, que podem potencializar sintomas, tais como: vertigens, tonturas, sonolência, hipotensão, hipoglicemia, alteração dos reflexos.</li> <li>• O profissional responsável pode solicitar a avaliação do farmacêutico clínico quanto ao uso dos medicamentos e ao risco de queda.</li> </ul>

## 6. Procedimentos Operacionais

- 6.1. Avaliação inicial do risco de queda do paciente (pacientes internados, pacientes no serviço de emergência e pacientes externos).
- 6.2. Identificação do profissional responsável pela definição das medidas específicas de prevenção de queda.
- 6.3. Orientação do paciente e dos familiares sobre as medidas preventivas individuais, sendo sugerida a entrega de material educativo específico.
- 6.4. Colocação de sinalização visual para identificação de risco de queda, a fim de alertar toda equipe de cuidado.
- 6.5. Implementação dos procedimentos específicos para a prevenção de queda nos pacientes com risco.
- 6.6. Definição da supervisão periódica no caso de pacientes em uso de medicação que aumente o risco queda.
- 6.7. Anotação no prontuário do paciente de todos os procedimentos realizados.
- 6.8. Adoção de processos para garantir o atendimento imediato ao paciente sempre que este solicitar ou necessitar.
- 6.9. Avaliação e tratamento dos pacientes que sofreram queda e investigação do evento.

## 7. Estratégias de monitoramento e indicadores

Criação de um sistema de notificação de quedas e avaliação de suas causas.

### 7.1. Indicadores<sup>8,12</sup>

- Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão.
- Número de quedas com dano.
- Número de quedas sem dano.
- Índice de quedas  $[(n^\circ \text{ de eventos} / n^\circ \text{ de paciente-dia}) * 1000]$ : este indicador pode ser monitorado utilizando um diagrama de controle, visando não só construir a série histórica do evento, como também auxiliar a estabelecer metas e parâmetros de avaliação.

## 8. Referências Bibliográficas

Miake-Lye IM, Hempel S, Ganz DA, Shekelle PG. Inpatient fall prevention programs as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med* 2013; 158:390-6.

Boushon B, Nielsen G, Quigley P, Rutherford P, Taylor J, Shannon D, Rita S. How-to Guide: Reducing Patient Injuries from Falls. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2012. Disponível em: [www.ihl.org](http://www.ihl.org). Acesso em: 04 abr. 2013.

Hospital Israelita Albert Einstein - HIAE (São Paulo). Protocolos, Guias e Manuais voltados à Segurança do Paciente. 2012.

Dykes PC, Carroll DL, Hurley A, Lipsitz S, Benoit A, Chang F, et al. Fall prevention in acute care hospitals: a randomized trial. *JAMA* 2010; 304(17):1912-8.

Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ. Preventing In-Facility Falls. Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices. March 2013 (19):178-200.

Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Projeto Diretrizes. Queda em Idosos: Prevenção. 2008.

National Database of Nursing Quality Indicators. Guidelines for Data Collection on the American Nurses Association's National Quality Forum Endorsed Measures: Nursing Care Hours per Patient Day, Skill Mix, Falls, Falls with Injury March, 2012. Disponível em: [http://www.odh.ohio.gov/~media/ODH/ASSETS/Files/dspc/health\\_care\\_service/nursestaffingmaterials8-2-2010.ashx](http://www.odh.ohio.gov/~media/ODH/ASSETS/Files/dspc/health_care_service/nursestaffingmaterials8-2-2010.ashx).

Sociedade Hospital Samaritano. Diretriz assistencial: prevenção, tratamento e gerenciamento de quedas. São Paulo (S); 2013.

Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization). Conceptual Framework for the International Classification of Patient Safety- Final Technical Report 2009.

Shekelle PG, Pronovost PJ, Wachter RM, McDonald KM, Schoelles K, Dy SM, et al. The Top Patient Safety Strategies That Can Be Encouraged for Adoption Now. *Ann Intern Med* 2013; 158(5\_Part\_2):365-8.

Oliver D, Healey F, Haines TP. Preventing falls and fall-related injuries in hospitals. *Clin Geriatr Med* 2010; 26(4):645-92.

Joint Commission International. Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. 4 ed. 2011.

Correa AD, Marques IAB, Martinez MC, Santesso PL, Leão ER, Chimentão DMN. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. *Rev Esc Enferm [periódico na internet]*. 2012[acesso em 10 de abril de 2013];46(1):67-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a09.pdf>

Cooper CL, Nolt JD. Development of an evidence-based pediatric fall prevention program. *J Nurs Care Qual* 2007; 22(2):107-12.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. RDC n°. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 mar. 2002.*

## **Anexo 02: PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE\***

---

**\*Protocolo elaborado pela equipe técnica do PROQUALIS**

**Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz**

**03/05/2013**

## PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

### 1. Finalidade

A finalidade deste protocolo é garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes. O processo de identificação do paciente deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina.

### 2. Justificativa

Erros de identificação do paciente podem ocorrer, desde a admissão até a alta do serviço, em todas as fases do diagnóstico e do tratamento. Estado de consciência do paciente, mudanças de leito, setor ou profissional dentro da instituição e outras circunstâncias no ambiente podem levar à identificação incorreta.

A identificação correta do paciente é o processo pelo qual se assegura ao paciente que a ele é destinado determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo a ocorrência de erros e enganos que o possam lesar<sup>1</sup>.

Entre 2003 e 2005, The United Kingdom National Patient Safety Agency apresentou 236 incidentes relacionados a pulseiras com informações incorretas. A má identificação do paciente foi citada em mais de 100 análises de causa raiz realizadas pelo The United States Department of Veterans Affairs (VA) National Center for Patient Safety entre 2000 e 2003.

Anualmente, cerca de 850 pacientes nos Estados Unidos são transfundidos com sangue destinados a outros pacientes e aproximadamente 3% desses pacientes evoluem para óbito. Em cada 1.000 pacientes que recebem transfusões de sangue ou de hemocomponentes, um indivíduo recebe a destinada a outra pessoa. Em dois terços dos casos, o motivo é a identificação errada da bolsa<sup>3</sup>.

Muitas instituições fazem uso das pulseiras para identificar seus pacientes. Em pesquisa relacionada à aceitabilidade dos pacientes com relação a esta prática, foi demonstrado que a maior parte dos pacientes era favorável e que considerava importante a necessidade de utilização de algum método de identificação pelos hospitais, principalmente após explicação sobre as consequências de uma identificação incorreta<sup>4</sup>. Segundo os autores, cerca de 84% dos pacientes consideravam que o hospital deveria utilizar as pulseiras e 90% afirmaram que concordariam em utilizá-las<sup>4</sup>.

Estudos sobre o processo de identificação de pacientes com a utilização de pulseiras demonstraram que existem altos níveis de consciência profissional da equipe e evidenciaram a importância da tomada de decisão de aplicação do dispositivo no momento mais precoce possível, especialmente em pacientes de emergência<sup>5</sup>. Ressaltaram a importância da participação do paciente para minimizar o risco de dados errôneos e a preocupação com o uso do dispositivo em algumas circunstâncias clínicas especiais, como transfusão de sangue e administração de medicamentos<sup>5</sup>.

Consensos e relatórios de especialistas indicam reduções significativas na ocorrência de erros após a implementação de processos de identificação do paciente<sup>2</sup>.

### **3. Abrangência**

O protocolo deverá ser aplicado em todos os ambientes de prestação do cuidado de saúde (por exemplo, unidades de internação, ambulatório, salas de emergência, centro cirúrgico) em que sejam realizados procedimentos, quer terapêuticos, quer diagnósticos.

### **4. Definições**

**4.1. Segurança do Paciente:** redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.

**4.2. Dano:** comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito deletério dele oriundo, incluindo doenças, dano ou lesão, sofrimento, incapacidade ou disfunção e morte. Pode, assim, ser físico, social ou psicológico.

**4.3. Incidente:** evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.

**4.4. Evento adverso:** incidente que resulta em dano ao paciente.

### **5. Intervenção**

O protocolo de identificação do paciente inclui as seguintes intervenções:

#### **5.1. Identificar os pacientes**

Para assegurar que todos os pacientes sejam corretamente identificados, é necessário usar pelo menos dois identificadores em pulseira branca padronizada (vide anexo), colocada num membro do paciente para que seja conferido antes do cuidado.

O serviço de saúde escolhe o membro em função do paciente. Em geral, o local escolhido para o adulto é o punho, mas, para recém-nascidos, a pulseira deve ser colocada preferencialmente no tornozelo.

#### **5.2. Educar o paciente e seu familiar**

Para envolver o paciente e seu familiar no processo de identificação correta, é necessário que sejam explicados os propósitos dos 2 identificadores da pulseira e que a conferência da identificação seja obrigatória antes do cuidado.

#### **5.3. Confirmar a identificação do paciente antes do cuidado**

A confirmação da identificação do paciente será realizada antes do cuidado. Inclui a administração de medicamentos, do sangue e de hemoderivados, da coleta de material para exame, da entrega da dieta e da realização de procedimentos invasivos.



## **6. Procedimento operacional**

### **6.1. Identificar o paciente**

A identificação de todos os pacientes (internados, em regime de hospital dia, ou atendidos no serviço de emergência ou no ambulatório) deve ser realizada em sua admissão no serviço através de uma pulseira. Essa informação deve permanecer durante todo o tempo que paciente estiver submetido ao cuidado.

A identificação do recém-nascido requer cuidados adicionais. A pulseira de identificação deve conter minimamente a informação do nome da mãe e o nº do prontuário do recém-nascido, bem como outras informações padronizadas pelo serviço de saúde.

O serviço de saúde deve prever o que fazer caso a pulseira caia ou fique ilegível.

**CASOS ESPECIAIS:** O serviço de saúde deve definir como identificar pacientes que não possam utilizar a pulseira, tais como grandes queimados, mutilados e politraumatizados.

#### **6.1.1. Definições Institucionais**

A instituição deve definir um membro preferencial para a colocação de pulseiras como dispositivo de identificação.

Deverá ser promovido um rodízio dos membros, de acordo com as necessidades dos pacientes, tais como:

- edemas,
- amputações,
- presença de dispositivos vasculares,
- entre outros.

Utilizar no mínimo dois identificadores como:

- nome completo do paciente,
- nome completo da mãe do paciente,
- data de nascimento do paciente
- número de prontuário do paciente.

Nos casos em que a identidade do paciente não está disponível na admissão e quando não houver a informação do nome completo, poderão ser utilizados o número do prontuário e as características físicas mais relevantes do paciente, incluindo sexo e raça.

O serviço deve definir o que deve acontecer se a pulseira de identificação cair, ou for removida ou se tornar ilegível.

O registro dos identificadores do paciente podem ser impressos diretamente do computador do hospital ou podem ser manuscritos.

Independentemente do método adotado para produzir os identificadores, a informação deve: ser fácil de ler, mesmo se a pulseira de identificação for exposta à água, sabão e detergentes, géis,

sprays, produtos de limpeza a base de álcool, sangue e outros líquidos corporais, e qualquer outro líquido ou preparação; e não se desgastar durante a estada do paciente no hospital.

Para que essas exigências sejam atendidas, as etiquetas pré-impresas devem caber no espaço disponível na pulseira de identificação.

Se as etiquetas forem muito grandes, elas podem envolver a pulseira e esconder a informação. A impressão deve ser durável, impermeável, segura e inviolável.

A inserção de dados manuscritos na pulseira de identificação deve garantir a durabilidade da informação, sendo necessário o uso de canetas especiais.

Os serviços de saúde devem desenvolver, implementar e revisar regularmente processos que facilitem a correta identificação dos pacientes na passagem de caso entre as equipes de saúde, na transferência e na alta do paciente.

### **6.1.2. Transferências de Pacientes**

Quando for realizada transferência para outro serviço de saúde, um identificador adicional do paciente pode ser o endereço, para refinar a exatidão da identificação, devido a não transferência do número do prontuário entre os serviços de saúde.

O mesmo deve ocorrer quando a transferência for entre o serviço de ambulância e um serviço de saúde.

Quando o paciente for morador de rua, de asilo, desabrigado, proveniente de catástrofes, de localidades na periferia e interior, onde não há número de casa ou rua para ser referenciado, o serviço de saúde determinará o identificador adicional.

Quando a transferência for entre o serviço de ambulância e um serviço de saúde e nenhum dos identificadores do paciente estiver disponível, o máximo possível de detalhes deve ser registrado, como:

- o local de onde a pessoa foi resgatada e o horário,
- o número de registro do atendimento do serviço de ambulância,
- a descrição física da pessoa.

Essas informações devem ser registradas em todos os documentos importantes e constar prontuário.

**IMPORTANTE:** O número do quarto/enfermaria/leito do paciente não pode ser usado como um identificador, em função do risco de trocas no decorrer da estada do paciente no serviço.

## **6.2. Confirmar a identificação do paciente antes do cuidado**

**6.2.1.** A confirmação da identificação do paciente será realizada antes de qualquer cuidado que inclui:

- a administração de medicamentos,

- administração do sangue,
- administração de hemoderivados,
- a coleta de material para exame,
- a entrega da dieta e;
- a realização de procedimentos invasivos.

**6.2.2.**O profissional responsável pelo cuidado deverá perguntar o nome ao paciente/familiar e conferir as informações contidas na pulseira do paciente com o cuidado prescrito, ou com a rotulagem do material que será utilizado.

**6.2.3.**A identificação do sangue e dos hemoderivados deve seguir a legislação específica.

**6.2.4.**A confirmação da informação contida na pulseira do recém-nascido e na pulseira da mãe deve ocorrer em todo o momento que o recém-nascido for entregue à mãe ou responsável legal (em caso de impossibilidade da mãe).

**6.2.5.**Caso a mãe não esteja internada, deverá ser solicitado documento que comprove o nome da mãe e deverá ser realizada a confirmação com os dados existentes na pulseira do recém-nascido.

**6.2.6.**Mesmo que o profissional de saúde conheça o paciente, deverá verificar os detalhes de sua identificação para garantir que o paciente correto receba o cuidado correto.

**6.2.7.**A verificação da identidade do paciente não deve ocorrer apenas no início de um episódio de cuidado, mas deve continuar a cada intervenção realizada no paciente ao longo de sua permanência no hospital, a fim de manter a sua segurança.

**6.2.8.**PEÇA ao paciente que declare (e, quando possível, soletre) seu nome completo e data de nascimento.

**6.2.9.**SEMPRE verifique essas informações na pulseira de identificação do paciente, que deve dizer exatamente o mesmo. Checar se a impressão ou registro encontra-se legível.

**6.2.10.** Lembrar que deve constar o nome completo do paciente, sem abreviaturas

**6.2.11.** NUNCA pergunte ao paciente “você é o Sr. Silva?” porque o paciente pode não compreender e concordar por engano.

**6.2.12.** NUNCA suponha que o paciente está no leito correto ou que a etiqueta com o nome acima do leito está correta.

## **7. Estratégias de monitoramento e indicadores**

### **7.1. Notificação dos casos de identificação errada de pacientes**

Todos os incidentes envolvendo identificação incorreta do paciente devem ser notificados de acordo com a legislação vigente e investigados pelo serviço.

A implementação das recomendações geradas pelas investigações devem ser monitoradas pelo próprio serviço de saúde.

### **7.2. Indicador**

Mecanismos de monitoramento e auditorias rotineiras devem ser realizados nas instituições para verificar o cumprimento deste protocolo e garantir a correta identificação de todos os pacientes em todos os cuidados prestados.

**7.2.1.** Número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente.

**7.2.2.** Proporção de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes internados.

## **8. Referências Bibliográficas**

- 8.1.** CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO; JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Padrões de Acreditação da Joint Commission Internacional para Hospitais. 4ª ed. [editado por] Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: CBA, 2011.
- 8.2.** WORLD HEALTH ORGANIZATION, THE JOINT COMMISSION, JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Aide Memoire. Patient Safety Solutions, vol1, solution 2, may 2007.
- 8.3.** SCHULMEISTER, L. Patient misidentification in oncology care. Clin J Oncol Nurs. 2008 Jun; 12(3):495-8.
- 8.4.** CLEOPAS, A; KOLLY,V; BOVIER, P.A.; GARNERIN,P.; T.V. Acceptability of identification bracelets for hospital inpatients. Qual Saf Health Care, 2004. 13(5) Pgs. 344-8.
- 8.5.** SMITH, AF., CASEY K, WILSON J; FISCHBACHER-SMITH D. Wristbands as aids to reduce misidentification: an ethnographically guided task analysis. Int J Qual Health Care. 2011 Oct;23(5):590-9.
- 8.6.** SOUTH AUSTRALIA. DEPARTMENT FOR HEALTH AND AGEING. Policy Guideline - Patient Identification Guideline, 2011.
- 8.7.** WALES. NATIONAL HEALTH SERVICE. 1000 Lives Plus. Tools for improvement: Reducing patient identification errors. 2012, 32p. [www.1000livesplus.wales.nhs.uk](http://www.1000livesplus.wales.nhs.uk)

## **ANEXO**

### **ESPECIFICAÇÕES DA PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

#### **I. Cor**

A pulseira usada para a identificação do paciente deve ser de cor branca.

Pulseiras coloridas de alerta ou etiquetas não devem ser usadas, devido ao aumento dos riscos de erros de identificação.

Se a instituição decidir por sua utilização, deve garantir para todos os profissionais do estabelecimento a disponibilidade de informação correta e adequada sobre as condições de alerta ou riscos indicados pelas pulseiras coloridas, embora não existam evidências de que seu uso contribua para a redução de ocorrência de incidentes ou dos riscos por elas indicados.

#### **II. Tamanho**

- a) As pulseiras de identificação do paciente devem ser:
- b) Compridas o suficiente para serem utilizadas por pacientes obesos, pacientes com linfedema e pacientes com acessos venosos e curativos;
- c) Pequenas o suficiente para ser confortável e segura para recém-nascidos, bebês e crianças.
- d) Os ajustes necessários para a variedade de tamanhos e características de pacientes podem ser conseguidos aumentando o comprimento máximo disponível para a pulseira de identificação.
- e) Se o comprimento adicional da pulseira de identificação tiver que ser cortado, a equipe deve ser capaz de fazer isto com segurança, de preferência sem o uso de tesoura, pelo risco de incidentes.
- f) As extremidades do corte não devem ser afiadas. Alternativamente, as pulseiras de identificação podem ser feitas em tamanhos variados.

#### **III. Conforto**

Os aspectos de conforto relacionados às pulseiras de identificação do paciente incluem:

- Forma – não deve haver cantos, contorno ou bordas afiadas que possam irritar ou friccionar a pele.
- Bordas – o material utilizado nas bordas da pulseira deve ser macio e liso para assegurar o conforto durante o uso prolongado. Isso inclui todas as bordas produzidas ao cortar o tamanho da pulseira.
- Fixadores – os fixadores não devem pressionar a pele.

- Material – o material da pulseira de identificação deve ser flexível, liso, impermeável, lavável e não-alergênico.

#### **IV. Facilidade de uso**

As pulseiras de identificação do paciente devem ser:

- a) Fáceis de limpar.
- b) Impermeáveis e resistentes a líquidos (sabão, detergentes, géis, sprays, esfregas, produtos de limpeza a base de álcool, sangue e outros líquidos corporais).
- c) Projetadas de maneira que permitam que os pacientes as lavem.
- d) Fáceis de utilizar por todos os profissionais que possam ter a responsabilidade pela emissão, aplicação e verificação das pulseiras de identificação.
- e) Os seguintes aspectos devem ser considerados para facilitar o uso das pulseiras: armazenamento; acesso ao local de armazenamento; preenchimento dos identificadores do paciente; mudança ou atualização de informação; leitura e verificação da informação; colocação no paciente (incluindo a seleção do tamanho correto ou o ajuste ao comprimento correto); fixação; remoção.
- f) A pulseira de identificação não deve agarrar na roupa, no equipamento ou nos dispositivos, inclusive nos acessos venosos.

#### **V. Registro dos identificadores do paciente**

Diferentes serviços de saúde utilizarão diferentes métodos para gerar os identificadores do paciente a serem incluídos na pulseira de identificação. Em alguns casos, podem ser impressos diretamente do computador do serviço de saúde; em outros, eles podem ser manuscritos.

- a) Independentemente do método adotado para produzir os identificadores, a informação deve ser:
  - Fácil de ler;
  - Durável e não se desgastar durante toda a permanência do paciente no serviço de saúde, considerando a sua substituição, sempre que recomendada;
- b) Para que as exigências sejam atendidas:
  - As etiquetas pré-impressas devem caber no espaço disponível na pulseira de identificação. Se as etiquetas forem muito grandes, elas podem envolver a pulseira e esconder a informação.
  - A impressão deve ser durável, impermeável, segura e inviolável.
  - A inserção de dados manuscritos na pulseira de identificação deve garantir a durabilidade da informação.
  - O espaço disponível para a inserção dos dados do paciente deve ser adequado para que os identificadores do paciente sejam registrados de forma clara e inequívoca.

- A mesma disposição, ordem e estilo da informação devem ser usados em todas as pulseiras de identificação do paciente em toda a organização para garantir a padronização. Isso facilita a leitura das pulseiras de identificação, evitando erros.
- A data de nascimento deve ser registrada no formato curto como DD/MM/AAAA (por exemplo, 07/06/2005).
- Deve haver espaço suficiente para incluir nomes longos, nomes múltiplos e nomes hifenizados.
- Os identificadores devem ter um tamanho e estilo de fonte de fácil leitura, devendo ser evitados o itálico, o estilo simulando o manuscrito e os tipos de fonte ornados. Uma fonte comum deve ser utilizada com tamanho mínimo entre 12 e 14 pontos.
- No caso de identificadores manuscritos, deve ser utilizada letra de forma e tamanho adequado para a leitura.
- Para a impressão dos identificadores do paciente, deve ser usada cor que seja claramente legível em circunstâncias de iluminação reduzida (tais como enfermarias durante a noite) e por aqueles com deficiência visual.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

## **Anexo 03: PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS\***

---

**Protocolo coordenado pela SAS/MS, SCTIE/MS e FHEMIG, em parceria com  
ANVISA e Fiocruz.**

**Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz**

**03/05/2013**



# PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

## 1. Finalidade

Promover práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde.

## 2. Justificativa

Em todo o mundo, os eventos adversos no processo de assistência à saúde são frequentes<sup>4,27,42</sup>. Em resposta a este preocupante quadro, a Organização Mundial de Saúde 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<sup>43</sup>.

Estudo realizado nos Estados Unidos da América, aponta 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<sup>4</sup>. Esses eventos adversos podem ocorrer em todas as etapas da cadeia terapêutica (prescrição, dispensação e administração) e sua ocorrência aumenta consideravelmente os custos do sistema de saúde<sup>5,23,27,29</sup>.

Estima-se que os erros de medicação em hospitais provoquem mais de 7.000 mortes por ano nos Estados Unidos da América, agregando importantes custos tangíveis e intangíveis<sup>37</sup>. No Brasil ainda não estão disponíveis estatísticas de óbitos relacionados a erros de medicação.

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<sup>13,42</sup>.

Considerando a prevenção de erros, deve-se considerar em destaque o grupo de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância (high-alert medications), geralmente formado por medicamentos com estreita margem terapêutica e, portanto, com maior potencial de dano ao paciente. Erros envolvendo esses medicamentos apresentam maior gravidade<sup>13,21,24</sup>, sendo necessário a adoção de protocolos específicos para prevenção<sup>21,24,28,38</sup>, analisando eventos adversos relacionados a medicamentos que aconteceram em hospital norte-americanos de 1994 a 2000, observou que metade dos eventos preveníveis que provocam danos nos pacientes, envolvia anticoagulantes, opiáceos e insulinas.

A incorporação de princípios para reduzir erros humanos, minimizando os lapsos de memória, promovendo acesso a informações sobre os medicamentos, desenvolvendo padrões internos e de treinamento, reduz a probabilidade de falhas e aumenta a chance de interceptá-las antes de resultar em prejuízo ao paciente. Neste sentido, devem-se incluir estratégias como a padronização de processos, o uso de recursos de tecnologia da informação, educação continuada e, principalmente, o acompanhamento das práticas profissionais em todas as etapas do processo envolvendo o medicamento dentro do hospital<sup>22</sup>.

No Brasil, pesquisa feita em 10 de abril de 2013 na base de dados PubMed, utilizando os termos “medication errors” e “Brazil”, encontrou 74 artigos publicados de 1978 a 2012, sendo 8 em unidades não hospitalares. Esses dados apontam para a necessidade de maior estímulo a pesquisa e publicação nacional nesse importante campo de pesquisa, como forma de conhecer a situação da segurança do uso de medicamentos, considerando a cultura do país.

### 3. Abrangência (Âmbito, Ponto de Cuidado, Local de Aplicação)

O protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos deverá ser aplicado em todos os estabelecimentos que prestam cuidados à saúde, em todos os níveis de complexidade, onde medicamentos são utilizados para profilaxia, exames diagnóstico, tratamento e medidas paliativas.

### 4. Definição

Para fins desse protocolo serão adotadas as seguintes definições:

- 4.1. **Uso seguro de medicamentos:** Inexistência de injúria acidental ou evitável durante o uso dos medicamentos. O uso seguro engloba atividades de prevenção e minimização dos danos provocados por eventos adversos que resultam do processo de uso dos medicamentos<sup>44</sup>.
- 4.2. **Erro de medicação:** Erro de medicação é qualquer evento, evitável, que de fato ou potencialmente, pode levar ao uso inadequado de medicamento, podendo ocorrer quando o medicamento se encontra sob o controle de profissionais de saúde, do paciente ou do consumidor. Sua ocorrência poderá gerar danos, podendo ser relacionado à prática profissional, produtos usados na área de saúde, procedimentos, problemas de comunicação, incluindo prescrição, rótulos, embalagens, nomes, preparação, dispensação, distribuição, administração, educação, monitoramento e uso de medicamentos<sup>25,44</sup>.
- 4.3. **Erro de prescrição:** Um erro de medicação que ocorre durante a prescrição de um medicamento abrangendo tanto a redação da prescrição como o processo de decisão terapêutica e surge de um desvio não intencional de padrões de referência como: conhecimento científico atual, práticas normalmente reconhecidas, especificações técnicas dos medicamentos e legislação sanitária<sup>20</sup>. Um erro de prescrição pode estar relacionado com a seleção do medicamento (considerando as indicações, as contra-indicações, as alergias, as características do paciente, as interações medicamentosas e outros fatores), a dose, a concentração, o esquema terapêutico, a forma farmacêutica, a via de administração, a duração do tratamento e orientações de utilização, mas também a não prescrição de um medicamento necessário para tratar uma doença já diagnosticada ou para impedir os efeitos adversos de outros medicamentos<sup>19</sup>.
- 4.4. **Erros de dispensação:** O erro de dispensação pode ser definido como um desvio na interpretação da prescrição escrita cometido pela equipe da farmácia quando da realização da dispensação de medicamentos para as unidades de internação ou na farmácia ambulatorial<sup>17,4</sup>. Incluem também erros relacionados às normas e à legislação. Podem ser classificados em: erros de conteúdo, erros de rotulagem e erros de documentação<sup>6</sup>.
- 4.5. **Erros de Administração:** Qualquer desvio no preparo e administração de medicamentos mediante prescrição médica, não observância das recomendações ou guias do hospital ou das instruções técnicas do fabricante do produto. Considera ainda que não houve erro se o medicamento foi administrado de forma correta mesmo se a técnica utilizada contrarie a prescrição médica ou os procedimentos do hospital<sup>40</sup>.

### 5. Práticas seguras para prescrição de medicamentos

Uma prescrição, quanto a sua origem poderá ser ambulatorial ou hospitalar.

Quanto aos tipos de medicamentos prescritos poderá ser: de manipulação, magistral ou galênica; ou com especialidades farmacêuticas, oficial ou especializada (quando contém medicamentos produzidos pela indústria farmacêutica).

Quanto aos tipos, a prescrição poderá ser de:

- Urgência/emergência quando indica a necessidade do início imediato de um 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 o tempo mínimo entre as administrações e dose máxima);
- Baseada em protocolos (quando são pré-estabelecidas, com critérios de início do uso, decurso e conclusão, sendo muito comum em quimioterapia antineoplásica).
- Padrão (aquela que inicia um tratamento até que o próprio médico ou odontólogo 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) e verbal (utilizada em situações de emergência, sendo escrita posteriormente. Esse tipo de prescrição possui elevado risco de erros e deverá ser restrita às situações para o qual é prevista).

## **5.1. Intervenções**

### **5.1.1. Itens de verificação para a prescrição segura de medicamentos**

#### **a) Identificação do paciente, do prescritor e da instituição na prescrição**

A identificação do paciente na prescrição deve ser feita, em ambulatório, no mínimo com:

- nome completo,
- endereço e,
- data de nascimento do paciente.

A identificação do paciente na prescrição deve ser feita hospitalar, no mínimo com:

- nome completo,
- número do prontuário ou registro do atendimento,
- leito,
- serviço,
- enfermaria/apartamento e andar/ ala.

A identificação do paciente na prescrição utilizando somente o nome completo ou incompleto, e nome abreviado, deve ser excluída da prática cotidiana dos estabelecimentos de saúde.

Para os pacientes que são admitidos nas unidades de saúde sem possibilidades de identificação (emergências e situações de catástrofes) devem-se adotar códigos diferentes por paciente, acrescidos minimamente do número de prontuário ou registro de atendimento.

A utilização da abreviatura “NI” (não identificado) ou outra abreviatura para todos os pacientes nessas condições deve ser abolida, em virtude do risco de erro de medicação.

#### **b) Identificação do prescritor na prescrição**

A identificação do prescritor deverá ser realizada apondo-se o nome completo e número de registro do conselho profissional.

Esse registro poderá ser manuscrito ou com a utilização de carimbo contendo os elementos de identificação.

A prescrição somente será válida, caso a prescrição contenha os elementos de identificação do prescritor e sua assinatura.

A identificação do prescritor deverá ser legível para conferir validade à prescrição.

c) Identificação da instituição na prescrição

Na prescrição ambulatorial e hospitalar deverá constar a identificação completa do estabelecimento de saúde (nome, endereço completo e telefone), para que o paciente possa manter contato para esclarecimentos de dúvidas posteriores a consulta.

d) Identificação da Data de Prescrição

A prescrição deve ser datada para ser válida.

A colocação da data na prescrição é imprescindível, em meio ambulatorial e hospitalar para conferir validade à mesma.

Em meio hospitalar a prescrição tem validade de 24h.

A data na prescrição valida a dispensação e a administração dos medicamentos, assegurando que o que foi indicado está baseado na avaliação médica do dia em que foi feita a prescrição.

A supressão da data na prescrição está relacionado a ocorrência de vários erros de medicação, dentre eles a permanência da utilização de medicamentos por tempo indeterminado e a administração de medicamentos sem indicação para a condição clínica do paciente.

e) Legibilidade

As prescrições devem ser legíveis, claras e completas.

Problemas na legibilidade da prescrição podem comprometer a comunicação entre prescritor e paciente e entre prescritor e demais profissionais de saúde, sendo geradora importante de erros de medicação, sobretudo a troca de medicamentos com nomes parecidos.

Quando a prescrição possui medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância, os erros ocasionados pela legibilidade inapropriada podem ser graves, e até fatais<sup>15,34</sup>.

Recomenda-se a utilização de prescrições digitadas e eletrônicas, como forma de melhorar a legibilidade das mesmas. Nesses casos, recomenda-se, para a impressão, a utilização de formulários sem pauta, para evitar erros de medicação ocasionados pelo encontro das linhas com letras e números da prescrição.

É preciso ainda atenção aos novos tipos de erros incluídos no processo da prescrição quando se muda de tipo de prescrição (manuscrita, digitada, pré-digitada, eletrônica).

Caso a instituição faça a opção por prescrição com carbono, recomenda-se que seja sempre verificada a legibilidade da informação que consta na segunda via. Neste caso existe a necessidade da permanente substituição do papel carbono para assegurar a adequada legibilidade e segurança da prescrição.

f) Uso de abreviaturas

Recomenda-se que os medicamentos sejam prescritos sem o uso de abreviaturas, pois, seu uso, aumenta a chance de ocorrer um erro de medicação<sup>3,16,34</sup>.

Caso seja indispensável, em meio hospitalar, a instituição deve elaborar, formalizar e divulgar uma lista de abreviaturas padronizadas, de modo a promover a adequada comunicação aos

membros da equipe de saúde. Essa lista não deve conter abreviatura de nomes de medicamentos, “unidades” e “unidades internacionais”.

Para a prescrição de medicamentos cuja dose é em unidade ou unidade internacional, recomenda-se abolir o uso de abreviaturas “U” e “UI”.

Deve-se escrever a palavra “unidade” no lugar de “U” ou “unidade internacional” no lugar de “UI”.

As abreviaturas “U” e “UI” significando “unidades” e “unidades internacionais” respectivamente, são consideradas as mais perigosas de todas, pois podem levar a administração de doses 10 ou 100 vezes maior do que a prescrita<sup>3,16,33</sup>.

A prescrição, utilizando-se fórmulas químicas (KCl, NaCl, KMnO<sub>4</sub> e outras), deve ser abolida.

Caso exista padronização de abreviatura para via de administração, preferir o uso de “EV” (para endovenosa) ao invés de IV (intravenoso), em função do risco de erro de interpretação do “IV” como “IM”, sobretudo quando associado a pouca legibilidade da prescrição.

#### **g) Denominação dos medicamentos**

Em estabelecimentos públicos os medicamentos devem ser prescritos utilizando-se a denominação comum brasileira e em sua ausência a denominação comum internacional.

Para os estabelecimentos de saúde privados recomenda-se a utilização da denominação comum brasileira e em sua ausência a denominação comum internacional do medicamento nas prescrições.

Códigos ou codinomes utilizados para medicamento durante a fase de ensaios clínicos não devem ser utilizados para nominar medicamentos utilizados em estabelecimentos de saúde.

#### **h) Prescrição de nomes de medicamentos que se parecem**

Medicamentos cujos nomes são reconhecidamente parecidos com outros de uso corrente na instituição devem ser prescritos, com destaque na escrita da parte do nome que o diferencia<sup>16,23</sup>.

Podem ser utilizados letra maiúscula ou negrito.

Exemplos de nomes semelhantes:

- DOPAmína e DOBUtamina;
- ClorproPAMIDA e ClorproMAZINA;
- VimBLASTina e VinCRISTina.

A Comissão de Farmácia e Terapêutica ou Núcleo de Segurança do Paciente do estabelecimento de saúde deverá organizar lista de medicamentos com nomes parecidos e/ou embalagens parecidas, selecionados no hospital, e que possam ser fonte de erros, para divulgação aos profissionais de saúde da instituição.

#### **i) Expressão de doses**

O sistema métrico deverá ser adotado para expressar as doses desejadas.

As unidades de medidas não métricas (colher, ampola, frasco) devem ser abolidas das prescrições, quando utilizadas isoladamente para expressar dose.

A utilização da forma farmacêutica (ampola, frasco, comprimido e outros) na prescrição deve ser acompanhada de todas as informações necessárias para a dispensação e administração segura.

Em prescrições pediátricas, e quando apropriado, deve-se arredondar as doses para o número inteiro mais próximo, objetivando reduzir o risco de erro na administração da dose.

Quando prescrever a dose do medicamento, não utilizar vírgula ou ponto e zero após a dose/quantidade. Exemplo: Prescreva “5mg”, e não “5,0mg” ou “5.0mg”, pois pode ser confundidos com 50mg.

O uso do zero antes da vírgula ou ponto deve ser evitado, pois pode gerar confusão e erro de 10 vezes na dose prescrita. Exemplo: Recomenda-se prescrever “500mg” ao invés de “0,5g”, pois pode ser confundido com “5g”.

Ao prescrever doses ou volumes com números fracionados (por exemplo: 2,5mL), observe se nas duas vias da prescrição a vírgula está bem posicionada e clara, para evitar erro de dose, no qual a dose de “2,5 mL” seja interpretada como “25 mL”.

### 5.1.2. Indicação, cálculos de doses e quantidades dos medicamentos

#### a) Alergias

Recomenda-se registrar com destaque na prescrição as alergias relatadas pelo paciente, familiares e/ou cuidadores.

O registro do relato de alergia na prescrição subsidia uma adequada análise farmacêutica das prescrições e os cuidados de enfermagem, reduzindo assim a chance da dispensação e administração de medicamento ao qual o paciente é alérgico.

#### b) Informações importantes

O prescritor deverá registrar na prescrição qualquer informação que considere ser relevante para que a assistência ao paciente seja segura e efetiva, considerando os múltiplos atores no processo assistencial e a necessidade de uma informação completa, clara e precisa.

#### c) Padronização de Medicamentos

Recomenda-se que o prescritor elabore uma relação de medicamentos de uso mais corriqueiro na sua especialidade, em consonância com a padronização da instituição onde atua, de forma a permitir maior familiaridade com indicação, contra-indicação, doses, reações adversas, entre outros aspectos relacionados aos medicamentos<sup>36</sup>;

O estabelecimento de saúde deve ter uma lista de medicamentos selecionados/padronizados considerando critérios de efetividade, segurança e custo.

A prescrição de medicamentos que já estão selecionados e padronizados no hospital aumenta a segurança do uso, em virtude da maior familiaridade dos prescritores, farmacêuticos e equipe de enfermagem com estes medicamentos.

#### d) Doses

Recomenda-se que as doses prescritas sejam conferidas pelo prescritor antes da assinatura da prescrição, tendo como referência o melhor nível de evidência científica disponível.

O cálculo das doses de medicamentos é fonte importante de erros graves e pode ser minimizado com a maior familiaridade com o medicamento e com a conferência do cálculo.

Para medicamentos cujas doses são dependentes de peso, superfície corporal e *clearance* de creatinina, recomenda-se que o prescritor anote tais informações na prescrição diária (hospitalar), para facilitar a análise farmacêutica e a assistência de enfermagem.

Recomenda-se que a farmácia disponibilize, em meio hospitalar, o maior número possível de medicamentos prontos para uso (dose unitária), e que dispensem a manipulação prévia à administração.

Deve-se implantar a dupla checagem (na Farmácia e no momento do recebimento pela enfermagem) das doses prescritas principalmente para medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância. A dupla checagem é particularmente importante para medicamentos prescritos em pediatria, oncologia e unidades de tratamento intensivo;

A prescrição ambulatorial deverá trazer a quantidade total de unidades farmacêuticas do medicamento prescrito, que deverá ser dispensada para o tratamento proposto. As quantidades máximas de medicamentos deve obedecer legislação vigente.

### **5.1.3.Duração do tratamento**

A prescrição deverá conter informação sobre a duração do tratamento.

Quando ambulatorial, a prescrição deverá indicar a duração do tratamento evitando que um medicamento seja consumido continuamente sem indicação.

Os medicamentos de uso contínuo devem estar claros na prescrição.

### **5.1.4.Utilização de expressões vagas**

Expressões vagas como “usar como costume”, “usar como habitual”, “a critério médico”, “se necessário (sem indicação de dose máxima, posologia e condição de uso)” devem ser abolidas das prescrições.

Quando for necessário utilizar a expressão “se necessário” deve-se obrigatoriamente definir:

- Dose,
- Posologia,
- Dose máxima diária e;
- Condição que determina o uso ou interrupção do uso do medicamento.

Exemplo: Paracetamol comprimido 500mg uso oral. Administrar 500mg de 6 em 6 h, se temperatura maior ou igual a 37,5° C. Dose máxima diária 2 gramas.

### **5.1.5.Posologia, diluição, velocidade e tempo de infusão.**

#### **a) Posologia**

Recomenda-se que a posologia desejada para o medicamento seja prescrita, observando as doses máximas preconizadas;

Recomenda-se prescrever medicamentos com menor número de administrações diárias possíveis, para maior comodidade do paciente com menor risco de erro de administração, e em ambulatório facilita a adesão do paciente ao tratamento.

#### b) Diluição

Para medicamentos de uso endovenoso, intramuscular, subcutâneo e em neuroeixo e plexos nervosos, a prescrição deverá conter informações sobre diluente (tipo e volume), velocidade e tempo de infusão (para endovenosos).

A reconstituição e diluição dos medicamentos é etapa importante e que gera impacto sobre a estabilidade e até mesmo sobre a efetividade do medicamento, pois em alguns casos as incompatibilidades levam a diminuição ou perda da ação farmacológica do medicamento.

#### c) Velocidade de Infusão

A velocidade de infusão está associada com reações adversas clássicas, tal como a Síndrome do Homem Vermelho, que ocorre com a infusão rápida de vancomicina.

É indispensável, portanto, a definição da velocidade de infusão na prescrição, considerando a melhor evidência científica disponível, assim como as recomendações do fabricante do medicamento, evitando a ocorrência de eventos adversos passíveis de prevenção.

#### 5.1.6. Modificação da prescrição corrente

Em prescrições hospitalares, o prescritor deverá se certificar que as alterações na prescrição foram feitas de forma clara, legível e sem rasuras.

O prescritor deverá fazer as alterações na primeira e segunda via da prescrição.

A suspensão ou alteração na prescrição de um medicamento somente na via disponível para a enfermagem pode :

- Acarretar erro na dispensação,
- aumentar o risco de erro de administração.

#### 5.1.7. Prescrições verbais

**As prescrições verbais devem ser restritas às situações de urgência/emergência**, devendo ser imediatamente escritas no prontuário ou folha de registro após a administração do medicamento.

Quando a ordem verbal for absolutamente necessária o prescritor deve falar o nome, a dose e a via de administração do medicamento de forma clara.

Quem recebeu a ordem verbal deve repetir de volta o que foi dito e ser confirmado pelo prescritor, antes de administrar o medicamento.

#### 5.1.8. Pontos de transição do paciente

Na admissão do paciente em unidades de saúde, deverão ser identificados quais medicamentos o paciente estava fazendo uso antes da admissão, objetivando avaliar a necessidade da continuidade ou suspensão do uso dos mesmos (conciliação medicamentosa).

Os pacientes devem ser orientados a não permanecerem com seus medicamentos na unidade hospitalar, em virtude do risco de utilização de doses duplicadas, quando administrada pela



equipe de enfermagem e paralelamente por cuidador (acompanhante), ou pelo próprio paciente e ainda pelo risco do uso de medicamentos não indicados para a condição atual do paciente.

Na transferência do paciente entre leitos de uma mesma instituição, entre duas unidades de uma mesma instituição hospitalar e entre instituições hospitalares distintas:

- o prescritor deverá elaborar um detalhado histórico farmacoterapêutico do paciente, podendo para isso contar com a participação do farmacêutico,
- encaminhar o histórico juntamente com o prontuário atualizado e organizado (transferência interna) e como resumo de alta (em caso de transferência externa), como forma de melhor orientar a nova equipe que prestará assistência ao paciente.

**IMPORTANTE:** Os pontos de transição dos pacientes no hospital, da admissão à alta, ou mudança de local de internação, são considerados críticos, pois freqüentemente, nessas mudanças, ocorre expressivo número de erros de medicação, devido a informações incorretas ou incompletas sobre os medicamentos utilizados pelos pacientes, ocasionando principalmente a omissão ou duplicidade de dose.

Na alta hospitalar o paciente deverá receber uma prescrição contendo todos os medicamentos que fará uso em casa e as orientações necessárias à continuidade do tratamento, sendo recomendável a participação do farmacêutico realizando orientações para o uso seguro e racional dos medicamentos prescritos.

#### **5.1.9. Prescrição segura de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância**

As unidades de saúde deverão divulgar a lista de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, que constam na relação de medicamentos selecionados na instituição, indicando as doses máximas destes medicamentos.

O número de apresentações e concentrações disponíveis de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, especialmente anticoagulantes, opiáceos, insulina e eletrólitos concentrados (principalmente cloreto de potássio injetável) devem ser limitados.

Não é recomendável que estes medicamentos estejam disponíveis em estoque nas unidades assistenciais.

As doses dos medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância deverão ser conferidas com dupla checagem na fase dos cálculos para prescrição e análise farmacêutica da prescrição para dispensação.

**DICA:** Para o acesso a lista completa de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância de uso hospitalar e ambulatorial recomenda-se o acesso ao site [www.ismp-brasil.org](http://www.ismp-brasil.org).

#### **5.1.10. Suporte eletrônico para prescrição**

Recomenda-se a utilização de programa informatizado para prescrição de medicamentos com suporte clínico que forneça minimamente informações sobre:

doses máximas para medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância e com índice terapêutico estreito; para interações medicamentosas clinicamente significativas e alergias.

Prescrições pré-digítadas podem aumentar a segurança no uso de medicamentos e devem ser adotadas quando possível.

Utilizar para impressão formulário sem pauta, pois as linhas podem encobrir pontos e vírgulas ou transformar “0” em “8”, aumentando assim a possibilidade de erros.

Quando for implantar novo sistema de prescrição na unidade de saúde (prescrições pré-digítadas, eletrônicas e outras), o prescritor, farmacêutico e enfermeiro devem acompanhar o processo de prescrição para identificar e corrigir problemas decorrentes do uso do novo sistema.

#### **5.1.11. Outras informações importantes para a prescrição segura**

Antes de a prescrição ser elaborada deve-se conhecer a história clínica do paciente;

O prescritor deverá conhecer os medicamentos que o paciente faz uso e conciliá-los com a nova prescrição, procurando evitar duplicidades, interações, doses inadequadas e outras discrepâncias, podendo nesta etapa contar com o suporte do farmacêutico.

Utilizar fontes de informação sobre medicamentos, atualizadas e baseadas nos melhores níveis de evidência científica, no apoio à decisão de prescrever;

O prescritor deverá, durante a entrevista com o paciente, identificar e registrar em prontuário as alergias relatadas, com destaque para aquelas relacionadas a medicamentos e a alimentos;

Caso exista a suspeita de reações adversas a medicamentos ou a ocorrência de erros ou eventos adversos no processo assistencial, esses devem ser notificados ao Núcleo de Segurança do Paciente/Gerência de Riscos do estabelecimento de saúde.

Prescritor, farmacêutico e enfermeiro devem criar canais de comunicação efetivos para garantir a qualidade e a acurácia da prescrição;

A compreensão das informações da prescrição e ações que possibilitem esclarecimentos aos pacientes sobre sobre riscos de medicação e medidas de prevenção, deve ser garantida por ações colaborativas entre prescritores, farmacêuticos e enfermeiros;

As atividades clínicas dos farmacêuticos devem ser incentivadas, pois podem diminuir os erros de prescrição e medicação em geral e tem embasamento em evidência científica comprovada<sup>4,39</sup>.

### **5.2. Procedimento Operacional Padrão da prescrição por via de administração**

Para o adequado cumprimento da prescrição, todas as informações deverão estar claras e completas, em cada item prescrito.

Recomenda-se que os medicamentos devam ser prescritos conforme estrutura a seguir<sup>35</sup>:

<b>ESTRUTURA DA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS</b>
<b>USO ORAL</b>
<b>Nome do medicamento + concentração+ forma farmacêutica + dose+ posologia+ via+orientações de uso</b>
EXEMPLO: Captopril 25mg comprimido. Administrar 50mg de 8/8h por via oral, 1 h antes ou 2h depois de alimentos.
<b>USO TÓPICO</b>
<b>Nome do medicamento + concentração+ forma farmacêutica + via+ posologia +</b>

<b>orientações de uso</b>
EXEMPLO: Permanganato de potássio 1:60.000 solução. Aplicar compressas em membro inferior direito 3 vezes/dia, após o banho.
<b>USO ENDOVENOSO</b>
<b>Nome do medicamento + concentração+ forma farmacêutica + dose+ diluente+volume+via+velocidade de infusão+ posologia+ orientações de administração e uso</b>
EXEMPLO: Anfotericina B 50mg frasco-ampola. Reconstituir 50mg em 10mL de água destilada e rediluir para 500mL de Solução Glicosada 5%. Uso endovenoso. Fazer 35 gotas/min., 1 vez/dia. Correr em 5 horas.
<b>OUTRAS VIAS PARENTERAIS</b>
Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose+ diluente + volume + via + posologia + orientações de administração e uso.
Exemplos: <i>Intramuscular com diluição:</i> Ceftriaxona 1g, frasco-ampola. Diluir 1g em 3,5 mL de lidocaína 1%. Fazer a solução obtida, via intramuscular profunda (região glútea) de 12/12h. <i>Intramuscular sem diluição:</i> Vitamina K(fitomenadiona) 10mg/mL, ampola. Fazer 1mL, via intramuscular profunda (região glútea), 1x ao dia. <i>Subcutâneo sem diluição:</i> Heparina sódica 5000 unidades internacionais/0,25mL, ampola. Fazer 0,25mL, subcutânea de 12/12h. <i>Intratecal com diluição:</i> Citarabina 100mg, frasco-ampola. Diluir 100mg em 5mL de solução fisiológica 0,9%. Fazer 1,5mL intratecal, 1x/dia. Diluir imediatamente antes do uso. Não reaproveitar o restante da solução para uso intratecal.
<b>USO INALATÓRIO</b>
Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + via + dose (medicamento e diluente) + posologia + orientação de uso
Exemplo: Bromidrato de fenoterol 5mg/mL, solução para inalação. Fazer aerosol com 5 gotas diluídas em 3 mL de solução fisiológica 0,9% de 6/6h. Nebulizar e inalar até esgotar toda a solução.

### 5.3. Monitoramento e indicadores para prescrição segura de medicamentos

- O processo da prescrição está padronizado e com o respectivo procedimento operacional padrão escrito, atualizado e divulgado?
- As prescrições devem ser revisadas por farmacêutico antes de serem dispensadas?
- Os erros de prescrição são notificados ao núcleo de segurança do paciente?Indicador

#### 5.3.1. Indicador

<b>Nome do indicador</b>	Taxa de erros na prescrição de medicamentos
<b>Objetivo do indicador</b>	Monitorar a ocorrência de erros na atividade de prescrição de medicamentos.
<b>Fórmula do indicador</b>	$\frac{\text{n}^\circ \text{ medicamentos prescritos com erro}}{\text{n}^\circ \text{ total de medicamentos prescritos}} \times 100$
<b>Periodicidade mínima de verificação</b>	Mensal
<b>Explicação da Fórmula</b>	<b>Nº de medicamentos prescritos com erro:</b> são os medicamentos prescritos faltando dose, forma farmacêutica, via de administração

	e contendo abreviatura UI ou U. <b>Nº total de medicamentos prescritos:</b> são todos os medicamentos prescritos em um determinado período de tempo.
<b>Fonte de Informação</b>	Prescrição médica ou odontológica (eletrônica, transcrita ou manual)
<b>Coleta de Dados</b>	Elaborar planilha para registro do número total de erros de prescrição e o número de medicamentos prescritos, utilizando a classificação de erros de prescrição. Totalizar os dados e aplicar a fórmula.
<b>Observações</b>	Em farmácias com sistemas informatizados, este poderá ser preparado para emitir relatório com as informações necessárias para a aplicação da fórmula do indicador
<b>Responsável</b>	Farmacêutico

## 6. Práticas seguras para dispensação de medicamentos

Os sistemas de dispensação de medicamentos em hospitais podem ser classificados em:

- coletivo,
- individualizado,
- misto e,
- dose unitária.

O tipo de sistema de dispensação adotado tem relação direta com a frequência de erros.

O Sistema Coletivo é caracterizado pela dispensação dos medicamentos por unidade de internação ou serviço, mediante solicitação da enfermagem para todos os pacientes da unidade. Implica em formação de estoques de medicamentos nas unidades os quais ficam sob responsabilidade da equipe de enfermagem. A reposição é feita periodicamente, em nome da unidade, através de requisições enviadas à farmácia. Este sistema de distribuição de medicamentos é considerado inseguro, devendo ser abolido dos estabelecimentos de saúde.

O Sistema Individualizado é caracterizado pela dispensação dos medicamentos por paciente, de acordo com a prescrição médica, geralmente para um período de 24 horas de tratamento. Esse sistema se mostra mais seguro que o sistema coletivo, entretanto menos seguro que o sistema por dose unitária.

O Sistema Misto é caracterizado pela combinação dos sistemas coletivo e individualizado, coexistindo o atendimento às unidades de internação, de forma parcial ou integral, pelo sistema individualizado, mediante prescrição, e os serviços como radiologia, endoscopia, urgência, ambulatorios, entre outros, atendidos pelo sistema coletivo, mediante requisição. Esse sistema mantém riscos elevados associados com a dispensação coletiva e recomenda-se aos estabelecimentos de saúde o sistema de dose unitária.

O Sistema Unitário consiste na dispensação dos medicamentos com doses prontas para a administração de acordo com a prescrição médica do paciente. A dose do medicamento é embalada, identificada e dispensada pronta para ser administrada, sem necessidade de transferências, cálculos e manipulação prévia por parte da enfermagem antes da administração ao paciente.

Nas unidades de internação são estocados apenas os medicamentos para atendimento de emergências e as doses necessárias para suprir às 24 horas de tratamento dos pacientes.

Nesse sistema os medicamentos também poderão ser dispensados por horário de administração, reduzindo a quantidade e variedade de medicamentos nas unidades de internação.

## **6.1. Intervenções**

A farmácia tem entre suas importantes funções a dispensação dos medicamentos e deve assegurar que os medicamentos estejam disponíveis para administração ao paciente, no tempo adequado, na dose correta, assegurando a manutenção das características físicas, químicas e microbiológicas, contribuindo para o uso seguro dos mesmos. A farmácia deverá possuir estrutura organizada, bem como processos de trabalho escritos e difundidos, que promovam a prevenção, identificação e redução de erros de prescrição e dispensação.

### **6.1.1. Itens de verificação para a dispensação segura de medicamentos**

O ambiente destinado à dispensação deve ser reservado, com fluxo restrito de pessoas, sem fonte de interrupção e distração (tais como televisão, rádio e outras), de modo a permitir maior segurança ao processo de dispensação e adequado fluxo de trabalho. Este ambiente deve dispor de lavatório para permitir a higienização das mãos no próprio local ou em local próximo e de fácil acesso.

Os ambientes da farmácia, onde são armazenados e dispensados os medicamentos, devem ser limpos, organizados, bem iluminados e com adequado controle e registro de temperatura, umidade e controle de pragas;

A dispensação segura é precedida pelas atividades de seleção, padronização, armazenamento, fracionamento e identificação seguras dos medicamentos na farmácia;

O número de apresentações e concentrações de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, padronizados na instituição, deve ser restrito e suas doses máximas estabelecidas e divulgadas.

O estabelecimento de saúde deverá realizar ações de educação permanente, de forma sistemática e registrada, para farmacêuticos e auxiliares de farmácia, com foco na segurança do uso de medicamentos, envolvendo os processos de: seleção, padronização, armazenamento, fracionamento, análise farmacêutica da prescrição e dispensação dos medicamentos.

O estabelecimento de saúde deverá manter farmacêuticos e auxiliares de farmácia, em número suficiente para permitir a dispensação segura de medicamentos;

### **6.1.2. Estratégias para dispensação segura relacionadas ao armazenamento**

A farmácia deverá possuir procedimentos operacionais atualizados, que definam regras para o armazenamento, descrevendo critérios de ordenação que privilegiem a segurança do processo de dispensação, podendo lançar mão de ordenamento alfabético e por forma farmacêutica, associado a identificação, com etiquetas coloridas, dos medicamentos com elevado risco de troca, e medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância.

Poderão ainda associar medidas de restrição de acesso, para armazenamento de produtos que possibilitam riscos elevados de troca (em virtude de similaridade de nomes e apresentação, bem como os medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância) e maior gravidade na ocorrência da mesma, como por exemplo: hidrocortisona e succinilcolina.

A farmácia deverá possuir procedimento operacional atualizado que contemple a validação/conferência do armazenamento do produto certo no local certo, com minimamente uma conferência diária. Esse procedimento deverá ser realizado de forma contínua e sistemática, com registro de execução, propiciando segurança aos processos de armazenamento e dispensação de medicamentos, sobretudo após devolução de medicamentos.

Identificar os locais de armazenamento de medicamentos que apresentam grafias e sons semelhantes, com etiquetas de alerta que proporcionem a escrita de parte do nome do medicamento com letras maiúsculas e negrito, destacando a diferença entre nomes parecidos, como por exemplo: **LAMI**vudina e **ZIDO**vudina<sup>23,26</sup>.

Armazenar em local seguro e diferenciado os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância e utilizar na etiqueta de identificação desses medicamentos símbolo, cor ou outra marca que o diferencie dos demais medicamentos.

### 6.1.3. Estratégias para dispensação segura relacionadas à prescrição

Realizar a análise farmacêutica das prescrições, priorizando aquelas que contém antimicrobianos e medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, observando concentração, viabilidade, compatibilidade físico-química e farmacológica dos componentes, dose, dosagem, forma farmacêutica, via e horários de administração, devendo ser realizada antes do início da dispensação e manipulação.

Com base nos dados da prescrição, devem ser registrados os cálculos necessários ao atendimento da mesma, ou à manipulação da formulação prescrita, observando a aplicação dos fatores de conversão, correção e equivalência, quando aplicável, sendo apostos e assinado pelo farmacêutico.

Recomenda-se a utilização de programa informatizado com suporte terapêutico que incorpore um conjunto adequado de verificações automatizadas em prescrições, tais como: triagem para duplicidade terapêutica, alergias, interações medicamentosas, intervalos de dose adequados, alerta para doses superiores às máximas, alertas para nomes semelhantes, entre outros, auxiliando o farmacêutico no processo de análise farmacêutica da prescrição;

Recomenda-se que fontes de ruídos e distrações sejam reduzidas (conversas) e eliminadas (televisão, música, uso de telefones celulares e fixos) no momento da análise e dispensação dos medicamentos;

Recomenda-se adotar o uso de rótulos diferenciados, notas em sistema informatizado, e cartazes de alerta no local de armazenamento e dispensação de medicamentos com elevada propensão a trocas;

Implantar sistemas seguros, organizados e eficazes de dispensação, para reduzir a ocorrência de erros, privilegiando a dispensação por dose individualizada e unitária;

Em farmácias ambulatoriais e hospitalares, as etapas de recebimento da prescrição, separação e dispensação dos medicamentos ao paciente devem ser realizadas com dupla conferência dos medicamentos;

Elaborar e disponibilizar procedimentos operacionais atualizados para a dispensação de medicamentos com destaque especial para os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância.

Restringir a dispensação através de ordem verbal exclusivamente para situações de urgência e emergência, devendo a prescrição do medicamento ser entregue na farmácia imediatamente após a normalização da situação que gerou a ordem. Nestes casos, o farmacêutico que ouviu a

ordem verbal deverá repetir o que escutou para certificar-se da informação, procedendo a dispensação e registrando sua ocorrência em formulário específico.

## **6.2. Procedimento operacional padrão para dispensação de medicamentos**

A análise das prescrições deve ser realizada pelo farmacêutico antes do início da separação dos medicamentos, conferindo se todos os elementos de identificação da instituição, do paciente, do prescritor e a data estão disponíveis;

Analisar os medicamentos prescritos evitando que possíveis erros de prescrição se tornem erros de dispensação;

Dirimir todas as dúvidas por ventura existentes, diretamente com o prescritor, especialmente aquelas relacionadas à grafia médica, eliminando interpretação ou dedução do que está escrito.

Analisar os medicamentos prescritos considerando os seguintes aspectos: dose, forma farmacêutica, concentração, via de administração, posologia, diluente, velocidade de infusão, tempo de infusão, indicação, contra-indicação, duplicidade terapêutica, interação medicamento-medicamento e medicamento-alimento;

O auxiliar de farmácia não deverá separar simultaneamente prescrições diferentes;

A organização do ambiente de dispensação deverá ser mantida, assegurando suficiente espaço e instrumentos de trabalho que permitam a manutenção dos medicamentos devidamente separados por prescrição e por paciente, até a sua dispensação, evitando que medicamentos prescritos e dispensados para um paciente sejam entregues a outros. Para essa finalidade poderão ser utilizados carros de medicação, ou embalagens plásticas identificadas.

Realizar a conferência dos medicamentos separados para dispensação, verificando se as informações disponíveis no rótulo dos medicamentos são iguais as da prescrição. Este procedimento previne a ocorrência da dispensação errada de medicamentos;

Identificar os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância e fazer meticulosa revisão da prescrição e dispensação deles;

Verificar se na prescrição existem medicamentos com nomes ou embalagens semelhantes, dedicando especial atenção na conferência dos mesmos, para não ocorrer troca;

Realizar a conferência final da prescrição com o resultado da dispensação, utilizando, sempre que possível o auxílio de dispositivos eletrônicos, tais como código de barras;

Para a dispensação ambulatorial, realizar orientação e aconselhamento do paciente previamente a dispensação dos medicamentos, objetivando identificar e interceptar erros;

Realizar o registro escrito, em formulário específico, das intervenções farmacêuticas realizadas.

## **6.3. Monitoramento e indicadores para a dispensação segura**

O ambiente no qual é realizado a dispensação de medicamentos possui as condições adequadas (temperatura, luminosidade, iluminação, ruído e outros) para o armazenamento e dispensação segura de medicamentos?

O processo de dispensação de medicamentos possui procedimento operacional escrito e atualizado?

O farmacêutico revisa as prescrições de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância?

Os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância são identificados de forma diferenciada dos medicamentos em geral, no armazenamento e dispensação?

A dupla checagem dos medicamentos de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância dispensados é realizada no estabelecimento de saúde?

O estabelecimento de saúde utiliza sistema de dispensação seguro?

Existe restrição formal e registro da dispensação de medicamentos por ordem verbal?

O estabelecimento registra e notifica erros de dispensação?

### 6.3.1. Indicador

<b>Nome do indicador</b>	Taxa de erros na dispensação de medicamentos
<b>Objetivo do indicador</b>	Monitorar a ocorrência de erros na atividade de separação/dispensação de medicamentos para atendimento ao paciente.
<b>Fórmula do indicador</b>	$\frac{\text{n}^\circ \text{ medicamentos dispensados com erro}}{\text{n}^\circ \text{ total de medicamentos dispensados}} \times 100$
<b>Periodicidade mínima de verificação</b>	Mensal
<b>Explicação da Fórmula</b>	<b>Nº de medicamentos dispensados com erro:</b> são os itens separados em discordância com a prescrição médica. Não é considerado erro de dispensação o medicamento que não foi dispensado por falta no estoque. <b>Nº total de medicamentos dispensados:</b> todos os medicamentos dispensados em um determinado período de tempo.
<b>Fonte de Informação</b>	Prescrição médica ou odontológica (eletrônica, transcrita ou manual)
<b>Coleta de Dados</b>	Elaborar planilha para registro do número total de medicamentos dispensados e dos medicamentos dispensados com erro utilizando a classificação de erros de dispensação. Totalizar os dados e aplicar a fórmula.
<b>Observações</b>	Em farmácias com sistemas informatizados, este poderá ser preparado para emitir relatório com as informações necessárias para a aplicação da fórmula do indicador
<b>Responsável</b>	Farmacêutico



## 7. Práticas seguras na administração de medicamentos

A administração de medicamentos é um processo multi e interdisciplinar, que exige do indivíduo, responsável pela administração, conhecimento variado e consistente. É fundamental o conhecimento sobre os princípios que envolvem a administração de medicamentos, tais como a ação, interações e efeitos colaterais, uma vez que um erro pode trazer graves conseqüências aos pacientes sob a responsabilidade desses profissionais. Além dos conhecimentos sobre farmacologia, são também imprescindíveis os conhecimentos acerca de outras áreas, tais como anatomia, fisiologia, microbiologia e bioquímica, para a administração segura de medicamentos<sup>41</sup>.

A etapa de administração é a última barreira para evitar um erro de medicação derivado dos processos de prescrição e dispensação, aumentando, com isso a responsabilidade do profissional que administra os medicamentos, o qual na grande maioria das vezes é um técnico de enfermagem ou enfermeiro. Ao realizar a terapia medicamentosa, o profissional deve considerar a responsabilidade desta tarefa encarando-a não somente como uma atribuição técnica profissional, mas também como um ato de extrema consciência social e humana .

A dimensão dos erros relacionados à administração de medicamentos foi apresentada em estudo realizado por MIASSO e colaboradores, em 2006, em quatro hospitais brasileiros, tendo sido evidenciado que 1,7% dos medicamentos administrados foram diferentes dos medicamentos prescritos; 4,8% das doses administradas diferiam das prescritas;1,5% dos medicamentos foram administrados em vias diferentes das prescritas;0,3% dos pacientes receberam medicamentos não autorizados ou não prescritos;cerca de 2,2% dos medicamentos foram administrados uma hora antes do previsto e 7,4% mais de uma hora depois do prescrito.

### 7.1. Intervenções

#### 7.1.1.Itens de verificação para administração segura de medicamentos

A equipe de enfermagem tem seguido tradicionalmente os cinco certos na administração de medicamentos (paciente, medicamento, via, hora e dose corretos) e, mais recentemente, os sete certos (incluindo documentação e razão).

Um recente artigo identifica nove certos para administração de medicamentos: Paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, documentação certa, ação certa, forma certa e resposta certa<sup>30</sup>.

Os nove certos não garantem que os erros de administração não ocorrerão, mas segui-los pode prevenir uma parte significativa desses eventos, melhorando a segurança e a qualidade da assistência prestada ao paciente durante o processo de administração de medicamentos.

#### a) Paciente certo

Pergunte, ao paciente, o nome completo dele, antes de administrar o medicamento e utilize no mínimo dois identificadores para confirmar o paciente certo.

O medicamento deve ser administrado ao paciente para o qual foi prescrito.

Nesta etapa, é importante fazer perguntas abertas, e que necessitam de maior interação paciente-profissional, tal como:

- “Por favor, me diga qual o seu nome completo?”

Além disso, é importante verificar se este paciente corresponde ao:

- nome identificado na pulseira
- nome identificado no leito e
- nome identificado prontuário.

**IMPORTANTE:** Caso o paciente apresenta baixo nível de consciência, impossibilitando-o de confirmar o nome completo, a equipe assistencial deverá conferir o nome do paciente descrito na prescrição com a pulseira de identificação, devendo ainda associar pelo menos mais dois indicadores diferentes para identificação<sup>10</sup>.

Outra estratégia que auxilia a evitar a administração de medicamentos ao paciente errado é existir norma interna do estabelecimento de saúde que não permita que dois pacientes com o mesmo nome fiquem internados simultaneamente no mesmo quarto ou enfermaria.

**b) Medicamento certo**

- Confira se o nome do medicamento que tem em mãos é o que está prescrito.  
O nome do medicamento deve ser confirmado com a prescrição antes de ser administrado, de forma a assegurar que o medicamento certo seja administrado.
- Conheça o paciente e suas alergias. Confira se o paciente não é alérgico ao medicamento prescrito.  
Atenção, alguns medicamentos são associações. Nesses casos é necessário conhecer a composição dos medicamentos para identificar se paciente não é alérgico a algum dos componentes do medicamento.
- Identifique os pacientes alérgicos com pulseira e aviso em prontuário.  
Todos os fatos descritos pelo paciente/cuidador ou observado pela equipe, sejam eles reações adversas, efeitos colaterais ou erros de medicação, devem ser registrados em prontuário e quando apropriado, notificados. Recomenda-se que os pacientes alérgicos recebam uma identificação diferente alertando toda a equipe, tais como pulseira de identificação de cor vermelha e aviso no seu prontuário<sup>10</sup>.

**c) Via certa**

- Identifique na prescrição a via de administração prescrita;
- Verifique se a via de administração prescrita é a via recomendada para administrar o medicamento;

Em caso de prescrição de medicamento por via endovenosa, verifique se o diluente (tipo e volume) foi prescrito e se a velocidade de infusão foi estabelecida, analisando sua compatibilidade com a via de administração e com o medicamento prescrito;

- Avalie a compatibilidade do medicamento com os produtos para a saúde utilizados para sua administração (seringas, cateteres, sondas, equipos, e outros).

Informações sobre compatibilidade de medicamentos e produtos para a saúde utilizados na administração dos mesmos deverão estar disponíveis em manual ou em base de dados para consulta, no local do preparo dos medicamentos.

- Em caso de administração por sonda nasogástrica ou nasoentérica, ou administração de medicamentos por via parenteral, identifique no paciente, qual a conexão correta para a via de administração prescrita;

- Lave as mãos antes do preparo e administração do medicamento;
- Para administração de medicamentos por via parenteral, realize a anti-sepsia do local da aplicação;
- Administre o medicamento somente pela via prescrita;

Todas as dúvidas deverão ser esclarecidas previamente à administração do medicamento. As dúvidas sobre os medicamentos, adequação da via de administração ao medicamento prescrito e compatibilidade de materiais devem ser sanadas com a supervisão de enfermagem, prescritor ou farmacêutico. As dúvidas de legibilidade da prescrição deverão ser sanadas diretamente com o prescritor.

d) Hora certa

- Prepare o medicamento de modo a garantir a sua administração seja feita sempre no horário correto.

O medicamento deve ser administrado no horário correto para garantir níveis séricos terapêuticos. A antecipação da administração ou o atraso da mesma, em relação ao horário pré-definido somente poderá ser feito com o consentimento do enfermeiro e do prescritor, e nesse caso, nunca por mais de meia hora após o horário previsto.

- Prepare o medicamento no horário oportuno e de acordo com as recomendações do fabricante, assegurando a estabilidade do mesmo;

e) Dose certa

- Leia com muita atenção e confira a dose prescrita para o medicamento;
- Doses escritas com “zero”, “vírgula” e “ponto”, devem ter atenção redobrada, conferindo com o prescritor a dose desejada, para que não ocorram erros na dose certa.

Erro na leitura da prescrição pode resultar em doses 10 ou 100 vezes superiores a desejada.

- Medicamentos prescritos em infusão contínua, deverão ter a velocidade de gotejamento e a programação e funcionamento das bombas de infusão contínua conferidos. Certifique-se de que a infusão programada é a prescrita para aquele paciente.
- Verifique a unidade de medida utilizada na prescrição. Unidades de medida imprecisas (colher de chá, colher de sopa, ampola e outras) não devem ser utilizadas na administração. Neste caso, consulte o prescritor e solicite a prescrição de uma unidade de medida do sistema métrico.
- Para a administração de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, deverá ser realizada dupla checagem dos cálculos para o preparo e programação de bomba para administração dos medicamentos.
- Medicamentos prescritos com orientações vagas de administração, tais como “fazer se necessário”, “conforme ordem médica” ou “a critério médico” não deverão ser administrados, a menos que acompanhadas da dose, posologia e condição de uso do

medicamento, devendo ser solicitada ao prescritor a complementação da prescrição para possibilitar a execução.

f) Registro certo da administração

- Registre na prescrição o horário da administração do medicamento.  
A “checagem” do horário da administração do medicamento no prontuário deve ser realizada a cada dose. Deverão também ser registradas todas as ocorrências relacionadas aos medicamentos, tais como adiamentos, cancelamentos, desabastecimento, recusa do paciente e eventos adversos.

g) Ação certa

- Em caso de dúvidas sobre a razão da indicação do medicamento, sua posologia ou outra informação sobre o medicamento, o profissional deve perguntar ao prescritor, esclarecendo sua dúvida antes de administrá-lo ao paciente
- O profissional deve orientar e instruir o paciente sobre qual medicamento está sendo administrado (nome), justificativa da indicação, efeitos esperados e aqueles que necessitam de acompanhamento e monitorização.
- O paciente possui o direito de conhecer o aspecto (cor e formato) dos medicamentos que está recebendo e a frequência com que será ministrado, bem como sua indicação, sendo este conhecimento útil na prevenção de erro de medicação.

h) Forma certa

- Observe se o medicamento a ser administrado possui a forma farmacêutica prescrita e se esta forma está apropriada para a condição clínica do paciente e via de administração definida em prescrição.

Todas as dúvidas deverão ser esclarecidas e eliminadas antes da administração, devendo neste caso contar com o enfermeiro, farmacêutico ou prescritor para esclarecimentos, de forma a permitir a administração da forma farmacêutica correta para a via de administração prescrita, ao paciente certo.

- Caso seja necessário realizar a trituração e suspensão do medicamento para administração por sonda nasogástrica ou nasoentérica, é recomendado que a farmácia disponibilize o medicamento em dose unitária ou que disponibilize manual de diluição, preparo e administração de medicamentos, elaborado com base nas melhores evidências científicas disponíveis<sup>10</sup>.

i) Resposta certa

- Observe cuidadosamente o paciente, para identificar, quando possível, se o medicamento teve o efeito desejado.

Todos os efeitos diferentes (em intensidade e forma) do esperado para o medicamento deverão ser registrados na evolução do paciente e informados ao prescritor. O paciente e cuidador também são importantes parceiros na observação e relato dos efeitos. Mantenha uma comunicação clara com os mesmos e registre todas as anormalidades. Em caso de respostas diferentes do padrão usual, registre

todos os parâmetros de monitorização adequados (sinais vitais, glicemia capilar, entre outros).

### **7.1.2. Intervenções específicas:**

- Instituir a prática de dupla checagem, por dois profissionais, para os cálculos de diluição e administração de medicamentos potencialmente perigosos ou medicamentos de alta vigilância.
- Remover do estoque das unidades de internação, os eletrólitos concentrados (especialmente cloreto de potássio injetável) e bloqueadores neuromusculares. Somente devem permanecer nas unidades de internações os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância que sejam absolutamente necessários a assistência ao paciente.

### **7.2. Procedimento operacional padrão para administração de medicamentos<sup>11,32</sup>**

- Implemente a prática de verificação dos nove certos da terapia medicamentosa. Certifique-se de que as informações sobre o processo de medicação estejam documentadas corretamente. Somente administre medicamento se tiver suas dúvidas esclarecidas;
- Estabeleça protocolos institucionais de administração de medicamentos e os atualize;
- Imediatamente após a administração do medicamento, registre a ação, conforme protocolo da instituição;
- O preparo e a administração de medicamentos realizada por técnicos e auxiliares de enfermagem devem ser supervisionados por enfermeiro;
- Atente-se para o protocolo da instituição que deve ditar sobre o preparo de pacientes para exames ou jejum que possam interferir na administração do medicamento.
- Nestes casos, não administre ou adie a administração de doses, sem discutir a melhor conduta com o prescritor.
- Relate e registre a omissão de dose adequadamente, se houver. Se necessário, procure orientação com outro profissional;
- Adeque os horários de administração dos medicamentos à rotina de uso já estabelecida pelo paciente antes da internação, sempre que possível;
- Previna a interação medicamento-medicamento e medicamento-alimento quando realizar o aprazamento de medicamentos.
- Discuta a prevenção das interações com a equipe multiprofissional (médico, farmacêutico e nutricionista);
- Siga o protocolo institucional quanto à verificação das prescrições na passagem de plantão;
- Siga o protocolo institucional quanto aos cuidados para que não haja a administração de medicamentos suspensos pelo médico;
- Padronize o armazenamento adequado e a identificação completa e clara de todos os medicamentos utilizados na instituição;

- Supervisione o controle da temperatura da geladeira de acondicionamento de medicamentos, observando o parâmetro mínimo e máximo de temperatura. Em caso de dúvidas, contate o farmacêutico;
- Organize local adequado para o preparo de medicamentos, sem fontes de distração e que permita ao profissional se concentrar na atividade que está realizando e que tenha poucas interrupções;
- Acesse informações científicas atualizadas e relevantes e as disponibilize para todos os profissionais da equipe, incluindo guias de prevenção de incompatibilidades entre fármacos e soluções e de diluição de medicamentos;
- Realize cálculos e medida das doses com exatidão. Sempre que calcular doses para medicamentos potencialmente perigosos ou medicamentos de alta vigilância, solicite revisão por um colega. Em caso de dúvidas, contate outro profissional da equipe multidisciplinar;
- Promova grupos de estudo com outros profissionais (enfermeiros, médicos, farmacêuticos) e consulte guias, bulas de medicamentos e protocolos institucionais para atualização e capacitação.
- Em caso de dúvidas sobre o nome do medicamento, posologia, indicações, contra-indicações, precauções de uso, preparo e administração, faça consultas ao farmacêutico e em fontes de informações atualizadas e idôneas.
- Utilize instrumentos de medida padrão no preparo de medicamentos (Ex: seringas milimetradas) para medir doses com exatidão;
- Siga os sistemas de identificação do paciente e do leito ou sala de medicação estabelecidos nos protocolos institucionais;
- Padronize equipamentos, como bombas de infusão, na unidade, limitando a variedade de opções;
- Siga a prescrição de enfermagem para o uso de bombas de infusão para administração segura de medicamentos;
- No horário de administração do medicamento, leve ao local de administração apenas o que esta prescrito ao paciente específico, não fazendo uso de bandeja contendo diversos medicamentos para diferentes pacientes;
- Utilize materiais e técnicas estéreis para administrar medicamentos por via endovenosa e para outras vias que exigem tal tipo de técnica;
- Prepare o medicamento imediatamente antes da administração, a não ser que haja recomendação especial do fabricante para procedimento diferente;
- Identifique corretamente os frascos de medicamentos preparados que serão armazenados (com data e horário da manipulação, concentração do medicamento e nome do responsável pelo preparo);
- Somente em caso de emergência administre medicamento por ordem verbal. Neste caso, deve haver método de dupla checagem para administração após solicitações verbais e deve-se documentar por escrito dessa ordem;

- Registre corretamente a administração do medicamento prescrito no prontuário do paciente. Isso certifica ao profissional e a toda equipe de que o medicamento foi administrado ao paciente, evitando a duplicação da administração do medicamento por outro profissional;
- Informe ao paciente e família sobre eventuais incidentes relacionados à terapia medicamentosa, registrando-os em prontuário e notificando-os a Gerência de Riscos e/ou ao Núcleo de Segurança do Paciente;
- No momento da administração, sempre comunique ao paciente qual é o medicamento que está sendo administrado e qual a sua ação.
- Devolva as sobras de medicamentos não administrados para a farmácia. A literatura demonstra que estoques de medicamentos nas enfermarias são fonte importante de erros de administração (Cohen, 2006f).

### 7.3. Estratégia de monitoramento e indicador para a administração segura de medicamentos

#### 7.3.1. Perguntas de Check List:

- O estabelecimento de saúde possui procedimento operacional padrão para administração de medicamentos com a verificação dos 9 certos: paciente, medicamento, via, hora, dose, registro, ação, forma e resposta certas?
- Os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância foram removidos do estoque das unidades de internação principalmente o cloreto de potássio injetável?
- Os eventos adversos relacionados a administração de medicamentos são notificados ao núcleo de segurança do paciente?
- Existem sobras de medicamentos não administrados estocados nas enfermarias?

#### 7.3.2. Indicador

<b>Nome do indicador</b>	Taxa de erros na administração de medicamentos
<b>Objetivo do indicador</b>	Monitorar a ocorrência de erros na atividade de administração de medicamentos para atendimento ao paciente.
<b>Fórmula do indicador</b>	$\frac{\text{n}^\circ \text{ medicamentos administrados com erro}}{\text{n}^\circ \text{ total de medicamentos administrados}} \times 100$
<b>Periodicidade mínima de verificação</b>	Mensal
<b>Explicação da Fórmula</b>	<b>Nº de medicamentos administrados com erro:</b> são os itens administrados em discordância com a prescrição médica e caracterizados como erro de administração <b>Nº total de medicamentos administrados:</b> todos os medicamentos administrados em um determinado período de tempo.
<b>Fonte de Informação</b>	Registros de enfermagem na prescrição médica ou odontológica (eletrônica, transcrita ou manual)

<b>Coleta de Dados</b>	Elaborar planilha para registro do número total de medicamentos administrados e dos medicamentos administrados com erro utilizando a classificação de erros de administração. Totalizar os dados e aplicar a fórmula.
<b>Responsável</b>	Enfermeiro

#### **7.4. Estratégias de monitoramento e indicadores gerais para o uso seguro de medicamentos:**

##### **7.4.1. Perguntas de Check List:**

- O processo de uso dos medicamentos (prescrição, dispensação e administração) está devidamente descrito em procedimentos operacionais padrão, atualizados e divulgados para os profissionais do estabelecimento de saúde?
- O estabelecimento de saúde possui e divulga periodicamente as listas de medicamentos selecionados/padronizados para os profissionais de saúde da instituição?
- A revisão da lista de medicamentos selecionados/padronizados é feita a cada dois anos?
- O Estabelecimento de Saúde possui e divulga lista de nomes de medicamentos com grafias e sons semelhantes para prescritores, farmacêuticos e enfermeiros?
- O Estabelecimento de Saúde possui e divulga lista de nomes de medicamentos potencialmente perigosos ou medicamentos de alta vigilância disponíveis na instituição para prescritores, farmacêuticos e enfermeiros?
- O Estabelecimento de Saúde possui e divulga lista de doses máximas de medicamentos potencialmente perigosos ou medicamentos de alta vigilância disponíveis na instituição para prescritores, farmacêuticos e enfermeiros?
- Os prescritores, farmacêuticos e enfermeiros dispõem de acesso a fontes de informação atualizada e baseada em evidência científica?
- O estabelecimento de saúde possui rotina para transferência interna e externa de pacientes e que contemple a segurança no processo de utilização dos medicamentos na transição do paciente?
- O estabelecimento de saúde proporciona aos profissionais de saúde, educação e treinamento em uso seguro de medicamentos?
- O estabelecimento de saúde possui política de incentivo a melhoria da segurança do uso de medicamentos, centrado na notificação, treinamento e ambiente não punitivo?

#### **8. Referências bibliográficas**

- 8.1.** ANACLETO TA, PERINI E, ROSA MB, CÉSAR CC. Drug-Dispensing Errors in the Hospital Pharmacy. Clinics. 2006;18:32-36, 2006.
- 8.2.** ANACLETO TA, PERINI E, ROSA MB. Medication errors and drug-dispensing systems in a hospital pharmacy. Clinics 60(4):325-32, 2005
- 8.3.** ABUSHAIQA, M.E. et al. Educational interventions to reduce use of unsafe abbreviations. Am J Health Syst Pharm, v. 64, n. 11, p. 1170-1173, jun. 2007.



- 8.4.** ASPDEN, P. et al. (ed.). Committee on Identifying and Preventing Medication Errors. Preventing medication errors. Institute of Medicine of the National Academies. Washington, D.C.: The National Academies Press, 2007, 544 p. (Quality Chasm Series).
- 8.5.** BATES, D.W.; GAWANDE, A.A. Error in medicine: what we have learned? *Ann Intern Med*, Philadelphia, v. 132, n. 9, p. 763-767, 2000.
- 8.6.** BESO A, FRANKLIN BD, BARBER N. The frequency and potential causes of dispensing errors in a hospital pharmacy. *Pharm World Sci.* v.27, n.3, p.182-90, 2005.
- 8.7.** BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- 8.8.** BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 4283 de 30 de dezembro de 2010. Aprova as diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, 31 de dez. 2010.
- 8.9.** CALIFÓRNIA. The Medication Errors Panel (2005). "A report from The Medication Errors Panel. Pursuant to California Senate Concurrent Resolution", SCR 49 (2007) Medication Errors Panel Report.
- 8.10.** CASSIANI, S. H. B. ; DEUS, N. N. ; CAPUCHO, H. C. . Administración segura de medicamentos. In: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Cometto, M.C.; Gómez, P.F.; Dal-Sasso, G.T.M.; Grajales, R.A.Z.; Cassiani, S.H.B.; Morales, C.F.. (Org.). *Enfermería y seguridad de los pacientes*. 1ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, v. 1, p. 225-238. 2011.
- 8.11.** COREN-SP/REBRAENSP/SP. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Erros de Medicação. Definições e Estratégias de Prevenção. São Paulo, 2011. p. 35.
- 8.12.** GOMES, M. J. V. M.; REIS, A. M. M. Ciências farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar. São Paulo: Editora Atheneu; 2003. 558p.
- 8.13.** COHEN, M.R. Medication errors. Washington: American Pharmaceutical Association, 680 p., 2006a.
- 8.14.** COHEN, M.R. et al. High-Alert medications: safeguarding against errors. In: COHEN, M.R. (ed.). Medication errors. Washington: American Pharmaceutical Association, p. 317-411, 2006b.
- 8.15.** COHEN, M.R. Preventing prescribing errors. In: COHEN, M.R. (ed.). Medication errors. Washington: American Pharmaceutical Association, p. 175-203, 2006c.
- 8.16.** COHEN, M.R. et al. Errors-Prone abbreviations and dose expressions. In: COHEN, M.R. (ed.). Medication errors. Washington: American Pharmaceutical Association, p. 153- 171, 2006d.
- 8.17.** COHEN, M.R. et al. Preventing dispensing errors In: COHEN, M.R. (ed.). Medication errors. Washington: American Pharmaceutical Association, p. 205-232, 2006e.

- 8.18.** COHEN, M.R. et al. Preventing drug administration errors In: COHEN, M.R. (ed.). Medication errors. Washington: American Pharmaceutical Association, p. 235-274, 2006f.
- 8.19.** COMMITTEE OF EXPERTS ON MANAGEMENT OF SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE: EXPERT GROUP ON SAFE MEDICATION PRACTICES. Glossary of terms related to patient and medication safety. Disponível em: [http://www.who.int/patientsafety/highlights/COE\\_patient\\_and\\_medication\\_safety\\_gl.pdf](http://www.who.int/patientsafety/highlights/COE_patient_and_medication_safety_gl.pdf) >. Acesso em: 11 março 2010.
- 8.20.** DEAN, B.; BARBER, N.; SCHACHTER, V. What is prescribing error? Qual Health Care, Oxford, v. 9, p. 232-237, 2000.
- 8.21.** FEDERICO F. Preventing harm from high-alert medications. Jt. Comm. J. Qual. Patient Saf., v.33, n.9, p.537-542, 2007.
- 8.22.** FERRACINI FT. Estrutura Organizacional. IN: FERRACINI FT, FILHO WMB. Prática farmacêutica no ambiente hospitalar: do planejamento à realização. São Paulo: editora Atheneu, 2005.
- 8.23.** GERRETT D et al. Tallman lettering. Final report of the use of tallman lettering to minimize selection errors of medicine names in computer prescribing and dispensing systems. Loughborough University Enterprises Ltd.; 2009. Disponível em [www.connectingforhealth.nhs.uk/systemsandservices/eprescribing/refdocs/](http://www.connectingforhealth.nhs.uk/systemsandservices/eprescribing/refdocs/). Acesso em 10 de abril de 2013.
- 8.24.** INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. How-to Guide: Prevent Harm from High-Alert Medications. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2012. Disponível em [www.ihc.org](http://www.ihc.org). Acesso em 11 abril de 2013.
- 8.25.** INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICES CANADA. Canadian Medication Incident Reporting and Prevention System. DefinitionsofTerms. Disponível em: [www.ismpcanada.org/definitions.htm](http://www.ismpcanada.org/definitions.htm) Acesso em 14 março 2013.
- 8.26.** INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICES. FDA and ISMP Lists of Look-Alike Drug Names with Recommended Tall Man Letters 2011. Disponível em [www.ismp.org/tools/tallmanletters.pdf](http://www.ismp.org/tools/tallmanletters.pdf). Acesso em 11 abril de 2013.
- 8.27.** LANDRIGAN, C.P. et al. Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. N Engl J Med, Boston, v. 363, n. 22, p. 2124-34, 2010
- 8.28.** LEAPE, L.L.; BERWICK, D.M.; BATES, D.W. What practices will most improve safety? JAMA, v. 288, n. 4, p. 501-507, 2002. DOI:10.1001/jama.288.4.501.
- 8.29.** LEAPE, L.L. et al. The nature of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. N Engl J Med, Boston, v. 324, n. 6, p. 377-384, 1991.
- 8.30.** MALCOLM E, YISI L. The nine rights of medication administration: an overview. Br J Nurs 2010 Mar; 19:(5):300-05
- 8.31.** MIASSO AI, GROU CR, CASSIANI SHB, SILVA AEBC, FAKIH FT. Erros de medicação: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. Rev. Esc. Enferm. USP . 2006 Dez ; 40(4): 524-532.

- 8.32.** NASCIMENTO MMG; ROSA MB; HARADA, MJCS. Prevenção de erros de administração de medicamentos no sistema de saúde. *Revista Meio de Cultura*, Março. 2013.
- 8.33.** NÉRI, E.D.R. Determinação do perfil dos erros de prescrição de medicamentos em um hospital universitário. 2004. Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/2064aa80474592999afade3fbc4c6735/dissertacao\\_perfil\\_erros\\_prescri%25E7%25E3o\\_hospital.pdf?MOD=AJPERES](http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/2064aa80474592999afade3fbc4c6735/dissertacao_perfil_erros_prescri%25E7%25E3o_hospital.pdf?MOD=AJPERES). Acesso em 13 de abril de 2013.
- 8.34.** NÉRI, et al. Erros de prescrição de medicamentos em um hospital brasileiro. *Rev Assoc Med Bras* 57(3):306-314, 2011.
- 8.35.** NÉRI, E.D.R. VIANA, P.R. CAMPOS, T.A. org. Dicas para uma boa prescrição hospitalar. 2008. Disponível em: [http://www.huwc.ufc.br/arquivos/biblioteca\\_cientifica/1261588761\\_49\\_0.pdf](http://www.huwc.ufc.br/arquivos/biblioteca_cientifica/1261588761_49_0.pdf). Acesso em 13 março 2013
- 8.36.** ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Programa de ação sobre medicamentos essenciais. Guia para a boa prescrição médica. ArtMed, 1998.
- 8.37.** PHILLIPS, D.P.; CHRISTENFELD, N.; GLYNN, L.M. Increase in US medication-error deaths between 1983 and 1993. *Lancet*, London, v. 351, n. 9103, p. 643-644, 1998.
- 8.38.** ROSA M.B. et al. Errors in hospital prescriptions of high-alert medications. *Rev Saude Publica*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 490-8, Jun, 2009.
- 8.39.** SHEKELLE P.G. et al. Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices. Comparative Effectiveness Review No. 211. (Prepared by the Southern California-RAND Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2007-10062-I.) AHRQ Publication No. 13-E001-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. March 2013. Disponível em: [www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/ptsafetyuptp.html](http://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/ptsafetyuptp.html) Acesso em 11 de abril de 2013.
- 8.40.** Taxis K, Barber N. Ethnographic study of incidence and severity of intravenous drug errors. *BMJ* 326(7391):684-7, 2003.
- 8.41.** Telles Filho, P.C.P., Cassiani, S.H.b.. Administração de medicamentos: aquisição de conhecimentos e habilidades requeridas por um grupo de enfermeiros. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [serial on the Internet]. 2004 June; 12(3): 533-540. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692004000300012&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692004000300012&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000300012>. Acesso em 9 abril 2013.
- 8.42.** WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. Action on patient safety. High 5s. World alliance for patient safety. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/en>. Acesso em: 10 abril 2013.
- 8.43.** WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. World Alliance for Patient Safety: Forward programme 2006–2007. Geneva. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/World Health>