

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ATENÇÃO À SAÚDE

ALINE DE OLIVEIRA MEIRELES PIRES

**SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS DE
UM HOSPITAL DE ENSINO**

UBERABA-MG

2016

ALINE DE OLIVEIRA MEIRELES PIRES

**SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS DE
UM HOSPITAL DE ENSINO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, nível Mestrado da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como exigência para obtenção de título de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Helena Barbosa

Linha de pesquisa: O trabalho na saúde e na enfermagem.

Eixo temático: Organização e avaliação dos serviços de saúde.

UBERABA - MG

2016

ALINE DE OLIVEIRA MEIRELES PIRES

**SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS DE
UM HOSPITAL DE ENSINO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, nível Mestrado da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como exigência para obtenção de título de Mestre.

Linha de pesquisa: O trabalho na saúde e na enfermagem.

Eixo temático: Organização e avaliação dos serviços de saúde.

_____ de _____ de _____.

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Maria Helena Barbosa - Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Elizabeth Barichello
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof. Dra. Patrícia Silva Pires
Universidade Federal da Bahia

“Deus nunca disse que a jornada seria fácil,
mas Ele disse que a chegada valeria a pena”

Max Lucado

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me conceder a oportunidade de realizar este sonho e por me sustentar nos dias mais difíceis com seu infinito amor, és tudo na minha vida Senhor!

À Prof.^a Dr.^a Maria Helena Barbosa, pela orientação, confiança, paciência e dedicação.

Ao Prof.^o Vanderlei José Haas, pelo auxílio na análise de dados, pelas sugestões, pelos momentos de conversas produtivas, seu auxílio foi de extrema importância.

Aos funcionários do PPGAS, que sempre me atenderam com carinho e presteza.

À Diretoria Clínica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, por permitir a realização desta pesquisa, pelo interesse e apoio quanto à temática estudada.

Aos juízes, pela valiosa contribuição na elaboração deste trabalho.

Às Prof.^a Dr.^a Elizabeth Barichello e Prof.^a Dr.^a Patrícia Pires, por aceitarem compor a banca examinadora e por todas as contribuições.

Aos colegas Márcia e Kleiton, que me auxiliaram com muita presteza e competência durante o processo de coleta de dados.

Aos colegas e amigos do Senac pelo carinho e paciência durante esses anos, em especial a Minéia Oliveira pela flexibilização da carga horária e pela confiança em mim depositada.

À amiga e colega de turma Nilva, pela presença constante e pelo apoio moral em todos os aspectos da minha vida.

À amiga e colega de trabalho Jordânia, por me ajudar em todos os momentos que precisei, por sua amizade e seu companheirismo.

Aos colegas de turma, em especial Emmanuelle, Nilva e Kleiton, pela parceria nos seminários, estudos, pelas risadas e também aflições que passamos juntos nessa jornada que agora se encerra.

À amiga, ex-colega de trabalho e colega de turma Emmanuelle pela amizade e por ser responsável pela concretização de mais uma etapa em minha vida profissional. Não fosse seu estímulo para inscrever-me e companheirismo nos estudos, não estaria subindo mais este degrau. Obrigada pelo apoio, carinho e amizade que se estendeu além do curso.

Ao meu esposo Cleiton por estar ao meu lado quando eu mais precisei, por me dar força, incentivo, conforto nos momentos difíceis, pela paciência, carinho e, sobretudo, pelo amor.

À minha família, em especial meus pais Ademar e Adelice, por acreditarem na realização deste sonho, pelo incentivo em todos os momentos desta caminhada, pela paciência, compreensão e carinho. À minha querida e amada avó Maria Conceição de Oliveira, pelas orações, pelo amor e pela compreensão durante minha ausência.

À todos que contribuíram, de algum modo, para a realização deste estudo, meu profundo agradecimento.

RESUMO

PIRES, A. O. M. **Segurança na prescrição de medicamentos de um hospital de ensino.** 2016. 90f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2016.

O objetivo geral deste estudo foi identificar a adesão a partir das recomendações do Protocolo do Ministério da Saúde e ANVISA na estrutura das prescrições de medicamentos de um hospital de ensino. Trata-se de um estudo metodológico, retrospectivo, de abordagem quantitativa e foi desenvolvido em duas etapas. A Etapa I caracterizou-se pela elaboração do instrumento, denominado Lista de Verificação de Segurança na Prescrição de Medicamentos (LVSPM); validação aparente e de conteúdo do instrumento e confiabilidade do instrumento. Para testar a confiabilidade interobservadores foram utilizados o Coeficiente Kappa e o Coeficiente de Correlação Intraclasse entre os escores obtidos em relação às observações das pesquisadoras. A Etapa II caracterizou-se pela aplicação do instrumento. A população alvo deste estudo foi constituída de 2.346 prescrições eletrônicas de pacientes internados no período de janeiro a dezembro de 2014 nas Clínicas Médica e Cirúrgica do hospital de ensino. Foi realizado um sorteio aleatório simples para a obtenção da amostra (n=313). No entanto, considerando as perdas, foram analisadas 214 prescrições eletrônicas. Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, os dados foram coletados de prescrições eletrônicas impressas e foram analisados utilizando-se o programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. Observou-se que a confiabilidade do instrumento foi perfeita (Kappa=1,00) e excelente (ICC=1,00) e estatisticamente significativa ($p<0,001$). Foram analisadas 214 prescrições eletrônicas impressas, totalizando 1.849 medicamentos prescritos. Verificou-se uma média de 8,64 medicamentos por prescrição, com variação de 2 a 8 medicamentos, mediana de 8,00 e desvio padrão de 3,45. Observou-se que todas as prescrições estavam datadas, todos os medicamentos foram prescritos na denominação comum brasileira, não utilizavam ponto em substituição a vírgula na prescrição de dose e nenhum medicamento utilizava zero antes da vírgula. Identificou-se adesão de 99,95% relacionada a via de administração abreviada conforme padronização; 89,33% para prescrições que não faziam o uso de expressões relacionadas a duração do tratamento; 63,43% não utilizaram expressões de medidas não métricas; 63,02% a unidade de medida estava claramente indicada e; 56,03% apresentavam informações sobre os diluentes. Medicamentos prescritos de forma abreviada (32,08%); ausência de definição da velocidade de infusão

(36,34%); prescrições que não continham número/letra do leito (2,8%) e assinatura do prescritor (2,8%). Em relação ao uso da expressão “se necessário” com todas as informações necessárias, foi o que apresentou menor taxa de adesão (1,57%). Não houve adesão na utilização da forma farmacêutica com todas as informações necessárias para os medicamentos prescritos. A média do escore de adesão geral foi de 73,49%, sendo o mínimo de 55,95% e o máximo de 87,89%. A relação entre número de medicamentos e escore geral de adesão, chegou-se a um Coeficiente de Pearson, $r=-0,29$, $p<0,001$, ou seja, a medida que o número de medicamentos em uma prescrição aumenta, o escore geral de adesão diminui. Espera-se, que este estudo, possa contribuir para alertar e conscientizar os prescritores quanto a importância de uma prescrição correta e segura, possibilitando assim maior qualidade na assistência e segurança no uso de medicamentos.

Descritores: Segurança do paciente. Erros de medicação. Prescrição de medicamentos. Prescrição eletrônica.

ABSTRACT

PIRES, A. O. M. **Security on prescription medication in a teaching hospital.** 2016. 90f. Dissertation (Master of Health Care) - Federal University of Triangulo Mineiro, Uberaba (MG), 2016.

The overall objective of this study was to identify the accession from the recommendations of the Protocol of the Ministry of health and ANVISA in structure of prescription medicines in a teaching hospital. This is a methodological study, retrospective, and quantitative approach has been developed in two steps. The step I was characterized by the development of the instrument, called a Safety Checklist on prescription Medicines (LVSPM); apparent validation and content of the instrument and instrument reliability. To test the reliability and responsiveness were used the coefficient Kappa and the Intraclass correlation coefficient between scores obtained in relation to the observations of the researchers. Step II has been characterised by the application of the instrument. The target population for this study was made up of electronic prescriptions 2346 inpatients in the period from January to December 2014 in medical and surgical Clinics of the teaching hospital. It conducted a random drawing was held to obtain the sample (n = 313). However, considering the losses, 214 electronic prescriptions were analysed. After approval by the Committee of ethics in research, data were collected from printed and electronic prescriptions were analyzed using the statistical program Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 20.0. It was noted that the reliability of the instrument was perfect (Kappa = 1.00) and excellent (ICC = 1.00) and statistically significant ($p < 0.001$). 214 printed electronic prescriptions were analyzed, totalizing 1849 prescription drugs. There has been an average of 8.64 medicines by prescription, with a variation of 2 to 8 medicines, median and standard deviation of 3.45 8.00. It was observed that all the prescriptions were dated, all medicines were prescribed in Brazilian common name used point to replace the comma in the prescription dose and medication used zero before the comma. Identified accession of 99.95% related to short route of administration as standardization; 89.33% for prescriptions that were the use of expressions related to duration of treatment; 63.43% did not use expressions of non-metric measures; 63.02% unit of measure was clearly indicated and; 56.03% had information on diluents. Medicines prescribed for short (32.08%); lack of definition of speed infusion (36.34%) did not contain requirements number/letter of the bed (2.8%) and signature of the prescriber (2.8%). Concerning the use of the term "if necessary" with all necessary information, that's what showed lower membership

fee (1.57%). There was no membership in the use of the pharmaceutical form with all the necessary information for prescription drugs. The average score of general membership was 73.49%, being the least of 55.95% and maximum of 87.89%. The relationship between number of medicines and the General score, a Pearson Coefficient, $r = -0.29$, $p < 0.001$, i.e. the number of medicines in a prescription increases, the overall score of accession diminishes. It is hoped that this study will help to warn and educate the users about the importance of a correct and safe prescription, thus enabling higher quality care and safe use of medicines.

Keywords: Patient safety. Medication errors. Prescription drugs. Electronic prescription.

RESUMEN

PIRES, A. O. M. **La seguridad en la prescripción de medicamentos de un hospital de enseñanza**. 2016. 90f. Disertación (Máster en Atención a la Salud) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2016.

El objetivo general de este estudio fue identificar la adhesión a partir de las recomendaciones del Protocolo del Ministerio de la Salud y ANVISA en la estructura de las prescripciones de medicamentos de un hospital de enseñanza. Se trata de un estudio metodológico, retrospectivo, de abordaje cuantitativa y fue desarrollado en dos etapas. La Etapa I se caracterizó por la elaboración del instrumento, nombrado Lista de Verificación de Seguridad en la Prescripción de Medicamentos (LVSPM); validación aparente y de contenido del instrumento y confiabilidad del instrumento. Para testar la confiabilidad interobservadores fueron utilizados el Coeficiente Kappa y el Coeficiente de Correlación Intraclass entre las puntuaciones obtenidas en relación a las observaciones de las investigadoras. La Etapa II se caracterizó por la aplicación del instrumento. La población objetivo de este estudio fue constituida de 2.346 prescripciones electrónicas de pacientes internados en el período de enero a diciembre de 2014 en las Clínicas Médica y Quirúrgica de un hospital de enseñanza. Fue realizado un sorteo aleatorio sencillo para obtención de la muestra (n=313). Sin embargo, considerando las pérdidas fueron analizadas 214 prescripciones electrónicas. En posterior aprobación por el Comité de Ética en Investigación, los datos fueron colectados de prescripciones electrónicas impresas y fueron analizados utilizándose el programa estadístico Statistical Package for Social Sciences 20. Fue utilizado el coeficiente de correlación de Pearson para analizar la relación entre el número de medicación y la puntuación general de adhesión. Cuanto a la validación aparente y de contenido, las observaciones y sugerencias fueron consideradas relevantes y, por eso, fueron realizadas las alteraciones en el instrumento. Se observó que la confiabilidad del instrumento fue excelente y estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Fueron analizadas 214 prescripciones electrónicas impresas, totalizando 1.849 medicamentos prescritos. Se verificó una proporción media de 8,64 medicamentos por prescripción, con variación de 2 a 8 medicamentos, mediana de 8,00 y desvío patrón de 3,45. Se observó que todas las prescripciones estaban con fechas, todos los medicamentos fueron prescritos en la denominación común brasileña, no utilizaban punto en sustitución a la coma en la prescripción de doce e ningún medicamento utilizaba cero antes de la coma. Se identificó adhesión de 99,95% relacionada a la vía de administración abreviada conforme

estandarización; 89,33% para prescripciones que no hacían el uso de expresiones relacionadas a la duración del tratamiento; 63,43% no utilizaron expresiones de medidas no métricas; 63,02% la unidad de medida estaba claramente indicada y; 56,03% presentaban informaciones sobre los diluentes. Medicamentos prescritos de forma abreviada (32,08%); ausencia de definición de la velocidad de infusión (36,34%); prescripciones que no contenían número/letra de la cama (2,8%) y asignatura del prescriptor (2,8%). En relación al uso de la expresión “se necesario” con todas las informaciones necesarias, fue el que presentó menor tasa de adhesión (1,57%). No hubo adhesión en la utilización de la forma farmacéutica con todas las informaciones necesarias para los medicamentos prescritos. La media de las puntuaciones de adhesión general fue de 73,49%, siendo el mínimo de 55,95% y el máximo de 87,89%. La relación entre número de medicamentos y puntuaciones general de adhesión, se llegó a un Coeficiente de Pearson, $r=-0,29$, $p<0,001$, o sea, la medida que el número de medicamentos en una prescripción aumenta, la puntuación general de adhesión disminuye. Se espera que este estudio pueda contribuir para alertar y concientizar los prescriptores cuanto la importancia de prescripción correcta y segura, posibilitando así mayor calidad en la asistencia y seguridad en el uso de medicamentos.

Descriptores: Seguridad del paciente. Errores de medicación. Prescripción de medicamentos. Prescripción electrónica.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Validação aparente e de conteúdo: parecer de avaliação da primeira juíza. Uberaba (MG), 2015.....	45
Tabela 2	Validação aparente e de conteúdo: parecer de avaliação do segundo juiz. Uberaba (MG), 2015.....	48
Tabela 3	Validação aparente e de conteúdo: parecer de avaliação da terceira juíza. Uberaba (MG), 2015.....	50
Tabela 4	Validação aparente e de conteúdo: parecer de avaliação da quarta juíza. Uberaba (MG), 2015.....	53
Tabela 5	Validação aparente e de conteúdo: parecer de avaliação do quinto juiz. Uberaba (MG), 2015.....	55
Tabela 6	Distribuição da frequência de adesão às recomendações na estrutura das prescrições de medicamentos de um hospital de ensino: identificação da prescrição. Uberaba (MG), 2015.....	58
Tabela 7	Medidas de tendência central e de variabilidade dos escores de adesão às recomendações na estrutura das prescrições de medicamentos de um hospital de ensino: medicações da prescrição. Uberaba (MG), 2015.....	59
Tabela 8	Medidas de tendência central e de variabilidade dos escores de adesão geral. Uberaba (MG), 2015.....	61
Tabela 9	Resultados da análise de confiabilidade interobservador para as questões Q1 a Q9: segurança na prescrição de medicamentos. Uberaba (MG), 2015.....	62
Tabela 10	Resultados da análise de confiabilidade interobservador para as questões Q10 a Q22: segurança na prescrição de medicamentos. Uberaba (MG), 2015.....	63

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Diagrama do fluxo amostral. Uberaba (MG), 2015.....	40
Quadro 1	Interpretação dos valores Kappa.....	43
Quadro 2	Interpretação dos valores do ICC.....	43

LISTA DE SIGLAS

UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
OMS	Organização Mundial de Saúde
EUA	Estados Unidos da América
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ISMP	Institute for Safe Medication Practices
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
EAM's	Eventos Adversos relacionados a Medicação
RAM	Reação Adversa
NCCMERP	National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention
PNM	Política Nacional de Medicamentos
CRM	Conselho Regional de Medicina
MS	Ministério da Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FHEMIG	Fundação Hospitalar de Minas Gerais
LVSPM	Lista de Verificação de Segurança na Prescrição de Medicamentos
PASS	Power Analysis and Sample Size
HC	Hospital de Clínicas
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
AGHU	Aplicativos para Gestão de Hospitais Universitários
SGPTI	Serviço de Processos e Tecnologia da Informação
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
SAME	Serviço de Arquivos Médicos
ICC	Coeficiente de Correlação Intraclasse
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFBA	Universidade Federal da Bahia

UFTM Universidade Federal do Triângulo Mineiro

OMS Organização Mundial de Saúde

EUA Estados Unidos da América

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
1.1	ERROS DE MEDICAÇÃO.....	20
1.2	ERROS DE PRESCRIÇÃO.....	23
1.3	SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS.....	26
2	JUSTIFICATIVA	30
3	OBJETIVOS	31
3.1	OBJETIVO GERAL.....	31
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	31
4	MATERIAIS E MÉTODOS	32
4.1	NATUREZA DO ESTUDO.....	32
4.1.1	Etapa I	32
4.1.1.1	Instrumento.....	33
4.1.1.2	Validação Aparente e de Conteúdo.....	36
4.1.1.3	Análise de Confiabilidade.....	37
4.1.2	Etapa II	37
4.2	CAMPO DE ESTUDO.....	38
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	38
4.3.1	Critérios de Inclusão	39
4.3.2	Critérios de Exclusão	39
4.3.3	Dimensão amostral	39
4.4	COLETA DE DADOS.....	40
4.4.1	Procedimento de Coleta de Dados	40
4.5	VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	41
4.6	TRATAMENTO DOS DADOS.....	42
4.7	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	42
4.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	44
5	RESULTADOS	45
5.1	VALIDAÇÃO APARENTE E DE CONTEÚDO.....	45
5.2	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DO ESTUDO.....	58
5.3	CARACTERIZAÇÃO DAS PRESCRIÇÕES ELETRÔNICAS.....	58
5.4	CONFIABILIDADE INTEROBSERVADORES: ANÁLISES DOS ITENS.....	62

6	DISCUSSÃO.....	65
6.1	VALIDAÇÃO APARENTE E DE CONTEÚDO.....	65
6.2	CONFIABILIDADE INTEROBSERVADORES: ANÁLISE DOS ITENS.....	65
6.3	CARACTERIZAÇÃO DAS PRESCRIÇÕES ELETRONICAS.....	68
7	CONCLUSÃO.....	78
	REFERÊNCIAS.....	80
	APÊNDICE A.....	87
	APÊNDICE B.....	89
	ANEXO A.....	90

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente em ambiente hospitalar é uma preocupação da atualidade e tem recebido atenção especial em âmbito global (SILVA; CAMERINI, 2012).

Os acentuados avanços tecnológicos e científicos ocorridos na assistência à saúde nas últimas décadas, tem possibilitado o aumento da expectativa de vida da população, no entanto, o grande desafio é a prestação de um cuidado efetivo, individualizado, oportuno e seguro (BELELA; PEDREIRA; PETERLINI, 2011; NÉRI et al., 2011).

A segurança do paciente tornou-se uma preocupação mundial em função de práticas inseguras relacionadas à assistência em saúde (SILVA; CARVALHO, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua segurança do paciente como “a redução do risco e danos ao paciente associados à assistência em saúde” (WHO, 2009).

Devido às transformações sociais, políticas e culturais e como consequência do crescimento científico, a partir do século XIX, foram implementadas medidas para melhorar os resultados do cuidado à saúde, que fizeram com que diminuíssem a mortalidade, aumentando a expectativa de vida (GOMES, 2008).

Em 1999 foi divulgado o relatório “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro”, pelo *Institute of Medicine* dos EUA e o tema segurança do paciente ganhou relevância, tornando-se de abrangência internacional (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2001).

A publicação constatou que ocorrem entre 44.000 e 98.000 mortes anuais no país decorrente de erros na assistência à saúde que poderiam ter sido evitados (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2001), tornando a oitava causa de morte nos Estados Unidos da América – EUA (SHAREK; CLASSEN, 2006).

O relatório aponta que cerca de 100 mil pessoas morreram em hospitais a cada ano vítima de eventos adversos nos EUA, demonstrando que os erros acontecem e são frequentes na assistência de saúde causando sequelas irreversíveis, mortes e prejuízo financeiro (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2001).

O objetivo desse relatório além de expor o problema de forma sistematizada, foi de propor estratégias e recomendações afim de garantir melhora contínua da qualidade do cuidado prestado, aumentando a segurança do paciente e derrubando barreiras culturais e legais que estavam impedindo essa melhora (GOMES, 2008).

Após a publicação deste relatório, a 55ª Assembleia Mundial da Saúde em 2002, adotou uma resolução que levou os países a fortalecer a segurança da assistência à saúde, levando também a OMS a assumir a liderança no estabelecimento de normas e padronizações dando suporte aos países na preparação de políticas públicas e práticas de segurança do paciente (OMS, 2009).

Em 2004, na 57ª Assembleia da Saúde Mundial, foi criada a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente representando uma união entre chefes de agências, formuladores de políticas públicas e grupos de pacientes, como estratégia para melhorar a segurança do paciente, reduzindo eventos adversos durante a assistência à saúde. Essa Aliança concentra suas ações em campanhas de segurança chamadas de “Desafio Global para a Segurança do Paciente”, coordenando “Pacientes para a Segurança do Paciente”, desenvolvendo taxonomia padronizada, ferramentas para normas e avaliações de pesquisas, identificando soluções e desenvolvendo iniciativas a produção de orientações de boas práticas na assistência à saúde (OMS, 2009).

A OMS priorizou duas ações para reduzir riscos e diminuir os eventos adversos denominadas de desafios globais (OMS, 2009; BRASIL, 2014): reduzir infecção associada ao cuidado em saúde através de campanha de higienização das mãos, e a outra, promover uma cirurgia mais segura, através de uma lista de verificação antes, durante e após o ato cirúrgico (WHO, 2008; OMS, 2009; ANVISA, 2013a).

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) tem atuado fortemente na área de segurança do paciente e em sua atuação, destacam o Projeto Hospitais Sentinela criado em 2002 para notificar eventos adversos, ampliar e sistematizar a vigilância em serviços de saúde referentes a produtos utilizados, garantindo melhores produtos, segurança e qualidade para pacientes e profissionais de saúde. No âmbito da Farmacovigilância, os hospitais sentinelas representam uma estratégia adicional para integrar a monitorização de medicamentos à prática clínica (ANVISA, 2009).

Em 2006, foi realizado o I Fórum Internacional Sobre Segurança do Paciente e Erro de Medicação, em Belo Horizonte, promovido pela Associação Mineira de Farmacêuticos em parceria com o *Institute for Safe Medication Practices* (ISMP) dos EUA. Em 2009 foi a criação do ISMP Brasil que promove eventos nacionais e internacionais sobre o tema e tem publicado boletins, capítulos em livros e artigos sobre erro de medicação e tem como objetivo melhorar a qualidade na utilização de medicamentos e promover segurança, com ênfase nas instituições, profissionais e população (ISMP, 2012).

O Ministério da Saúde em 2013 lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) através da Portaria MS/GM nº 529 de 1º de abril de 2013, tendo como objetivo principal contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todas as instituições nacionais de saúde, tanto públicas quanto privadas, de acordo com as prioridades estabelecidas pela OMS e resoluções aprovadas (BRASIL, 2013a). O PNSP estimula prática assistencial segura, envolvimento do cliente na sua segurança, estímulo à pesquisa e, inclusão do tema no ensino (BRASIL, 2014).

De modo geral, muitos progressos foram feitos para a segurança do paciente, contudo, se faz necessário desenvolver mais estratégias, ferramentas e abordagens para tornar o paciente mais seguro ainda, principalmente em relação à medicação.

1.1 ERROS DE MEDICAÇÃO

Nos últimos anos, a preocupação com a segurança do paciente, tem reforçado a questão do manejo dos riscos associados ao uso de medicamentos (MARQUES, 2013).

Os medicamentos são produtos capazes de prevenir, diagnosticar, curar doenças ou então aliviar sintomas, no entanto, existe a presença de inúmeros erros no processo da terapia medicamentosa recebida pelos pacientes (FREITAS; ODA, 2008). Os problemas relacionados a medicamentos incluem reações adversas, abuso, uso inadequado, intoxicação, falha terapêutica e erros de medicação (WHO, 2002).

A assistência ao paciente com resultados negativos tem recebido vários nomes, como iatrogenias, erros médicos, eventos adversos, entre outros. Em geral, o termo evento adverso designa “danos intencionais resultantes do tratamento médico, não relacionados ao processo da doença” (NÉRI et al., 2011).

A OMS conceitua evento adverso como “incidente que resulta em dano ao paciente” (WHO, 2009). Evento adverso é quando um erro decorrente dos procedimentos e terapêuticas atinge o paciente, gerando um malefício (SILVA; CARVALHO, 2012).

Eventos adversos relacionados à medicação (EAMs) é a principal causa de erros (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2001) e são definidos como dano ou lesão causado ao paciente pela intervenção médica relacionada ao uso de medicamentos.

A prevalência de eventos adversos a medicamentos em pacientes hospitalizados é alta, variando de 2,9% a 36%, sendo que a maioria desses eventos corresponde a erros médicos e evitáveis que podem ocorrer em qualquer etapa dos processos de assistência à saúde (KALRA, 2004).

O estudo desses eventos adversos tem sido muito importante para a qualidade da assistência ao paciente e garantia de um tratamento benéfico, estimulando uma cultura de segurança e eficiência do sistema de saúde.

Acidentes com medicamentos são, todos os “eventos adversos” relacionados a medicamentos os quais, por sua vez, se dividem em “reações adversas” e “erros de medicação” (MARQUES, 2013).

Segundo Araújo e Uchôa (2011) uma reação adversa a medicamentos é considerada como evento inevitável, ainda que se conheça a sua possibilidade de ocorrência, e os erros de medicação são, por definição, preveníveis.

Para a OMS, reação adversa a medicamento, ou RAM, é definida como qualquer efeito prejudicial ou indesejado que se manifeste após a administração, em doses normalmente utilizadas no homem para profilaxia, diagnóstico ou tratamento de uma enfermidade (WHO, 2009). Neste contexto, ressalta-se a possibilidade de se experimentar problemas com medicamentos mesmo quando estes são corretamente utilizados.

Um dos principais eventos adversos sofridos pelos pacientes hospitalizados são os erros de medicação e representam um grave problema nos atuais serviços de saúde (GIMENES et al., 2010).

A preocupação com erros de medicação é cada vez maior (SILVA, 2009) e há consenso na literatura que os erros de medicação são frequentes (BELELA; PEDREIRA; PETERLINI, 2011).

Nos Estados Unidos da América os erros de medicação em hospitais são responsáveis por mais de 7.000 mortes por ano e cada paciente internado, está sujeito a um erro de medicação por dia (ASPDEN et al., 2007; PRAXEDES; TELLES FILHO, 2011). No Brasil ainda não existem disponíveis estatísticas de óbitos relacionados a erros de medicação (BRASIL, 2013b). Investigações de eventos adversos e erros de medicação no Brasil são incipientes ainda (NÉRI et al., 2011).

A *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* (NCCMERP, 2001), define erro de medicação como:

“Qualquer evento passível de prevenção que pode causar ou induzir ao uso inadequado do medicamento ou prejudicar o paciente enquanto o medicamento está sob o controle do profissional de saúde, paciente ou consumidor. Tais eventos podem estar relacionados a prática profissional, produtos de cuidado de saúde, aos procedimentos e sistemas, incluindo prescrição; a comunicação da prescrição; ao rótulo do produto, a embalagem e nomenclatura; a composição; a dispensação; a distribuição; a educação; a monitoração e ao uso”.

O sistema de medicação é composto por seleção do medicamento e prescrição, dispensação e distribuição, preparo e administração e, monitoramento do paciente em relação aos efeitos da droga (PRAXEDES; TELLES FILHO, 2011; OLIVEIRA; MELO, 2011). Em algumas instituições hospitalares, também são utilizados o aprazamento e a transcrição da prescrição dos medicamentos. Erros ou falhas podem ocorrer em qualquer uma dessas fases (HARADA et al., 2012).

A OMS estima que “50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou usados inadequadamente” (ANVISA, 2006).

Os erros de medicação são uma realidade na maioria das instituições de saúde (SILVA, 2009) e são considerados eventos adversos passíveis de prevenção, com possibilidade de ocorrer em um ou em vários momentos dentro do processo de medicação, desde a prescrição até a administração de medicamentos (ROSA et al., 2009).

Erro de medicação é um evento evitável, ocorrido em qualquer fase da terapia medicamentosa, que pode ou não causar danos ao paciente. Existe um consenso no contexto de segurança do paciente, que erros ocorrem com certa regularidade na prática de assistência, sendo resultado de fatores inerentes à natureza humana e complexidade do sistema (BELELA; PETERLINI; PEDREIRA, 2010).

A ocorrência de erros relacionados à medicação tem como consequência aumento de agravos e danos, influenciando de forma negativa, direta e /ou indiretamente, o cuidado prestado (OLIVEIRA; MELO, 2011).

As causas de erros mais citadas são de causas individuais e sistêmicas (OLIVEIRA; MELO, 2011). As causas individuais incluem: sobrecarga de trabalho, distração, fadiga, lapsos de memória, interrupções, deficiências da formação acadêmica e inexperiência. As sistêmicas: problemas no ambiente, falha ou falta no treinamento, falta de profissionais, falhas de comunicação, problemas nas políticas, má qualidade de rótulos, ilegibilidade das prescrições, procedimentos ou produtos inadequados (SILVA; CARVALHO, 2012).

Para Santos (2010) as condições que provocam erros são: falta de conhecimento sobre medicamentos específicos; inexperiência e falta de treinamento do prescritor; frequente uso de abreviaturas, problemas de comunicação; elevada carga de trabalho; falta de supervisão dos novos profissionais; falta de organização do setor; prescrição para paciente desconhecido e falta de conhecimento em farmacologia.

A identificação dos erros é muito importante, pois sustenta as decisões necessárias para evitá-los (PRAXEDES; TELLES FILHO, 2011). No entanto, muitos profissionais normalmente associam falhas nas suas atividades à vergonha, perda de prestígio e medo de

punições, ocorrendo a presença da subnotificação ou a não notificação relacionado ao medo e receio nessas situações. É recomendado que toda vez que um profissional detectar um erro, uma notificação seja preenchida, sendo posteriormente classificada e analisada (TELLES FILHO; PRAXEDES; PINHEIRO, 2011).

Os erros podem ocorrer devido às falhas no processo de assistência à saúde ocasionada por múltiplas intervenções para cada paciente (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2001). Um dos fatores que pode levar o ser humano a cometer erros, é o trabalho sob condições inadequadas (OLIVEIRA; MELO, 2011). Para reduzir a chance de erro é necessário construir um sistema seguro (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2001), pois estes erros podem trazer diversos prejuízos ao paciente, desde o aumento da permanência no ambiente hospitalar até a morte (FRANCO et al., 2010).

Pelo fato dos homens serem falíveis, todas as organizações, incluindo as de excelência em segurança, irão conviver com uma certa taxa de erros, tornando os erros consequências e não causas (SILVA; CAMERINI, 2012).

Muitas instituições apresentam falta de estrutura para gerenciar a ocorrência de um erro e resistência em admitir a existência dele, fazendo com que não haja a notificação, a definição e a execução de estratégias para evita-lo, nem mesmo realizar uma avaliação reflexiva e criteriosa acerca de sua magnitude (TELLES FILHO; PRAXEDES; PINHEIRO, 2011).

Torna-se imprescindível conhecer o sistema de medicação das instituições a fim de verificar as atividades desenvolvidas pelos profissionais para identificar e analisar possíveis falhas nos processos, intervindo para que possa reduzir riscos aos pacientes. Práticas de segurança precisam ser discutidas e implementadas pelas instituições, desenvolvendo uma cultura de segurança do paciente através de formação de equipe multidisciplinar para analisar e avaliar cada processo do sistema em busca de melhorias (OLIVEIRA; MELO, 2011).

É indispensável atitudes pessoais e institucionais que busquem despertar a consciência de que o responsável por transformar a realidade minimizando os erros é próprio profissional, garantindo confiança da equipe e respeito dos pacientes (PRAXEDES; TELLES FILHO, 2011). Enfrentar os erros de prescrição é um desafio mundial e deve ser meta institucional (NÉRI et al., 2011).

1.2 ERROS DE PRESCRIÇÃO

Erros de medicação são atualmente um problema mundial de saúde pública, sendo os mais sérios os de prescrição (ROSA et al., 2009). Entre os erros de medicação, estima-se a ocorrência de 39% de erros no processo de prescrição, 11% no processo de dispensação e 38% no processo de administração (LEAPE et al., 2000).

Os erros de prescrição são comuns (PAZIN-FILHO et al., 2013). Segundo Néri (2011), o processo de prescrição é complexo e permeado por erros. Silva (2009) verificou que os erros de prescrição ocorrem em número considerável e em variáveis importantes, envolvendo todos os profissionais de saúde que atuam na atenção ao paciente.

Conforme a Política Nacional de Medicamentos (PNM), a prescrição é “o ato de definir o medicamento a ser utilizado, com a respectiva dosagem e duração do tratamento, em geral, esse ato é expresso mediante a elaboração de uma receita médica” (BRASIL, 1998).

De acordo com Pazin-Filho et al (2013) a prescrição pode ser dividida em três componentes: a) segurança do paciente: inclui a identificação de para quem a prescrição se destina, em que data e em que hora; b) constituído pelas ordens de quais medicamentos devem ser administrados ao paciente; c) Segurança do profissional: constituído pela assinatura e identificação clara de quem foi o profissional responsável pela prescrição.

A prescrição médica é o documento de referência que norteia e influencia as outras etapas do processo de medicação. É um instrumento essencial de comunicação entre os profissionais de saúde (NÉRI et al., 2011) e tem importante papel na prevenção e também na ocorrência de erros (GIMENES et al.,2011).

Omissão de informações na prescrição pode contribuir grandemente para ocorrência de erros (GIMENES et al.,2011). Os erros de prescrição são: prescrição ilegível, item duplicado, medicamentos com a mesma indicação, transcrição errada, frequência errada, alergia não especificada ou relatada ao medicamento prescrito, medicamento sem via de administração ou via inadequada, medicamento sem dose ou com dose acima da recomendada, diluição e/ou tempo de infusão inadequado, medicamento errado, dose errada, ordens telefônicas ou verbais erradas, incompatibilidade de drogas, ausência do nome do prescritor e/ou número no Conselho Regional de Medicina (CRM) e ainda ausência de nome do paciente e número do leito (SILVA, 2009).

A prescrição de medicamentos é um documento legal pelo qual se responsabilizam o médico quem prescreve, e o farmacêutico quem dispensa e distribui o medicamento (ARAÚJO; UCHÔA, 2011). A prescrição é de responsabilidade do médico; assim como a dispensação e distribuição é do farmacêutico; a preparação, administração e monitoramento das reações do paciente são de responsabilidade do enfermeiro (OLIVEIRA; MELO, 2011).

O prescritor tem a responsabilidade de elaborar uma prescrição medicamentosa que transmita de forma completa, todas as informações para todos os profissionais que a utilizam (SANTOS, 2010).

Os erros provenientes das prescrições médicas podem provocar sérios danos à saúde dos pacientes bem como contribui para erros nos processos de dispensação e distribuição, preparo e administração de medicamentos por parte de outros profissionais; por isso, é imprescindível que os erros sejam identificados e prevenidos (WEBER; BUENO; OLIVEIRA, 2012).

As prescrições com não conformidades constituem um índice expressivo entre os erros de medicação, apesar de que muitas vezes, as ocorrências não são detectadas resultando em uma terapêutica deficiente (ROSA et al., 2009).

Weber, Bueno e Oliveira (2012) ao analisarem prescrições de um hospital, identificaram que ainda não atendem adequadamente ao estabelecido na legislação brasileira e aos critérios da OMS, sendo necessária a implantação de estratégias que visem o preenchimento correto da prescrição de medicamentos, de modo que possa reduzir possíveis erros.

Um das dessas estratégias é a prescrição eletrônica, que foi identificada como um ponto central para melhorar a segurança do paciente (DELGADO SÁNCHEZ et al., 2005).

Na prescrição eletrônica, o médico digita o tratamento terapêutico diretamente no sistema informatizado, imprimir e assina a folha de prescrição (DELGADO SILVEIRA et al., 2007). Ela pode ser enviada eletronicamente para a farmácia evitando os problemas com as letras ilegíveis e contribuindo para ampliar a segurança dos medicamentos.

Embora haja evidências de que a prescrição eletrônica reduza falhas no processo de medicação, muitas vezes ela é vista como uma defesa contra os erros. Estudos afirmam que ambas as prescrições manuais e as eletrônicas ainda são causas de erros. Apesar das prescrições eletrônicas reduzirem os erros quando comparada às prescrições manuais, elas são responsáveis ainda, por uma taxa de erro de 2,0 - 7,9% (TULLY, 2012).

Apesar das prescrições eletrônicas contribuírem para a redução de erros relacionados a ilegibilidade, dosagem e omissão, no entanto, observa-se novos erros administrativos relacionados a elas como: ausência de data, de nome do prescritor, de assinatura e nome do medicamento (SANTOS, 2010).

O estudo de Gimenes et al. (2011) revelou que, 92 dos medicamentos administrados em vias diferentes das prescritas ocorreram em um hospital cuja prescrição é eletrônica, ou

seja, essa ferramenta tecnológica não elimina a possibilidade de ocorrência de erros (DELGADO SÁNCHEZ et al., 2005).

A prescrição eletrônica minimiza bastante os erros, mas, por si só, não os elimina, sendo necessárias outras medidas como treinamento dos prescritores, utilização de protocolos clínicos e padronização de medicamentos, entre outros. Também é preciso mudar a visão em relação aos erros, aceitando-os como falha no sistema, encarando-os como uma oportunidade de revisão e melhoria dos processos, melhorando a assistência (ARAÚJO; UCHÔA, 2011).

1.3 SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Ao longo dos anos, vários esforços têm sido realizados para promover o uso racional de medicamentos, a fim de diminuir os custos e os eventos adversos relacionados a utilização incorreta dos mesmos.

Diante dessa crescente preocupação quanto ao uso racional de medicamentos, a OMS (1993) desenvolveu alguns indicadores como uma maneira de descrever e avaliar com segurança aspectos que afetam a prática no uso de medicamentos. Esses indicadores de qualidade da prescrição de medicamentos foram e ainda são utilizados para avaliar a qualidade.

Os principais indicadores de qualidade de prescrição de medicamentos preconizados pela OMS são: número de medicamentos por prescrição; porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico; porcentagem de antibióticos e; porcentagem de medicamentos injetáveis. A média de medicamentos por prescrição avalia o grau de polimedicação à qual o paciente está sujeito e permite analisar o grau de educação e a informação do prescritor (OMS, 1993).

O desenvolvimento de protocolos e rotinas para a prescrição segura é uma alternativa útil para diminuir falhas por falta de informações na prescrição (CRUCIOL-SOUZA; THOMSON; CATISTI, 2008).

Com a finalidade de promover práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde, foi publicado em 2013 o Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos pelo Ministério da Saúde (MS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG). Esse protocolo deve ser aplicado em todos os estabelecimentos de saúde, em todos os níveis de complexidade, em que se usam

medicamentos para profilaxia, exames diagnósticos, tratamento e medidas paliativas (BRASIL, 2013b).

De acordo com o Protocolo de Segurança na Prescrição (BRASIL, 2013b) os itens de verificação para a prescrição segura de medicamentos são: nome completo do paciente e da instituição; número do prontuário ou registro de atendimento; número do prontuário ou registro de atendimento; número do leito, serviço, enfermaria/apartamento, andar/ala; identificação legível do prescritor contendo nome completo, número de registro do conselho profissional e assinatura; data de prescrição; uso de abreviaturas quando indispensável, a instituição deverá elaborar formalizar e divulgar lista de abreviaturas padronizadas, não contendo nesta lista as abreviaturas de “unidades” (U) e “unidades internacionais” (UI), utilização de fórmulas químicas e nomes abreviados de medicamentos; os medicamentos devem ser prescritos utilizando-se a denominação comum brasileira e em sua ausência a denominação comum internacional; a prescrição de medicamentos com nomes semelhantes devem ser prescritos com destaque na escrita da parte do nome que os diferencia e pode ser utilizada letra maiúscula e negrita; deve ser adotado o sistema métrico para expressar as doses desejadas, sendo eliminadas das prescrições as unidades de medidas não métricas como colher, ampola, frasco.; a unidade de medida deve ser claramente indicada, e quando se tratar de microgramas, este deve ser escrito por extenso; não deve ser utilizado “ponto” em substituição à vírgula, pois aumenta o risco de erro; para definir a concentração do medicamento, o uso do zero antes da vírgula ou ponto deve ser evitado; deve-se registrar com destaque na prescrição as alergias relatadas pelo paciente, familiares e/ou cuidadores; o estabelecimento de saúde deve ter uma lista de medicamentos selecionados/padronizados considerando-se critérios de efetividade, segurança e custo, devendo essa padronização ser homologada, publicada e divulgada a todos os profissionais do estabelecimento de saúde; preconiza-se a dose unitária e implantação da dupla checagem na farmácia e no momento do recebimento pela enfermagem das doses prescritas principalmente para medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância e nova dupla checagem deve ser feita pela enfermagem antes da administração do medicamento; expressões como “usar como de costume”, “usar como habitual”, “a critério médico”, “se necessário” (sem indicação de dose máxima, posologia e condição de uso) “uso contínuo” e “não parar” devem ser abolidas das prescrições; quando utilizar “se necessário” deve ser definido dose, posologia, dose máxima diária claramente descrita e condição que determina o uso ou interrupção do uso do medicamento; 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 endovenoso); quanto à via de administração, deve ser prescrita de forma clara, observando-se a via de administração recomendada pelo fabricante, para o medicamento; recomenda-se a utilização de programa informatizado para prescrição de medicamentos com suporte clínico que forneça minimamente informações sobre doses máximas, interações medicamentosas, alergias, apresentações e concentrações padronizadas disponíveis na instituição e; caso exista suspeita de reações adversas a medicamentos ou a ocorrências de erros ou eventos adversos no processo assistencial, estes devem ser notificados ao Núcleo de Segurança do Paciente/Gerência de Riscos do estabelecimento de saúde.

O Protocolo de Segurança na Prescrição (BRASIL, 2013b), também recomenda como deve ser a estrutura em que os medicamentos devam ser prescritos:

USO ORAL: nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + posologia + via de administração + orientações de uso.

USO TÓPICO: nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + via de administração + posologia + orientações de uso.

USO ENDOVENOSO: nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + diluente + volume + via de administração + velocidade de infusão + posologia + orientações de administração e uso.

USO INTRAMUSCULAR: nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + diluente + volume + via de administração + posologia + orientações de administração e uso.

USO SUBCUTÂNEO: nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + volume + via de administração + posologia + orientações de administração e uso.

USO INTRATECAL: nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + diluente + volume + via de administração + posologia + orientações de administração e uso.

USO INALATÓRIO: nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + via + dose (medicamento e diluente) + posologia + orientações de uso.

Fonte: Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos, 2013.

O Ministério da Saúde e ANVISA atenta para algumas intervenções relacionadas à prescrição segura de medicamentos, são elas: conciliação medicamentosa, ou seja, conhecer quais medicamentos o paciente estava fazendo uso antes da internação, para avaliar a necessidade da continuidade ou não dos mesmos; programa informatizado que forneça

informações sobre doses máximas, interações medicamentosas, alergias e apresentações e concentrações padronizadas disponíveis na instituição (BRASIL, 2013b).

Ausência de elementos da prescrição dificulta a preparação, conferência e a administração das medicações ao paciente, sendo imprescindíveis que todos os elementos estejam presentes, para que seja prestada a melhor assistência ao paciente (ARAÚJO; UCHÔA, 2011).

Estudos que identifiquem ausência de informações nas prescrições podem contribuir para mudar esse cenário, pois esta situação tem se constituído em risco a saúde de muitos pacientes hospitalizados (WEBER; BUENO; OLIVEIRA, 2012).

A terapia medicamentosa não pode ser bem-sucedida se o processo de prescrição, preparação e administração não são realizados corretamente.

As instituições devem desenvolver uma cultura voltada para a contínua promoção de segurança do paciente, sendo que todo local onde a enfermagem realiza práticas relacionadas à medicação, devem dispor de infraestrutura e processos que garantam a realização segura da medicação (COREN-SP, 2011).

A segurança do paciente e a prevenção de erros de medicação são de extrema importância e envolvem diferentes áreas, setores, equipe multiprofissional e comunidade, sendo que as políticas públicas devem direcionar as ações a fim de melhorar o sistema de medicação, determinando estrutura e processos mínimos que garantam boas práticas e segurança da população (COREN-SP, 2011).

Frente ao exposto, e considerando que os erros comprometem a eficácia exigida no sistema de prescrição de medicamentos e para assegurar a melhoria da qualidade da assistência e segurança dos pacientes, propõe-se a realização desta pesquisa.

2. JUSTIFICATIVA

Os erros de medicação fazem parte da realidade do cotidiano do processo de trabalho da equipe de enfermagem, comprometem a eficácia exigida no sistema de medicação e, conseqüentemente a excelência que as instituições de saúde devem oferecer à sociedade. Esses erros podem trazer sérias conseqüências e prejuízos para o paciente e sua família, como gerar incapacidades, necessidade de intervenção diagnóstica e terapêutica, prolongar o tempo de internação e de recuperação, atrasar ou impedir que reassumam suas funções sociais, aumentar os custos das internações hospitalares e até mesmo a morte.

Fica evidente a necessidade de atitudes pessoais e institucionais que busquem minimizar os erros relacionados à medicação, de estudos que identifiquem ausência de informações nas prescrições, a fim de garantir uma qualidade na assistência e segurança do paciente no que concerne à terapêutica medicamentosa.

Visto que não existem instrumentos na literatura que permitem identificar a adesão às recomendações na estrutura das prescrições de medicamentos e para a melhoria na adequação das políticas e práticas na terapêutica medicamentosa, que pesquisas como essa, podem contribuir para análise das prescrições na prevenção de erros de medicação e tornam-se extremamente relevantes, pois poderão subsidiar a elaboração de protocolos de assistência e assegurar um cuidado sistematizado e de qualidade à população.

Neste contexto, este estudo pretende responder à seguinte questão: qual a adesão às recomendações do Ministério da Saúde e ANVISA referentes à estrutura das prescrições de medicamentos de um hospital de ensino?

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Identificar a adesão às recomendações do Protocolo do Ministério da Saúde e ANVISA na estrutura das prescrições de medicamentos de um hospital de ensino.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar um instrumento tipo *check list* para identificar a adesão às recomendações na estrutura das prescrições de medicamentos, a partir do Protocolo do Ministério da Saúde e ANVISA.
- Realizar validação aparente e de conteúdo do instrumento.
- Identificar a prevalência de adesão na estrutura das prescrições analisadas.
- Determinar a média de medicamentos por prescrição.
- Identificar a influência da quantidade de medicamentos prescritos na adesão às recomendações na estrutura das prescrições.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo metodológico, retrospectivo e de abordagem quantitativa.

Na pesquisa metodológica, o investigador preocupa-se com o desenvolvimento, a validação e a avaliação de estratégias ou ferramentas metodológicas. Pesquisa destinada a desenvolver ou refinar métodos de obtenção, organização ou análise de dados (POLIT; BECK, 2011).

Os estudos retrospectivos “são aqueles em que um fenômeno observado no presente é relacionado a fenômenos ocorridos no passado” e é um meio eficaz e eficiente de coletar grande quantidade de dados sobre um problema (POLIT; BECK, 2011).

Este estudo foi desenvolvido em duas etapas, denominadas de Etapa I e Etapa II.

4.1.1 Etapa I

A Etapa I caracterizou-se pela elaboração de um instrumento tipo *check-list* denominado neste estudo de Lista de Verificação de Segurança na Prescrição de Medicamentos – LVSPM (APÊNDICE A), validação aparente e de conteúdo do instrumento e, confiabilidade do instrumento.

O instrumento foi elaborado a partir do Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos, coordenado pelo MS e pela ANVISA, em parceria com a FIOCRUZ e FHEMIG (BRASIL, 2013b).

O Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos faz parte de um conjunto de seis protocolos, denominados Protocolos Básicos de Segurança do Paciente, entre os quais estão os seguintes protocolos: Identificação do Paciente; Prevenção de Úlcera por Pressão; Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos; Cirurgia Segura; Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde; e Prevenção de Quedas. Fazem parte do Programa Nacional de Segurança do Paciente, cujo objetivo é prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos nos serviços de saúde públicos e privados.

Além de listar itens de verificação para uma prescrição segura de medicamentos, o Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos recomenda ainda, como devem ser prescritos os medicamentos (BRASIL, 2013b). Ele apresenta práticas seguras no uso de medicamentos em todos os estabelecimentos de saúde, em todos os níveis

de complexidade, em que se usam medicamentos para profilaxia, exames diagnósticos, tratamento e medidas paliativas e é dividido em três partes: práticas seguras para prescrição de medicamentos, práticas seguras para a distribuição de medicamentos e práticas seguras na administração de medicamentos (BRASIL, 2013b).

4. 1. 1. 1. *Instrumento*

O instrumento denominado Lista de Verificação de Segurança na Prescrição de Medicamentos - LVSPM (APÊNDICE A), é composto por duas partes, assim dividido.

A primeira parte do *check-list* refere-se aos itens de identificação da prescrição medicamentosa e contém 9 (nove) itens que deverão ser assinalados com um *X* para as opções: *0.Não*, *1.Sim* e *2.Não se aplica*, onde o código “1” significa adesão. Os itens da primeira parte do instrumento são:

- Item 1: Nome completo do paciente sem abreviaturas;
- Item 2: Número do prontuário;
- Item 3: Enfermaria/apartamento;
- Item 4: Número/letra do leito;
- Item 5: Nome completo do prescritor;
- Item 6: Número registro no Conselho Profissional;
- Item 7: Assinatura/senha do prescritor;
- Item 8: Nome completo da Instituição;
- Item 9: Identificação da data da prescrição.

A segunda parte constitui-se de 13 (treze) itens referentes às medicações contidas na prescrição. A sigla M1 corresponde ao Medicamento 1 e assim por diante, contido (s) na prescrição. Cada espaço (M1, M2, ...) contido no instrumento, deverá ser preenchido com os códigos *0*, *1*, e *2*, significando *não adesão*, *adesão* e *não se aplica*, respectivamente, sendo que, tanto o *sim* quanto o *não* podem receber o código “1” dependendo dos itens a serem avaliados. Os itens da segunda parte do instrumento são:

- Item 10: Possui Abreviaturas (nomes abreviados de medicamentos, unidades, fórmulas químicas);
- Item 11: Contém via de administração abreviada conforme padronização da instituição;
- Item 12: Padronizado na Denominação Comum Brasileira;

- Item 13: Possui medicamentos com nomes semelhantes identificados com caixa alta ou negrito;
- Item 14: Utiliza expressões de medidas não métricas (colher, ampola, frasco);
- Item 15: Forma farmacêutica acompanhada de todas as informações necessárias (Ex. ampola, frasco, comprimido);
- Item 16: Unidade de medida claramente indicada, no caso de microgramas escrito por extenso;
- Item 17: Não uso de pontos na expressão de doses (deve ser utilizado vírgulas);
- Item 18: Utiliza zero antes da vírgula (ex. 0,5 g ao invés de 500mg);
- Item 19: Usa expressões como “uso contínuo” ou “sem parar” relacionado à duração do tratamento;
- Item 20: Expressão “se necessário” com dosagem, posologia, dose máxima diária e condição que determina uso ou interrupção do uso;
- Item 21: Contém informações sobre diluentes;
- Item 22: Definição da velocidade de infusão.

No instrumento, existem as descrições dos itens a serem analisados, se cumprem ou não com o recomendado pelo Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos (BRASIL, 2013b). A primeira parte do instrumento deverá ser assinalada com um X para as opções: *0.Não*, *1.Sim* e *2.Não se aplica*, onde o código “1” significa adesão. A segunda parte do instrumento, deverá ser preenchida com os códigos *0*, *1*, e *2*, significando *não adesão*, *adesão* e *não se aplica*, respectivamente, sendo que, tanto o *sim* quanto o *não* podem receber o código “1” dependendo dos itens a serem avaliados.

O instrumento tem um escore de 0 (zero) a 100 pontos, sendo que quanto maior o escore, maior a adesão.

As recomendações do Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos são:

1. A identificação do paciente na prescrição hospitalar deve ser realizada em formulário institucional e conter: nome do hospital, nome completo do paciente, número do prontuário ou registro de atendimento, leito, serviço, enfermaria/apartamento e andar/ala. Sendo todos estes itens legíveis.
2. A identificação do prescritor na prescrição deve ser realizada contendo nome completo e número de registro do conselho profissional e assinatura; sendo legível.

3. A identificação da instituição na prescrição deve constar a identificação completa do estabelecimento de saúde (nome, endereço completo e telefone).
4. A identificação da data de prescrição, é imprescindível para conferir validade à mesma e para a dispensação e administração dos medicamentos.
5. O uso de abreviaturas, não é recomendado, sendo indispensável, a instituição deve elaborar formalizar e divulgar uma lista de abreviaturas padronizadas. Esta lista não deve conter abreviatura de “unidades” (U) e “unidades internacionais” (UI), utilização de fórmulas químicas (KCl, NaCl e outras) e nomes abreviados de medicamentos (HCTZ, RIP, PEN BEM, e outros).
6. Os medicamentos devem ser prescritos utilizando-se a denominação comum brasileira e em sua ausência a denominação comum internacional.
7. Os medicamentos com nomes semelhantes devem ser prescritos com destaque na escrita da parte do nome que os diferencia e pode ser utilizada letra maiúscula e negrita (**DOP**amina e **DOBU**tamina).
8. Devem ser eliminadas das prescrições as unidades de medidas não métricas (colher, ampola, frasco).
9. A utilização da forma farmacêutica na prescrição deve ser acompanhada de todas as informações necessárias para a dispensação e administração segura.
10. A unidade de medida deve ser claramente indicada, e quando se tratar de **microgramas**, este deve ser escrito por extenso.
11. Não deve ser utilizado “ponto” em substituição à vírgula, pois aumenta o risco de erro. Ao prescrever doses ou volumes com números fracionados (por exemplo: 2,5mL), observar nas duas vias da prescrição se a vírgula está bem posicionada e clara, para evitar erro de dose, no qual a dose de “2,5mL” seja interpretada como “25mL”.
12. Para definir a concentração do medicamento, o uso do zero antes da vírgula ou ponto deve ser evitado. Exemplo: recomenda-se prescrever “500mg” em vez de “0,5g”, pois a prescrição de “0,5g” pode ser confundida com “5g”.
13. Expressões vagas como “usar como de costume”, “usar como habitual”, “a critério médico”, “se necessário” (sem indicação de dose máxima, posologia e condição de uso) “uso contínuo” e “não parar” devem ser abolidas das prescrições.
14. Quando utilizar a expressão “se necessário” deve ser definido dose, posologia, dose máxima diária claramente descrita e condição que determina o uso ou interrupção do uso do medicamento.

15. Para medicamentos de uso endovenoso, intramuscular, subcutâneo e em neuroeixo e plexos nervosos, a prescrição deve conter informações sobre diluente (tipo e volume), velocidade e tempo de infusão (para endovenoso).
16. A velocidade de infusão está associada a reações adversas clássicas, sendo indispensável, portanto, a definição da velocidade de infusão na prescrição.
17. A via de administração deve ser prescrita de forma clara, observando-se a via de administração recomendada pelo fabricante, para o medicamento.

4. 1. 1. 2. *Validação Aparente e de Conteúdo*

No referido instrumento LVSPM (APÊNDICE A) foi realizada validação aparente e de conteúdo.

Para Polit e Beck (2011) a validação indica em que grau o instrumento mede aquilo que supostamente deve medir.

Validação aparente é o grau em que um instrumento parece estar medindo o que realmente se destina medir. Indica se o instrumento parece estar medindo o construto apropriado, especialmente de acordo com aqueles que vão usar o instrumento (POLIT; BECK, 2011).

Validação de conteúdo indica em que medida o instrumento possui uma amostra apropriada de itens para medir o construto específico e cobrir adequadamente seu domínio, determinante para testes de construto. O grau em que os itens de um instrumento representam adequadamente o universo do conteúdo para o conceito que está sendo medido (POLIT; BECK, 2011).

Para a validação aparente e de conteúdo, foram convidados cinco especialistas (juízes) multiprofissionais, sendo um médico, um farmacêutico e três enfermeiros, com titulação de Doutor e experiência na área do tema da pesquisa.

O instrumento foi enviado para cada um dos juízes, os quais avaliaram os itens propostos bem como verificaram se representam adequadamente o universo hipotético do objeto (segurança do paciente na prescrição de medicamentos), além de analisarem a adequação da estrutura semântica dos itens.

Primeiramente, realizou-se um contato prévio com os juízes via e-mail, convidando-os a participar da etapa de validação de conteúdo do instrumento LVSPM. Após o aceite, foi encaminhado a eles um documento contendo a descrição, a finalidade e objetivos da pesquisa. Bem como o instrumento, para que avaliassem a relevância e a representatividade de cada

item, a clareza (refere-se a trabalhar os itens sem ambiguidades), a facilidade de leitura e a compreensão dos itens propostos.

Após esta avaliação, o instrumento foi devolvido à pesquisadora do estudo, que analisou, acolheu as observações e sugestões propostas e, realizou os ajustes necessários no instrumento.

Após esta fase de validação, foi realizado um estudo piloto com 15 prescrições de medicamentos com a finalidade de estimar o tempo de coleta, a aplicabilidade, os pontos falhos e espaçamentos, assim como, avaliar a adequabilidade no instrumento.

4. 1. 1. 3. *Análise de Confiabilidade*

Na análise de confiabilidade, foi utilizada a confiabilidade interobservadores.

A confiabilidade interobservadores verifica a consistência do desempenho de dois ou mais observadores no registro das mesmas respostas e ao mesmo tempo ou analisa o grau de concordância (POLIT, BECK, 2011).

A confiabilidade interobservadores foi verificada por meio da comparação das observações realizadas por duas enfermeiras (pesquisadoras) ao utilizarem o instrumento LVSPM tipo *check list* de maneira independente e simultânea. As observações foram realizadas após treinamento quanto ao instrumento e sua aplicabilidade.

O cálculo do tamanho amostral para a análise de confiabilidade interobservador considerou um coeficiente de correlação intraclassa esperado de $ICC = 0,90$, entre os escores, admitindo-se que o mesmo não seja inferior a $ICC = 0,75$, para um poder de 90 %, considerando-se um nível de significância $\alpha = 0,05$. Utilizando-se o aplicativo PASS 2002 (Power Analysis and Sample Size), com estes valores apriorísticos, obtém-se um tamanho amostral mínimo de $n = 36$ prescrições. No entanto, considerando as perdas, foram analisadas 27 prescrições.

4. 1. 2 **Etapa II**

A Etapa II caracterizou-se pela aplicação do instrumento.

Foi realizado um estudo retrospectivo com a aplicabilidade do instrumento validado para a análise da adesão às recomendações do Protocolo do MS e ANVISA na estrutura das prescrições de medicamentos do hospital de ensino.

4.2 CAMPO DE ESTUDO

O estudo foi realizado nas Unidades de Clínicas Médica e Cirúrgica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC - UFTM), localizado na cidade de Uberaba – Minas Gerais.

O HC da UFTM possui localização estratégica e confere ampla abertura regional, envolvendo os 27 municípios que compõem a macro região do Triângulo Sul, como único hospital público que oferece atendimento terciário de alta complexidade. Abrangendo também outras macrorregiões de Minas Gerais e também de outros estados da federação. Atualmente comporta 290 leitos, sendo 20 UTI Infantil, 10 UTI Adulto e 10 UTI Coronariano. Certificado como Hospital de Ensino, disponibiliza campo de estágio para os cursos técnicos, em especial os de saúde, de graduação da UFTM, além de atender às demandas de formação profissional no tocante à residência médica e pós-graduação (*lato sensu e stricto sensu*). A pesquisa acadêmica encontra no HC favorável campo de investigação científica, pela densidade de casos implicados e face à infraestrutura operacional e tecnológica disponível (UFTM, 2014a).

O HC atende diversas especialidades clínicas e cirúrgicas (dermatologia, oncologia, nefrologia, urologia, geriatria, neonatologia, neurologia, hematologia, infectologia, pneumologia, cardiologia, clínica geral, ginecologia e obstetrícia, pediatria, cirurgia plástica, cirurgia torácica, oftalmologia, gastroenterologia, endocrinologia, neurocirurgia, cirurgia geral, ortopedia, otorrinolaringologia, oncologia e cirurgia bucomaxilofacial, psiquiatria, fisiologia) e reabilitação.

O hospital possui o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (RIMS-UFTM) que visa promover a construção e aprofundamento de conhecimentos e técnicas de trabalho na saúde, formando especialistas multiprofissionais (UFTM, 2016).

A Clínica Médica possui 37 leitos e a Clínica Cirúrgica possui 65 leitos, e nestas o sistema de prescrição é informatizado, ou seja, prescrição eletrônica (UFTM, 2014b).

A escolha baseou-se no critério de viabilidade de realização da pesquisa, por representarem maior volume de prescrições e pela implantação do sistema de prescrição eletrônica nessas duas clínicas.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo deste estudo foi constituída de 2.346 prescrições eletrônicas de pacientes internados no período de janeiro a dezembro de 2014 nas Clínicas Médica e Cirúrgica do Hospital de Ensino.

As prescrições eletrônicas são realizadas por meio do Programa de Aplicativos para Gestão de Hospitais Universitários (AGHU). Esse programa foi desenvolvido pelo Ministério da Educação em 2009 e objetiva padronizar práticas assistenciais e administrativas em todos os hospitais universitários de sua rede. A utilização do AGHU proporciona que os hospitais aprimorem seus processos de atendimento, estendendo aos pacientes de todo o país inúmeras facilidades, como o prontuário eletrônico e todos os benefícios a ele relacionados (BRASIL, 2012).

A escolha do período do estudo se deve ao fato de que o sistema de prescrição eletrônica pelo AGHU foi implantado nessas duas clínicas do HC -UFTM, a partir de novembro de 2013 (UFTM, 2014b).

4. 3. 1. Critérios de Inclusão

Foram adotados como critério de inclusão: prescrições eletrônicas impressas de pacientes adultos, de ambos os sexos e que internaram nas Clínicas Médica e Cirúrgica.

4. 3. 2. Critérios de Exclusão

Foram excluídos da pesquisa prescrições manuais ou digitadas e prescrições não encontradas após três tentativas.

4. 3. 3. Dimensão amostral

Para a obtenção da amostra, foram solicitadas, junto ao Serviço de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação (SGPTI) do HC – UFTM, as prescrições eletrônicas de janeiro a dezembro de 2014, totalizando 2.346 prescrições eletrônicas realizadas nas Clínicas Médica e Cirúrgica do Hospital de Ensino. Em seguida, a lista recebida pelo SGPTI com as prescrições já inseridas em uma planilha eletrônica *Excel*® para *Windows*® foi importada pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0, o qual realizou um sorteio aleatório simples para a obtenção da amostra. Das prescrições sorteadas aleatoriamente, foram analisadas as primeiras prescrições eletrônicas impressas encontradas

nos prontuários.

O cálculo do tamanho amostral considerou uma prevalência de erros de prescrição de 37,5% (NANJI et al., 2011), uma precisão de 5% e um intervalo de confiança de 95%, para uma população finita de 2.346 prescrições, chegando-se a uma amostra de 313. Considerando uma perda de amostragem de 30%, o número máximo de prescrições solicitadas foi de 448. Este cálculo foi obtido empregando-se o aplicativo PASS 2002 (*Power Analysis and Sample Size*). Dessa forma, o tamanho amostral (n), do presente estudo, foi de 313 prescrições eletrônicas. No entanto, considerando as perdas, foram analisadas 214 prescrições. Conforme Figura 1.

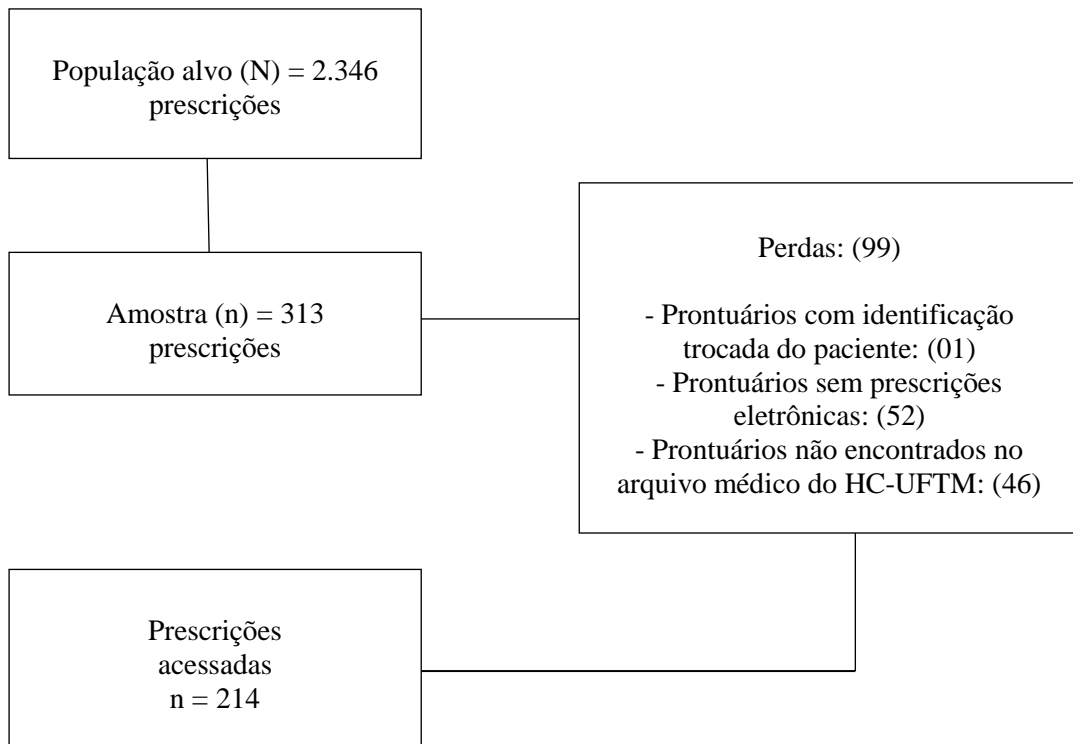


Figura 1 – Diagrama do fluxo amostral. Uberaba (MG), 2015.

4.4 COLETA DE DADOS

4. 4. 1 Procedimento de Coleta de Dados

Antes de iniciar a coleta de dados, a pesquisadora contactou diretamente o Serviço de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação (SGPTI) do HC – UFTM para esclarecimentos sobre os objetivos do estudo e solicitação das prescrições eletrônicas de janeiro a dezembro de 2014, das Clínicas Médica e Cirúrgica do Hospital de Ensino, campo de estudo.

Em seguida, foi realizado um sorteio aleatório simples empregando-se o Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0 para obtenção das prescrições eletrônicas que fizeram parte da amostra. Das prescrições sorteadas aleatoriamente, foram analisadas as primeiras prescrições eletrônicas impressas encontradas nos prontuários.

Para a obtenção dos dados, foi utilizado o instrumento do tipo *check list* denominado LVSPM - Lista de Verificação de Segurança na Prescrição de Medicamentos (APÊNDICE A) para identificar a adesão às recomendações do Protocolo do MS e ANVISA na estrutura das prescrições de medicamentos das Clínicas Médica e Cirúrgica do Hospital de Ensino no período de janeiro a dezembro de 2014 retrospectivamente.

A coleta dos dados foi realizada de julho a setembro de 2015, após a disponibilização das prescrições impressas, pelo Serviço de Arquivos Médicos (SAME) do HC – UFTM.

4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis relacionadas à identificação da prescrição foram

Nome completo do paciente sem abreviaturas; número do prontuário; enfermaria/apartamento; número/letra do leito; nome completo do prescritor; número registro no Conselho Profissional; assinatura/senha do prescritor; nome completo da Instituição; identificação da data da prescrição.

As variáveis relacionadas às medicações contidas nas prescrições são

Possui abreviaturas; contém via de administração abreviada conforme padronização da instituição; padronizado na Denominação Comum Brasileira; possui medicamentos com nomes semelhantes identificados com caixa alta ou negrito; utiliza expressões de medidas não métricas; forma farmacêutica acompanhada de todas as informações necessárias; unidade de medida claramente indicada, no caso de microgramas escrito por extenso; não uso de pontos na expressão de doses; utiliza zero antes da vírgula; usa expressões como “uso contínuo” ou “sem parar” relacionado à duração do tratamento; expressão “se necessário” com dosagem,

posologia, dose máxima diária e condição que determina uso ou interrupção do uso; contém informações sobre diluentes; definição da velocidade de infusão.

4.6 TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados foram inseridos em uma planilha eletrônica do programa *Microsoft Office Excel*® para *Windows*®. Foi realizada digitação por duas pessoas, com dupla entrada, com posterior verificação da consistência, consolidação e validação. Quando houve diferenças, a pesquisadora buscou a fonte original para as devidas correções.

4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados armazenados na planilha *Excel*® para *Windows XP*®, foram importados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0 para processamento e análise.

A análise univariada de variáveis categóricas incluiu tabelas de frequências absolutas e relativas. O escore de adesão às recomendações estabelecidas pelo MS e ANVISA na estrutura das prescrições de medicamentos foram obtidas pela contagem de respostas com pontuação 1 (um) do total de itens do instrumento, conforme a seguinte fórmula: adesão geral = soma dos percentuais de adesão total / número total de itens válidos.

O cálculo do escore de adesão geral, considerou a soma do total do percentual de adesão dos 22 itens, dividindo-se este resultado pelo número total de itens válidos (preenchidos). Destaca-se que dos itens 01 à 09, os códigos “1” foram convertidos para 100%, já os itens 10 à 22 a proporção de adesão foi calculada pela soma do código “1”, dividindo-se pelo número de itens válidos (número total de medicamentos – itens em branco), multiplicando esse resultado por 100.

Para testar a confiabilidade interobservadores, foi utilizado o coeficiente Kappa e o Coeficiente de Correlação Intraclassa (ICC) entre os escores obtidos em relação às observações das pesquisadoras.

O Kappa simples é uma medida estatística utilizada quando as variáveis são nominais e os resultados podem ser expressos por duas ou mais categorias. Esta medida tem como valor

mínimo o zero, indicando ausência de concordância; e o valor máximo de 1, indicando concordância absoluta (LANDIS; KOCH, 1977).

Neste estudo o Kappa simples foi calculado para cada item da primeira parte do instrumento LVSPM (APÊNDICE A).

Para expressar a força de concordância do coeficiente Kappa, utilizou-se a seguinte classificação (Quadro 1):

Quadro 1: Interpretação dos valores Kappa.

COEFICIENTE KAPPA	CONCORDÂNCIA
0	INSIGNIFICANTE
0,01 – 0,20	LEVE / BAIXA
0,21 – 0,40	REGULAR
0,41 – 0,60	MODERADA
0,61 – 0,80	SUBSTANCIAL
0,81 – 0,99	QUASE PERFEITA

Fonte: LANDIS, J.R; KOCH, G.G. The measurement of observer agrément for categorical data. *Biometrics*, v.33, p. 159-74; 1977.

Vale ressaltar que o valor de Kappa só é calculado em matrizes quadradas, por isso, durante o cálculo dos itens do instrumento, alguns valores não puderam ser calculados, pois houve concordância total de respostas entre os observadores (ambos responderam tudo sim ou tudo não) ou discordância quanto as opções de resposta (sim, não e não se aplica).

O ICC é uma das ferramentas estatísticas utilizadas para a mensuração da confiabilidade de medidas para variáveis quantitativas (FLEISS, 1986).

Neste estudo o ICC foi calculado para cada item da segunda parte do instrumento LVSPM (APÊNDICE A).

Para expressar a confiabilidade do ICC, utilizou-se a seguinte classificação (Quadro 2).

Quadro 2: Interpretação dos valores do ICC.

ICC	CONFIABILIDADE
> 0,4	BAIXA
ENTRE 0,4 e 0, 74	MODERADA A BOA
0,75 OU MAIS	EXCELENTE

Fonte: FLEISS, J. L. *The Design and Análisis of Clinical Experiments*. Wiley, New York, 1986.

Foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson para analisar a relação entre o número de medicação e o escore de adesão geral, sendo utilizada a classificação proposta por Cohen (1988) na qual os valores do coeficiente de correlação (r) são assim distribuídos: valores de 0,10 à 0,29 - correlação fraca; de 0,3 à 0,49 – correlação moderada, e de 0,5 à 1,0 – correlação forte.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Após aprovação da instituição, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP - UFTM) e aprovado sob o parecer nº 1.012.450 (ANEXO A). Os dados foram coletados somente após a aprovação do estudo, respeitando os princípios do Decreto 93.933 de 1987 e as questões éticas de pesquisa definidas pela Resolução 466 de 2012.

Não foi solicitado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e sim sua dispensa (APÊNDICE B), por considerar que a temática do projeto poderia causar preocupações psicológicas, angústia e desconforto a esses pacientes, ao rememorar ao paciente e/ou familiares o momento da internação; em muitos casos os pacientes já vieram a óbito; o endereço e telefone podem ter sido alterados e pela difícil localização dos familiares, pois os mesmos podem não frequentar regularmente o hospital.

5. RESULTADOS

5.1 VALIDAÇÃO APARENTE E DE CONTEÚDO

A primeira versão do instrumento LVSPM (APÊNDICE A) foi enviado a cinco doutores com experiência na área de segurança do paciente e com o tema. Os juízes após avaliarem os itens propostos da área temática no instrumento, fizeram sugestões quanto ao conteúdo, sequência e adição de outros itens considerados relevantes para a segurança do paciente na prescrição de medicamentos.

A primeira juíza a avaliar o instrumento foi uma Doutora em Enfermagem vinculada ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), a qual concordou com todos os itens apresentados para avaliação (Tabela 1).

Tabela 1 – Validação aparente e de conteúdo: parecer de avaliação da primeira juíza. Uberaba (MG), 2015.

Segurança na Prescrição de Medicamentos	Parecer do juiz				
	Concordo	Discordo	Concordo parcialmente	Excluir	Sugestão/ Justificativa
Q1. Nome completo do paciente sem abreviaturas	X				
Q2. Número do prontuário	X				
Q3. Número do leito	X				
Q4. Enfermaria/ apartamento	X				
Q5. Nome completo do prescritor	X				
Q6. Número registro no conselho profissional	X				
Q7. Assinatura do prescritor	X				
Q8. Nome completo da instituição	X				
Q9. Endereço completo da Instituição	X				

Tabela 1 – Validação aparente e de conteúdo: parecer de avaliação da primeira juíza. Uberaba (MG), 2015.

(continuação)

Segurança na Prescrição de Medicamentos		Parecer do juiz			
Identificação da Prescrição	Concordo	Discordo	Concordo parcialmente	Excluir	Sugestão/Justificativa
Q10. Telefone da Instituição	X				
Q11. Identificação da data da prescrição	X				
Medicações da Prescrição	Concordo	Discordo	Concordo parcialmente	Excluir	Sugestão/Justificativa
Q12. Não possui abreviaturas	X				
Q13. Abreviaturas padronizadas	X				
Q14. Padronizado na Denominação Comum Brasileira	X				
Q15. Não possui medicamentos com nomes semelhantes	X				
Q16. Destaque na escrita a parte do nome que os diferencia	X				
Q17. Não uso de expressões de medidas não métricas	X				
Q18. Forma farmacêutica acompanhada de todas as informações necessárias	X				
Q19. Microgramas escrito por extenso	X				
Q20. Não uso de pontos	X				
Q21. Não uso de zero antes da vírgula	X				

Tabela 1 – Validação aparente e de conteúdo: parecer de avaliação da primeira juíza. Uberaba (MG), 2015.

(conclusão)

Segurança na Prescrição de Medicamentos	Parecer do juiz				
	Concordo	Discordo	Concordo parcialmente	Excluir	Sugestão/Justificativa
Q22. Não uso de expressões como “uso contínuo” ou “sem parar” em relação à duração do tratamento	X				
Q23. Não uso de expressões vagas sem indicação de dose máxima, posologia e condições de uso	X				
Q24. Expressão “se necessário” com dosagem, posologia, dose máxima diária e condição que determina o uso ou interrupção do uso	X				
Q25. Informações sobre diluentes	X				
Q26. Definição da velocidade de infusão	X				
Q27. Contem via de administração	X				

Fonte: a autora, 2015.

O segundo juiz, Doutor em Medicina e Saúde vinculado à Universidade Federal da Bahia (UFBA), concordou com quase todos os itens apresentados e sugeriu alterações quanto ao conteúdo de alguns itens e exclusão de dois outros itens: não possui medicamentos com nomes semelhantes e o não uso de expressões relacionadas à duração do tratamento (Tabela 2).

Tabela 2 – Validação aparente e de conteúdo: parecer de avaliação do segundo juiz. Uberaba (MG), 2015.

Segurança na Prescrição de Medicamentos		Parecer do juiz			
Identificação da Prescrição	Concordo	Discordo	Concordo parcialmente	Excluir	Sugestão/ Justificativa
Q1. Nome completo do paciente sem abreviaturas	X				
Q2. Número do prontuário	X				
Q3. Número do leito	X				
Q4. Enfermaria/ apartamento	X				
Q5. Nome completo do prescritor	X				
Q6. Número registro no conselho profissional	X				
Q7. Assinatura do prescritor	X				
Q8. Nome completo da instituição	X				
Q9. Endereço completo da Instituição	X				
Q10. Telefone da Instituição	X				
Q11. Identificação da data da prescrição					
Medicações da Prescrição	Concordo	Discordo	Concordo parcialmente	Excluir	Sugestão/ Justificativa
Q12. Não possui abreviaturas			X		Não iniciar a preposição com negação, pode confundir
Q13. Abreviaturas padronizadas			X		Deve conter informações sobre as excessões
Q14. Padronizado na Denominação Comum Brasileira			X		Acrescentar que na ausência da DCB, utilizar a DCI

Tabela 2 – Validação aparente e de conteúdo: parecer de avaliação do segundo juiz. Uberaba (MG), 2015.

(continuação)

Segurança na Prescrição de Medicamentos		Parecer do juiz			
Medicações da Prescrição	Concordo	Discordo	Concordo parcialmente	Excluir	Sugestão/ Justificativa
Q15. Não possui medicamentos com nomes semelhantes				X	A não prescrição de medicamentos com nomes semelhantes não é “padrão” de qualidade
Q16. Destaque na escrita a parte do nome que os diferencia	X				
Q17. Não uso de expressões de medidas não métricas			X		Evita iniciar preposição com um “não”
Q18. Forma farmacêutica acompanhada de todas as informações necessárias	X				
Q19. Microgramas escrito por extenso			X		Sugiro colocar “unidade de medida claramente indicada, no caso de mcg, deve estar escrito por extenso”
Q20. Não uso de pontos			X		Sugiro colocar “utilização de ponto em substituição a vírgula”
Q21. Não uso de zero antes da vírgula			X		Não iniciar negando. Sugiro acrescentar “exemplo:0,5g ao invés de 500mg”
Q22. Não uso de expressões como “uso contínuo” ou “sem parar” em relação à duração do tratamento				X	Isso se aplica a prescrições ambulatoriais apenas
Q23. Não uso de expressões vagas sem indicação de dose máxima, posologia e condições de uso			X		Não iniciar negando
Q24. Expressão “se necessário” com dosagem, posologia, dose máxima diária e condição que determina o uso ou interrupção do uso			X		Sugiro substituir o termo “dosagem” por “dose”

Tabela 2 – Validação aparente e de conteúdo: parecer de avaliação do segundo juiz. Uberaba (MG), 2015.

(conclusão)

Segurança na Prescrição de Medicamentos		Parecer do juiz			
Medicações da Prescrição	Concordo	Discordo	Concordo parcialmente	Excluir	Sugestão/Justificativa
Q25. Informações sobre diluentes			X		Substituir por “contém informações sobre diluentes para medicamentos injetáveis”
Q26. Definição da velocidade de infusão	X				
Q27. Contem via de administração			X		Sugiro substituir por “contem via de administração abreviada, sem padronização na instituição

Fonte: a autora, 2015.

A terceira juíza Doutora em Enfermagem vinculada à Universidade Federal da Bahia (UFBA) concordou com todos os itens e sugeriu algumas alterações na segunda parte do instrumento (Tabela 3).

Tabela 3 – Validação aparente e de conteúdo: parecer de avaliação da terceira juíza. Uberaba (MG), 2015.

Segurança na Prescrição de Medicamentos		Parecer do juiz			
Identificação da Prescrição	Concordo	Discordo	Concordo parcialmente	Excluir	Sugestão/Justificativa
Q1. Nome completo do paciente sem abreviaturas	X				
Q2. Número do prontuário	X				
Q3. Número do leito	X				

Tabela 3 – Validação aparente e de conteúdo: parecer de avaliação da terceira juíza. Uberaba (MG), 2015.

(continuação)

Segurança na Prescrição de Medicamentos		Parecer do juiz			
Identificação da Prescrição	Concordo	Discordo	Concordo parcialmente	Excluir	Sugestão/Justificativa
Q4. Enfermaria/apartamento	X				
Q5. Nome completo do prescritor	X				
Q6. Número registro no conselho profissional	X				
Q7. Assinatura do prescritor	X				
Q8. Nome completo da instituição	X				
Q9. Endereço completo da Instituição	X				
Q10. Telefone da Instituição	X				
Q11. Identificação da data da prescrição	X				
Medicações da Prescrição	Concordo	Discordo	Concordo parcialmente	Excluir	Sugestão/Justificativa
Q12. Não possui abreviaturas	X				
Q13. Abreviaturas padronizadas	X				
Q14. Padronizado na Denominação Comum Brasileira	X				
Q15. Não possui medicamentos com nomes semelhantes	X				
Q16. Destaque na escrita a parte do nome que os diferencia	X				

Tabela 3 – Validação aparente e de conteúdo: parecer de avaliação da terceira juíza. Uberaba (MG), 2015.

(conclusão)

Segurança na Prescrição de Medicamentos		Parecer do juiz			
Medicações da Prescrição	Concordo	Discordo	Concordo parcialmente	Excluir	Sugestão/ Justificativa
Q17. Não uso de expressões de medidas não métricas			X		Sugiro colocar “Não utilizar expressões de medidas não métricas”
Q18. Forma farmacêutica acompanhada de todas as informações necessárias	X				
Q19. Microgramas escrito por extenso	X				
Q20. Não uso de pontos			X		Sugiro “Não utiliza ponto em substituição a vírgula na prescrição da dose”
Q21. Não uso de zero antes da vírgula			X		Sugiro “Não utiliza zero antes da vírgula”
Q22. Não uso de expressões como “uso contínuo” ou “sem parar” em relação à duração do tratamento			X		Sugiro “Não usa expressões como “uso contínuo” ou “sem parar” em relação à duração do tratamento”
Q23. Não uso de expressões vagas sem indicação de dose máxima, posologia e condições de uso			X		Sugiro “Não utiliza expressões vagas sem indicação de dose máxima, posologia e condições de uso”
Q24. Expressão “se necessário” com dosagem, posologia, dose máxima diária e condição que determina o uso ou interrupção do uso	X				
Q25. Informações sobre diluentes	X				
Q26. Definição da velocidade de infusão	X				
Q27. Contem via de administração	X				

Fonte: a autora 2015.

A quarta juíza Doutora em Ciências vinculada à Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), concordou com quase todos os itens, sugeriu alterações quanto ao conteúdo de alguns itens e a exclusão de três itens: endereço completo e telefone da instituição, e destaque na escrita da parte do nome que os diferencia (Tabela 4).

Tabela 4 – Validação aparente e de conteúdo: parecer de avaliação da quarta juíza. Uberaba (MG), 2015.

Segurança na Prescrição de Medicamentos		Parecer do juiz			
Identificação da Prescrição	Concordo	Discordo	Concordo parcialmente	Excluir	Sugestão/ Justificativa
Q1. Nome completo do paciente sem abreviaturas			X		Sugiro “Nome completo do paciente sem abreviaturas”
Q2. Número do prontuário	X				
Q3. Número do leito			X		Sugiro “Identificação do leito”, pois algumas instituições são letras
Q4. Enfermaria/ apartamento			X		Inverter a ordem, primeiro enfermaria, depois o leito
Q5. Nome completo do prescriptor	X				
Q6. Número registro no conselho profissional	X				
Q7. Assinatura do prescriptor	X				
Q8. Nome completo da instituição	X				
Q9. Endereço completo da Instituição				X	Sugiro retirar, pois é um item desnecessário
Q10. Telefone da Instituição				X	Sugiro retirar, pois é um item desnecessário
Q11. Identificação da data da prescrição	X				
Medicações da Prescrição	Concordo	Discordo	Concordo parcialmente	Excluir	Sugestão/ Justificativa
Q12. Não possui abreviaturas	X				

Tabela 4 – Validação aparente e de conteúdo: parecer de avaliação da quarta juíza. Uberaba (MG), 2015.

(continuação)

Segurança na Prescrição de Medicamentos		Parecer do juiz			
Medicações da Prescrição	Concordo	Discordo	Concordo parcialmente	Excluir	Sugestão/ Justificativa
Q13. Abreviaturas padronizadas			X		“Abreviaturas padronizadas conforme manual da instituição”
Q14. Padronizado na Denominação Comum Brasileira			X		Sugiro colocar “Padronizado na Denominação Comum Brasileira
Q15. Não possui medicamentos com nomes semelhantes			X		Sugiro “Medicamentos com nomes semelhantes em caixa alta ou negrito”
Q16. Destaque na escrita da parte do nome que os diferencia				X	Item Q15
Q17. Não uso de expressões de medidas não métricas			X		Substituir por “Utilização de medidas não métricas”
Q18. Forma farmacêutica acompanhada de todas as informações necessárias			X		Acrescentar todas as informações necessárias
Q19. Microgramas escrito por extenso	X				
Q20. Não uso de pontos			X		Sugiro “uso de pontos”
Q21. Não uso de zero antes da vírgula			X		Sugiro “uso de zero antes da vírgula”
Q22. Não uso de expressões como “uso contínuo” ou “sem parar” em relação à duração do tratamento			X		Sugiro “uso de expressões como “uso contínuo” ou “sem parar” em relação à duração do tratamento”
Q23. Não uso de expressões vagas sem indicação de dose máxima, posologia e condições de uso			X		Sugiro “uso de expressões vagas sem indicação de dose máxima, posologia e condições de uso”
Q24. Expressão “se necessário” com dosagem, posologia, dose máxima diária e condição que determina o uso ou interrupção do uso	X				

Tabela 4 – Validação aparente e de conteúdo: parecer de avaliação da quarta juíza. Uberaba (MG), 2015.

(conclusão)

Segurança na Prescrição de Medicamentos		Parecer do juiz			
Medicações da Prescrição	Concordo	Discordo	Concordo parcialmente	Excluir	Sugestão/ Justificativa
Q25. Informações sobre diluentes	X				
Q26. Definição da velocidade de infusão	X				
Q27. Contem via de administração	X				

Fonte: a autora, 2015.

O quinto juiz, Doutor vinculado à Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), concordou com todos os itens (tabela 5).

Tabela 5 – Validação aparente e de conteúdo: parecer de avaliação do quinto juiz. Uberaba (MG), 2015.

Segurança na Prescrição de Medicamentos		Parecer do juiz			
Identificação da Prescrição	Concordo	Discordo	Concordo parcialmente	Excluir	Sugestão/ Justificativa
Q1. Nome completo do paciente sem abreviaturas			X		Sugiro “Nome completo do paciente sem abreviaturas”
Q2. Número do prontuário	X				
Q3. Número do leito			X		Sugiro “Identificação do leito”, pois algumas instituições são letras
Q4. Enfermaria/ apartamento	X				
Q5. Nome completo do prescriptor	X				

Tabela 5 – Validação aparente e de conteúdo: parecer de avaliação do quinto juiz. Uberaba (MG), 2015.

(continuação)

Segurança na Prescrição de Medicamentos		Parecer do juiz			
Identificação da Prescrição	Concordo	Discordo	Concordo parcialmente	Excluir	Sugestão/Justificativa
Q6. Número registro no conselho profissional	X				
Q7. Assinatura do prescritor	X				
Q8. Nome completo da instituição	X				
Q9. Endereço completo da Instituição	X				
Q10. Telefone da Instituição	X				
Q11. Identificação da data da prescrição	X				
Medicações da Prescrição	Concordo	Discordo	Concordo parcialmente	Excluir	Sugestão/Justificativa
Q12. Não possui abreviaturas	X				
Q13. Abreviaturas padronizadas	X				
Q14. Padronizado na Denominação Comum Brasileira	X				
Q15. Não possui medicamentos com nomes semelhantes	X				
Q16. Destaque na escrita a parte do nome que os diferencia	X				
Q17. Não uso de expressões de medidas não métricas	X				
Q18. Forma farmacêutica acompanhada de todas as informações necessárias	X				

Tabela 5 – Validação aparente e de conteúdo: parecer de avaliação do quinto juiz. Uberaba (MG), 2015.

(conclusão)

Segurança na Prescrição de Medicamentos	Parecer do juiz					
	Medicações da Prescrição	Concordo	Discordo	Concordo parcialmente	Excluir	Sugestão/Justificativa
Q19. Microgramas escrito por extenso	X					
Q20. Não uso de pontos	X					
Q21. Não uso de zero antes da vírgula	X					
Q22. Não uso de expressões como “uso contínuo” ou “sem parar” em relação à duração do tratamento	X					
Q23. Não uso de expressões vagas sem indicação de dose máxima, posologia e condições de uso	X					
Q24. Expressão “se necessário” com dosagem, posologia, dose máxima diária e condição que determina o uso ou interrupção do uso	X					
Q25. Informações sobre diluentes	X					
Q26. Definição da velocidade de infusão	X					
Q27. Contem via de administração	X					

Fonte: a autora, 2015.

Todas as observações e sugestões foram relevantes e, por isso, foram realizadas as devidas alterações no instrumento.

A versão final do instrumento LVSPM, contém 22 itens (APÊNDICE A).

5.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DO ESTUDO

A amostra desta pesquisa foi constituída por 214 prescrições eletrônicas impressas, totalizando 1.849 medicamentos prescritos. Cada prescrição continha no mínimo 2 e no máximo dezoito medicamentos. Verificou-se uma média de 8,64 medicamentos por prescrição, uma mediana de 8,00 e um desvio padrão de 3,45.

5.3 CARACTERIZAÇÃO DAS PRESCRIÇÕES ELETRÔNICAS

A distribuição da frequência de adesão às recomendações do Ministério da Saúde e ANVISA na estrutura das prescrições de medicamentos está descrita na Tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição da frequência de adesão às recomendações na estrutura das prescrições de medicamentos de um hospital de ensino: identificação da prescrição. Uberaba (MG), 2015.

Identificação da Prescrição	Adesão			
	Não		Sim	
	N	%	N	%
Q1. Nome completo do paciente sem abreviaturas	1	0,5	213	99,5
Q2. Número do prontuário	1	0,5	213	99,5
Q3. Enfermaria/apartamento	3	1,4	211	98,6
Q4. Número/letra do leito	6	2,8	208	97,2
Q5. Nome completo do prescritor	2	0,9	212	99,1
Q6. Número registro no conselho profissional	2	0,9	212	99,1
Q7. Assinatura/senha do prescritor	6	2,8	208	97,2
Q8. Nome completo da instituição	214	100	0	0
Q9. Identificação da data da prescrição	0	0	214	100

Fonte: a autora, 2015.

De acordo com as recomendações na estrutura das prescrições, na primeira parte do instrumento: identificação da prescrição, todos os itens apresentaram adesão, com exceção do

item Q8, pois nenhuma das prescrições continham o nome completo da instituição, apenas a sigla oficial padronizada no sistema informatizado.

Observou-se que 6 (2,8%) das prescrições não continham número/letra do leito (Q4) e assinatura do prescritor (Q7).

O item Q9 (identificação da data da prescrição) apresentou uma adesão de 214 (100%), ou seja, todas as prescrições estavam datadas.

A Tabela 7, a seguir, apresenta as medidas de tendência central e de variabilidade dos escores de adesão para os itens Q10 a Q22.

Tabela 7 – Medidas de tendência central e de variabilidade dos escores de adesão às recomendações na estrutura das prescrições de medicamentos de um hospital de ensino: medicações da prescrição. Uberaba (MG), 2015.

Medicações da Prescrição	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
	N	%	%	%	%	%
Q10. Possui abreviaturas*	214	32,08	33,33	22,88	0,00	100,00
Q11. Contem via de administração abreviada conforme padronização	214	99,95	100,00	0,68	90,00	100,00
Q12. Padronizado na Denominação Comum Brasileira	214	100,00	100,00	0,00	100,00	100,00
Q13. Possui medicamentos com nomes semelhantes	0	-	-	-	-	-
Q14. Utiliza expressões de medidas não métricas*	214	63,43	71,42	31,45	0,00	100,00
Q15. Forma farmacêutica acompanhada de todas as informações necessárias	214	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Q16. Unidade de medida claramente indicada	214	63,02	71,42	31,14	0,00	100,00
Q17. Utiliza ponto em substituição a vírgula na prescrição de dose*	20	100,00	100,00	0,00	100,00	100,00
Q18. Utiliza zero antes da vírgula*	200	100,00	100,00	0,00	100,00	100,00
Q19. Usa expressões como “uso contínuo” ou “sem parar”*	214	89,33	91,66	13,24	22,22	100,00

Tabela 7 – Medidas de tendência central e de variabilidade dos escores de adesão às recomendações na estrutura das prescrições de medicamentos de um hospital de ensino: medicações da prescrição. Uberaba (MG), 2015.

(continuação)

Medicações da Prescrição	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
	N	%	%	%	%	%
Q20. Expressão “se necessário” com todas as informações necessárias	137	1,57	0,00	12,49	0,00	100,00
Q21. Contém informações sobre diluentes	192	56,03	66,66	37,15	0,00	100,00
Q22. Definição da velocidade de infusão	176	36,34	33,33	38,46	0,00	100,00

*Sim =0/ Não=1 (para cálculo do escore de adesão)

Fonte: a autora, 2015.

O item Q13 (possui medicamentos com nomes semelhantes) não apresentou escore de adesão, pois neste item para todos os medicamentos foram assinalados o código 2 “*não se aplica*”, no entanto, este item não foi excluído, embora não tenha sido encontrados medicamentos com nomes semelhantes nas prescrições analisadas, visto que, em outro momento poderá ser encontrado.

Dentre os itens analisados, todos os medicamentos foram prescritos na denominação comum brasileira (Q12), não utilizavam ponto em substituição a vírgula na prescrição de dose (Q17) e nenhum medicamento utilizava zero antes da vírgula (Q18), obtendo uma adesão de 100% ao que é preconizado pelo protocolo de segurança na prescrição de medicamentos.

Observou-se uma taxa de adesão de 99,95% relacionada a via de administração abreviada conforme padronização (Q11) e uma taxa de adesão de 89,33% para prescrições que não faziam o uso de expressões como “uso contínuo” ou “sem parar” relacionadas a duração do tratamento (Q19).

Das prescrições analisadas, 63,43% não utilizaram expressões de medidas não métricas (Q14); 63,02% a unidade de medida estava claramente indicada (Q16) e, 56,03% apresentavam informações sobre os diluentes (Q21).

Pode-se constatar que os itens Q10 e Q22, apresentaram baixa adesão. A taxa de adesão do item Q10 foi de 32,08% indicando que grande parte dos medicamentos foram

prescritos de forma abreviada, e uma taxa de adesão de 36,34% para o item Q22 mostrando a ausência de definição da velocidade de infusão.

A categoria uso da expressão “se necessário” com todas as informações necessárias (Q20), foi a que apresentou menor taxa de adesão, de todas as prescrições que fizeram uso dessa expressão, apenas 1,57% continham todas as informações necessárias como dose, posologia, dose máxima diária claramente descrita e condição que determinava o uso ou interrupção do uso do medicamento.

Com relação ao item Q15, não houve adesão a esse critério, ou seja, a utilização da forma farmacêutica nas prescrições, não continham todas as informações necessárias para a dispensação e administração segura.

A média do escore de adesão geral foi de 73,49%, sendo o mínimo de 55,95% e o máximo de 87,89% (Tabela 8).

Tabela 8 – Medidas de tendência central e de variabilidade dos escores de adesão geral. Uberaba (MG), 2015.

Adesão Geral	
	%
Média	73,49
Mínimo	55,95
Máximo	87,89
Mediana	73,90
Desvio Padrão	5,70
Intervalo de Confiança	72,72 - 74,26
Percentil 25	69,33
Percentil 75	77,64

Fonte: a autora, 2015.

Quando se analisa a relação entre número de medicamentos e escore de adesão geral, chega-se a um coeficiente de correlação produto-momento de Pearson, $r = - 0,29$, $p < 0,001$; indicando uma correlação fraca, negativa e estatisticamente significativa. Isto é, à medida que o número de medicamentos em uma prescrição aumenta, o escore geral de adesão diminui.

5.4 CONFIABILIDADE INTEROBSERVADORES: ANÁLISE DOS ITENS

A análise da confiabilidade foi analisada pelo Coeficiente Kappa e pelo Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC).

Para a primeira parte do instrumento: identificação da prescrição, calculou-se o valor do Coeficiente Kappa e nível de significância. A força de concordância do Kappa foi classificada conforme descrito no método.

Na primeira parte do instrumento, os itens Q1 à Q9 foram analisados e os resultados estão descritos na Tabela 9.

Tabela 9 – Resultados da análise de confiabilidade interobservador para as questões Q1 a Q9: segurança na prescrição de medicamentos. Uberaba (MG), 2015.

Identificação da Prescrição	Avaliador A				Avaliador B				PC*	Kappa	<i>p</i>
	Não		Sim		Não		Sim		PC*	<i>K</i>	<i>p</i>
	N	%	N	%	N	%	N	%	%		
Q1. Nome completo do paciente sem abreviaturas	0	0	27	100	1	3,7	26	96,3	100	1,00	<0,001
Q2. Número do prontuário	0	0	27	100	1	3,7	26	96,3	100	1,00	<0,001
Q3. Enfermaria /apartamento	0	0	27	100	0	0	27	100	100	-	-
Q4. Número/letra do leito	0	0	27	100	0	0	27	100	100	-	-
Q5. Nome completo do prescritor	0	0	27	100	0	0	27	100	100	-	-
Q6. Número registro no conselho profissional	0	0	27	100	0	0	27	100	100	-	-
Q7. Assinatura/senha do prescritor	0	0	27	100	1	3,7	26	96,3	100	1,00	<0,001
Q8. Nome completo da instituição	27	100	0	0	27	100	0	0	100	-	-
Q9. Identificação da data da prescrição	0	0	27	100	0	0	27	100	100	-	-

*PC = Proporção de Concordância

Fonte: a autora, 2015.

De acordo com a tabela 9, o índice de concordância Kappa apresentou-se como perfeito em relação aos itens Q1, Q2 e Q7, que apresentaram Kappa=1,00, ou seja, estatisticamente significativos ($p < 0,001$).

Dos nove primeiros itens avaliados, seis (Q3, Q4, Q5, Q6, Q8 e Q9) não puderam ser calculados os valores de Kappa e nível de significância, pois os resultados obtidos entre os observadores não formaram uma matriz quadrada, conforme descrito no método.

A proporção de concordância foi de 100% para todos os itens da primeira parte do instrumento, ou seja, os avaliadores concordaram em todos os itens das 27 prescrições analisadas.

Na segunda parte do instrumento: medicações da prescrição, os itens Q10 à Q22 foram analisados e os resultados estão descritos na Tabela 10.

Tabela 10 – Resultados da análise de confiabilidade interobservador para as questões Q10 a Q22: segurança na prescrição de medicamentos. Uberaba (MG), 2015.

Medicações da Prescrição	Avaliador A		Avaliador B		ICC	<i>p</i>
	Média	DP	Média	DP	ICC	<i>p</i>
Q10. Possui abreviaturas*	29,65	21,92	29,65	21,92	1,00	-
Q11. Contem via de administração abreviada conforme padronização	100,00	0,00	100,00	0,00	-	-
Q12. Padronizado na Denominação Comum Brasileira	100,00	0,00	100,00	0,00	-	-
Q13. Possui medicamentos com nomes semelhantes	-	-	-	-	-	-
Q14. Utiliza expressões de medidas não métricas*	56,09	31,62	54,98	30,78	0,99	<0,001
Q15. Forma farmacêutica acompanhada de todas as informações necessárias	0,00	0,00	0,00	0,00	-	-
Q16. Unidade de medida claramente indicada	55,68	32,30	54,57	31,00	0,99	<0,001
Q17. Utiliza ponto em substituição a vírgula na prescrição de dose*	100,00	0,00	100,00	0,00	-	-
Q18. Utiliza zero antes da vírgula*	100,00	0,00	100,00	0,00	-	-

Tabela 10 – Resultados da análise de confiabilidade interobservador para as questões Q10 a Q22: segurança na prescrição de medicamentos. Uberaba (MG), 2015.

(continuação)

Medicações da Prescrição	Avaliador A		Avaliador B		ICC	<i>p</i>
	Média	DP	Média	DP	ICC	<i>p</i>
Q19. Usa expressões como “uso contínuo” ou “sem parar”*	91,41	11,76	89,81	12,40	0,85	<0,001
Q20. Expressão “se necessário” com todas as informações necessárias	0,00	0,00	0,00	0,00	-	-
Q21. Contém informações sobre diluentes	46,53	32,54	47,63	33,24	0,92	<0,001
Q22. Definição da velocidade de infusão	38,09	40,53	38,09	40,53	1,00	-

*Sim =0/ Não=1 (para cálculo do escore de adesão)

Fonte: a autora, 2015.

O ICC foi calculado na segunda parte do instrumento LVSPM: medicações da prescrição. A confiabilidade do ICC foi classificada conforme descrito no método.

Os itens Q11, Q12, Q15, Q17, Q18 e Q20 não puderam ser calculados os valores de ICC e nível de significância, considerando que não houve variação entre os observadores, embora a concordância tenha sido plena.

Os itens Q14 (ICC=0,99), Q16 (ICC=0,99), Q19 (ICC=0,85), Q21 (ICC=0,92) apresentaram ICC > 0,85 sendo estatisticamente significativos ($p < 0,001$).

Os itens Q10 e Q22 apresentaram ICC=1,00, com confiabilidade excelente.

O item Q13 (possui medicamentos com nomes semelhantes) não apresentou escore de adesão, pois neste item para todas os medicamentos foram assinalados o código 2 “*não se aplica*”, no entanto, este item não foi excluído, por não ter sido encontrados medicamentos com nomes semelhantes em nenhuma prescrição analisada, visto que, em outro momento poderá ser encontrado.

Observou-se que a confiabilidade do instrumento LVSPM foi excelente e estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

6. DISCUSSÃO

O Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos coordenado MS e ANVISA em parceria com a FIOCRUZ e a FHEMIG, tem como finalidade promover práticas seguras no uso de medicamentos e deve ser aplicado em todos os estabelecimentos de saúde, em todos os níveis de complexidade, em que se usam medicamentos para profilaxia, exames diagnósticos, tratamento e medidas paliativas (BRASIL, 2013b).

Este estudo teve como produto um instrumento para avaliar a adesão às recomendações a partir do Protocolo do Ministério da Saúde e ANVISA na estrutura das prescrições de medicamentos de um hospital de ensino, o qual foi denominado Lista de Verificação de Segurança na Prescrição de Medicamentos - LVSPM (APÊNDICE A).

6.1 VALIDAÇÃO APARENTE E DE CONTEÚDO

Considerou-se a validade aparente e de conteúdo do instrumento deste estudo satisfatória, pois na criação de seus itens foram considerados os principais aspectos que representam o construto segurança do paciente. Esses itens representam os domínios citados na literatura sobre a segurança do paciente na prescrição de medicamentos.

A validade aparente diz respeito ao que o instrumento mede superficialmente, ou seja, à forma e à linguagem em que o conteúdo está sendo apresentado. A validação de conteúdo não é determinada estatisticamente, mas é o resultado do julgamento de diferentes pessoas ou juízes com vasto conhecimento na área sobre o conteúdo que está sendo medido, os quais analisam a representatividade dos itens em relação aos conceitos avaliados (MORESI, 2003; POLIT; BECK, 2011).

Os itens que compuseram o instrumento deste estudo, constavam de recomendações do MS e ANVISA para uma prescrição segura.

Assegurou-se, na análise qualitativa dos itens por doutores da área, na realização do estudo piloto e no posterior refinamento do instrumento para a população estudada, que a forma e o vocabulário foram adequados ao propósito da mensuração.

6.2 CONFIABILIDADE INTEROBSERVADORES: ANÁLISE DOS ITENS

Para avaliar a concordância ou a consistência do desempenho de dois ou mais observadores no registro das mesmas respostas e ao mesmo tempo foi utilizado neste estudo o Coeficiente Kappa e o Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC).

Para a validação do instrumento LVSPM quanto à confiabilidade, o instrumento desta pesquisa foi aplicado por dois pesquisadores que observaram 27 prescrições eletrônicas.

O instrumento tipo *check list* denominado LVSPM, é composto por duas partes.

Na primeira parte do instrumento, identificação da prescrição, o observador deve verificar se a prescrição analisada possui os itens de identificação do paciente como: nome completo do paciente sem abreviaturas, número do prontuário, enfermaria ou apartamento e número ou letra do leito onde se encontra o paciente. Quanto aos itens de identificação do prescritor, o observador deve analisar se a prescrição possui: nome completo do prescritor, seu número de registro no Conselho Profissional e sua assinatura ou senha. O observador deve analisar também dois outros itens que compõem a primeira parte do instrumento e referem-se aos itens de identificação da instituição e identificação da data da prescrição. Para todos estes itens devem ser assinalados com um *X* para as opções: *0.Não*, *1.Sim* e *2.Não se aplica*.

Na segunda parte do instrumento, medicações da prescrição, o observador deve analisar se os medicamentos prescritos possuem abreviaturas, se contém via de administração abreviada conforme padronização da instituição; se os medicamentos prescritos foram padronizados na Denominação Comum Brasileira; se possui medicamentos com nomes semelhantes identificados com caixa alta ou negrito; se o prescritor utiliza expressões de medidas não métricas como colher, ampola, frasco; se a forma farmacêutica acompanha todas as informações necessárias como ampola, frasco, comprimido; se a unidade de medida está claramente indicada pelo prescritor e no caso de microgramas se está escrito por extenso; se utiliza ponto em substituição a vírgula na prescrição de dose; se utiliza zero antes da vírgula; se o prescritor usa expressões como “uso contínuo” ou “sem parar” relacionado à duração do tratamento; se utiliza a expressão “se necessário” com dosagem, dose máxima diária e condição que determina o uso ou interrupção; se contém informações sobre diluentes e; a definição da velocidade de infusão. Para cada medicamento contido na prescrição, deverá ser preenchido nos itens descritos acima, com códigos *0*, *1*, e *2*, significando *não adesão*, *adesão* e *não se aplica*, respectivamente, sendo que, tanto o *sim* quanto o *não* podem receber o código “1” dependendo dos itens a serem avaliados.

Na primeira parte do instrumento LVSPM desta pesquisa, o índice de concordância Kappa apresentou-se como perfeito em relação aos itens Q1 (nome completo do paciente sem

abreviaturas), Q2 (Número do prontuário) e Q7 (assinatura/senha do prescriptor), que apresentaram Kappa=1,00, ou seja, estatisticamente significativos ($p<0,001$).

Dos nove primeiros itens avaliados, seis (Q3, Q4, Q5, Q6, Q8 e Q9) não puderam ser calculados os valores de Kappa e nível de significância, pois os resultados obtidos entre os observadores não formaram uma matriz quadrada, ou seja, houve concordância total de respostas entre os observadores.

Com relação a identificação da instituição com nome completo (Q8) não houve nenhuma adesão a esse item, ou seja, nenhuma das prescrições continham o nome completo da instituição apenas a sigla oficial padronizada no sistema informatizado.

Os observadores deste estudo, verificaram uma adesão de 100% para os itens Q3 (identificação da enfermaria/apartamento), Q4 (identificação do número/letra do leito), Q5 (nome completo do prescriptor), Q6 (número do registro no conselho profissional) e Q9 (identificação da data da prescrição) da primeira parte do instrumento.

A proporção de concordância foi de 100% para todos os itens da primeira parte do instrumento, ou seja, os observadores concordaram em todos os itens das 27 prescrições analisadas.

Na segunda parte do instrumento LVSPM deste estudo, o ICC foi calculado e observou-se que a confiabilidade foi excelente e estatisticamente significativa ($p<0,001$).

Os itens Q11, Q12, Q15, Q17, Q18 e Q20 não puderam ser calculados os valores de ICC e nível de significância, considerando que não houve variação entre os observadores, embora a concordância tenha sido plena.

Os itens Q14 (ICC=0,99), Q16 (ICC=0,99), Q19 (ICC=0,85), Q21 (ICC=0,92) apresentaram $ICC > 0,85$ sendo estatisticamente significativos ($p<0,001$).

Os itens Q10 e Q22 apresentaram ICC=1,00, com confiabilidade excelente entre os avaliadores.

O item Q13 (possui medicamentos com nomes semelhantes) não apresentou escore de adesão, pois neste item para todas os medicamentos foram assinalados o código 2 “*não se aplica*”, no entanto, este item não foi excluído, por não ter sido encontrados medicamentos com nomes semelhantes em nenhuma prescrição analisada, visto que, em outro momento poderá ser encontrado.

Quanto ao uso das expressões “uso contínuo” ou “sem parar” relacionadas a duração do tratamento, foi o item de maior discordância entre os observadores.

Os observadores deste estudo constataram que, a adesão foi de 100% para os itens Q11(contem via de administração abreviada conforme padronização), Q12 (medicamento

padronizado na denominação comum brasileira), Q17 (utiliza ponto em substituição a vírgula na prescrição de dose), Q18 (utiliza zero antes da vírgula) e Q20 (uso de expressão “se necessário” com todas as informações necessárias).

Com relação à forma farmacêutica e o uso da expressão “se necessária” com todas as informações necessárias, foram os itens que não apresentaram nenhuma adesão nas prescrições de ambos os avaliadores na segunda parte do instrumento.

O prescritor tem a responsabilidade de elaborar uma prescrição medicamentosa que transmita de forma completa, todas as informações para todos os profissionais que a utilizam (SANTOS, 2010). Omissão de informações na prescrição pode contribuir grandemente para ocorrência de erros (GIMENES et al., 2011). Sendo assim, é imprescindível que os erros sejam identificados e prevenidos.

6.3 CARACTERIZAÇÃO DAS PRESCRIÇÕES ELETRÔNICAS

Foram analisadas 214 prescrições eletrônicas impressas, totalizando 1.849 medicamentos prescritos. Verificou-se uma média de 8,64 medicamentos por prescrição, com variação de 2 a 18 medicamentos, mediana de 8,00 e desvio padrão de 3,45.

Estudos com médias de medicamentos por prescrição próximas ao desta pesquisa foram encontrados. Neri et al. (2011) ao analisarem prescrições em um hospital público em 2003 e 2007, encontraram média de $7,30 \pm 4,70$ em 2003 e $7,36 \pm 4,63$ em 2007. Uma média de 7,5 foi encontrada por Albuquerque e Tavares (2011) ao avaliarem prescrições da clínica médica de um hospital em Recife. Outro estudo realizado em um hospital universitário do Paraná, encontrou média de 7 ± 4 medicamentos por prescrição, mediana de 7 medicamentos e uma variação de 2 a 26 medicamentos prescritos (CRUCIOL-SOUZA; THOMSON; CATISTI, 2008).

O número de medicamentos por prescrição foi maior do que o encontrado em outros estudos. Zanin e Simon (2011) ao analisarem os indicadores de prescrição médica no serviço de urgência de um hospital público em Minas Gerais, verificaram uma média de 3,21 medicamentos por prescrição. Em um estudo que avaliou a qualidade das prescrições de medicamentos de um hospital no Rio Grande do Norte, Araújo e Uchôa (2011) encontraram uma média de 4,47 medicamentos por prescrição. Já em um hospital de pequeno porte do Rio Grande do Sul, um estudo realizado por Weber, Bueno e Oliveira (2012) foi encontrada média com variação de $5,06 \pm 2,08$ medicamentos por prescrição, com mínimo de um e máximo de 11 medicamentos.

A quantidade de medicamentos por prescrição é um indicador de risco, pois o desenvolvimento de interações medicamentosas e efeitos adversos é diretamente proporcional ao aumento do número de medicamentos prescritos (MATOS et al., 2009). Pesquisas mostram que se o número de medicamentos for maior que cinco, há maior risco de eventos adversos relacionados à medicação (ODUBANJO; BENNETT; FEELY, 2004; ROTH; WEINBERGER; CAMPBELL, 2009).

O fato do estudo ter sido realizado em um hospital de grande porte, de alta complexidade e nos setores de clínica médica e cirúrgica, onde é grande a variação de patologias, maior número de acadêmicos e residentes de medicina, maior tempo de permanência do paciente, podem explicar o alto grau de polimedicação encontrada. A média de medicamentos por prescrição avalia o grau de polimedicação à qual o paciente está sujeito, que, em alguns casos, é necessária e permite analisar o grau de educação e a informação do prescritor (OMS, 1993).

A média do escore de adesão geral foi de 73,49%, sendo o mínimo de 55,95% e o máximo de 87,89%. A relação entre número de medicamentos e escore geral de adesão, chegou-se a um coeficiente de correlação produto-momento de Pearson, $r = -0,29$, $p < 0,001$; indicando uma correlação fraca, negativa e estatisticamente significativa. Isto é, à medida que o número de medicamentos em uma prescrição aumenta, o escore geral de adesão diminui.

Em relação a identificação da prescrição, todos os itens apresentaram adesão, com exceção do nome completo da instituição, pois nenhuma das prescrições apresentavam o nome completo do hospital, apenas a sigla oficial padronizada no sistema informatizado. De acordo com o Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos (2013), as prescrições hospitalares e ambulatoriais devem possuir a identificação completa do estabelecimento de saúde, incluindo nome, endereço e telefone, para que o paciente possa entrar em contato com a instituição afim de esclarecimentos.

Quanto às informações que devem conter nas prescrições de medicamentos, pode-se verificar ótima adesão ao que é preconizado pelo MS e ANVISA. A identificação da data da prescrição esteve presente em todas as 214 (100%) das prescrições analisadas, ou seja, todas as prescrições estavam datadas, o que corrobora com os estudos de Weber, Bueno e Oliveira (2012), onde a data esteve presente em 100% das prescrições observadas.

Em contrapartida, um estudo retrospectivo realizado por Rosa et al. (2009), que objetivou analisar a prática da prescrição de medicamentos, apontou problemas na identificação da data em 9,4% das prescrições. A prescrição deve conter a identificação do

paciente e do prescritor afim de permitir o esclarecimento de dúvidas, além da presença da data, pois a omissão desta também pode levar a erros.

A identificação do paciente com nome completo sem abreviaturas foi verificada em 213 (99,5%) das prescrições e 213 (99,5%) havia o número do prontuário do paciente. Resultados semelhantes foram encontrados em outro estudo, cujo objetivo foi caracterizar as prescrições medicamentosas em unidade de terapia intensiva, onde observou-se que 99,88% das prescrições havia nome completo do paciente e 98,46% continha o registro/prontuário do paciente (CARDINAL et al.,2012). Estudo realizado por Weber, Bueno e Oliveira (2012) demonstrou que o nome do paciente foi verificado na maior parte (94,25%) das prescrições analisadas. Outro estudo que objetivou identificar a qualidade das informações presentes nas prescrições, observou-se que apenas 5,4% das prescrições não havia o número do registro do paciente no hospital (CRUCIOL-SOUZA; THOMSON; CATISTI, 2008).

Contrapondo estes resultados, um estudo ao analisar prescrições de cinco hospitais brasileiros, pode-se observar que 54,4% das prescrições o número de registro do paciente estava ausente (GIMENES et al., 2010). Araújo e Uchôa (2011) encontraram 41,0% das prescrições sem o número do registro do paciente e Rosa et al. (2009) verificaram 47% de problemas relacionados à identificação do paciente.

A identificação adequada do paciente se faz necessária para a segurança na administração de medicamentos, uma vez que pacientes com nomes parecidos, internados numa mesma enfermaria e recebendo um mesmo medicamento, porém em doses diferentes, podem ser facilmente confundidos, passando a receber uma dose inadequada para o seu tratamento (CARDINAL et al., 2012; GIMENES et al.,2010).

Quanto a enfermaria ou apartamento ocupados pelo paciente 211 (98,6%) das prescrições havia essa informação. O número ou letra do leito esteve ausente em 6 (2,8%) das prescrições. O estudo de Cardinal et al. (2012) aponta valores próximos ao da pesquisa onde 96,92% das prescrições continham a identificação do leito. Gimenes et al. (2010) observaram que 0,9% das prescrições não possuía o número do leito. Cruciol-Souza, Thomson e Catisti (2008) identificaram que 0,3% das prescrições analisadas não havia informação quanto a enfermaria e leito ocupados pelo paciente.

Resultados diferentes desta pesquisa foram encontrados por Weber, Bueno e Oliveira (2012), no qual demonstraram que apenas 55,40% das prescrições continham informações sobre o quarto e leito que o paciente ocupava.

A prescrição de medicamentos deve conter todas as informações de identificação do paciente e aquelas necessárias para que se realize o tratamento correto, sendo assim,

informações incompletas e inadequadas devem ser excluídas da prática cotidiana dos estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2013b).

Em relação aos dados do prescritor, o nome completo foi observado em 212 (99,1%) das prescrições, o número de registro no conselho profissional em 212 (99,1%) e a assinatura do prescritor em 208 (97,2%) das prescrições analisadas. Estes resultados corroboram com o estudo de Cardinal et al. (2012) em que foi identificado o nome do prescritor em 99,53%, o número do registro profissional em 99,53% e a assinatura do profissional em 99,40% das prescrições observadas.

Cruciol-Souza, Thomson e Catisti (2008) identificaram que em 88,0% das prescrições a assinatura do prescritor estava presente, ou seja, 12,8% omitiram essa informação. A identificação correta do prescritor é uma medida que visa agregar valor à prescrição e à função do médico na equipe hospitalar, e sua assinatura é uma exigência legal na documentação do paciente. A omissão da assinatura do médico torna difícil a localização e o contato com o mesmo, em caso de dúvidas quanto à terapêutica prescrita, prejudicando o tratamento proposto (WEBER; BUENO; OLIVEIRA, 2012).

Dados como o nome do prescritor, assinatura e número do registro no conselho profissional, quando associados, conferem à prescrição validade legal, e quando essas informações estão omissas ou ilegíveis as prescrições não devem ser dispensadas ou adotadas (NERI et al., 2011).

No estudo de Weber, Bueno e Oliveira (2012) observou que 55,40% continham a assinatura do prescritor. Rosa et al. (2009) apontam que 33,7% das prescrições apresentava problemas na identificação do prescritor. O médico tem a responsabilidade de elaborar uma prescrição medicamentosa que transmita de forma completa, todas as informações a todos os profissionais que a utilizam (SANTOS, 2010). A ausência dos elementos da prescrição dificulta a preparação, a conferência e a administração da dose do paciente. Sendo assim, é imprescindível que todos os elementos estejam presentes, para que seja prestada a melhor assistência ao paciente (ARAÚJO; UCHÔA, 2011).

As prescrições eletrônicas resultam em um aumento de erros administrativos, ou seja, erros de omissão como ausência do nome do prescritor, assinatura e data. Entretanto, esses erros precisam ser evitados para garantir a segurança do paciente (CRUCIOL-SOUZA; THOMSON; CATISTI, 2008).

Em relação aos medicamentos com nomes semelhantes, não apresentou escore de adesão, pois neste item para todos os medicamentos foram assinalados o código 2 “*não se aplica*”, no entanto, este item não foi excluído, embora não tenha sido encontrado

medicamentos com nomes semelhantes nas prescrições analisadas, visto que, em outro momento poderá ser encontrado.

Um das causas que pode provocar erros são os nomes semelhantes de medicamentos, deve-se ter muita cautela pois esse erro pode ser fatal e mesmo os profissionais mais experientes estão sujeitos ao deslize. De acordo com o Protocolo de Segurança na Prescrição (2013), medicamentos cujos nomes são semelhantes, devem ser prescritos com destaque na escrita da parte que os diferencia, podendo ser utilizada letra maiúscula ou negrita (BRASIL, 2013b). Deve-se enfatizar as diferenças existentes entre os nomes dos medicamentos parecidos entre si, por meio da utilização de letras maiúsculas (ANVISA, 2013b).

Pode-se inferir que todos os medicamentos foram prescritos na Denominação Comum Brasileira (DCB), não utilizavam ponto em substituição a vírgula na prescrição de dose e nenhum medicamento utilizava zero antes da vírgula, obtendo uma adesão de 214 (100%) ao que é preconizado pelo Protocolo de Segurança na Prescrição de Medicamentos.

Existe um registro oficial de nomes de substâncias usadas como medicamentos e a DBC é a forma correta de se escrever em português uma substância medicamentosa. Ela é derivada de outra lista oficial, a Denominação Comum Internacional (DCI) elaborada pela OMS. No Brasil, a lei 9.787/99 determina que a prescrição de medicamentos deve ser feita por meio da DBC nos serviços de saúde vinculados ao setor público (BRASIL, 1999). Os resultados obtidos mostram que os prescritores, em sua maioria, estão atentos a essa obrigatoriedade.

Quando a dosagem requerida não é especificada pelo prescritor, ou ele opta pela utilização das abreviaturas ou siglas, corre-se o risco do paciente receber dose de medicamento diferente da prescrição. Pesquisa realizada por Weber, Bueno e Oliveira (2012), identificou que 75,54% das prescrições não continham a dose a ser administrada. Dose ausente foi encontrada em 1,1% das prescrições analisadas por Cruciol-Souza, Thomson e Catisti (2008), 18,2% por Silva (2009) e 12% por Gimenes et al. (2010).

Sabe-se que a ausência da posologia nas prescrições de medicamentos pode levar à administração de doses superiores ou inferiores ao desejado, ocasionando ineficácia do tratamento e, até mesmo, o óbito do paciente. Os profissionais de enfermagem devem, portanto, solicitar aos serviços de saúde ações que visem impedir que os prescritores omitam essa informação, de modo a favorecer a segurança na administração das doses.

Observou-se uma taxa de adesão de 99,95% relacionada a via de administração abreviada conforme padronização. Cardinal et al. (2012) apontam achados semelhantes, onde

a via de administração foi identificada em 97,70% das prescrições analisadas.

Outros valores foram encontrados na pesquisa de Cruciol-Souza, Thomson e Catisti (2008) onde 3,0% dos medicamentos não indicava a via de administração e no estudo de Silva (2009) onde 7,2% dos medicamentos estava sem a via de administração.

De acordo com o Protocolo de Segurança na Prescrição (2013), o uso de abreviaturas para indicar a via de administração de medicamentos, só deve ser utilizado se estiver de forma clara, obedecendo a via correta de administração recomendada pelo fabricante e se for padronizada pela instituição de saúde.

Verificou-se uma taxa de adesão de 89,33% para prescrições que não faziam o uso de expressões vagas como “uso contínuo” ou “sem parar” relacionadas a duração do tratamento. O MS e ANVISA determina que as expressões “a critério médico”, “usar como de costume”, “usar como habitual”, “uso contínuo” e “sem parar” devem ser abolidas das prescrições, no entanto, observou-se que grande parte das prescrições que apresentavam essas expressões, utilizava a expressão “a critério médico”.

Das prescrições analisadas, 63,43% não utilizaram expressões de medidas não métricas; 63,02% a unidade de medida estava claramente indicada e, 56,03% apresentavam informações sobre os diluentes.

Para expressar as doses desejadas, o sistema métrico deve ser utilizado, sendo assim, todas as unidades de medidas não métricas como colher, ampola e frasco devem ser eliminadas das prescrições. A unidade de medida deve estar claramente indicada, e no caso de microgramas, este deve estar escrito por extenso para não induzir erros (BRASIL, 2013b).

Para os medicamentos que necessitam de diluentes, a prescrição deve conter informações sobre seu diluente como tipo, volume, velocidade e tempo de infusão. É preciso estar atento a estabilidade e efetividade do medicamento devido a incompatibilidade que pode levar a diminuição e até mesmo a perda da ação farmacológico do medicamento (BRASIL, 2013b).

Pode-se constatar uma baixa adesão ao que refere prescrições de medicamentos sem abreviaturas e definição de velocidade de infusão, com adesão de 32,08%, ou seja, grande parte dos medicamentos foram prescritos de forma abreviada e; adesão de 36,34% mostrando a ausência de definição da velocidade de infusão em grande parte dos medicamentos prescritos.

Silva (2009) apontou erros relacionados à diluição e/ou tempo de infusão de 5,3%. Esses tipos de erros, se não detectados a tempo, podem levar a lesões no paciente, inclusive ineficácia terapêutica, dependendo da farmacocinética e farmacodinâmica do fármaco. Muitas

vezes a velocidade de infusão pode estar associada a reações adversas clássicas, sendo necessário, levar em consideração a melhor evidência científica disponível e as recomendações do fabricante, com o intuito de prevenir a ocorrência desses eventos adversos (BRASIL, 2013b).

Informações incompletas e inadequadas sobre os medicamentos são uma das principais causas de erros de medicação. Neri et al. (2011) observou que 98% das prescrições possuíam abreviaturas. Siglas e abreviaturas foram encontradas por Gimenes et al. (2010) em 96,3% das prescrições. Resultados diferentes foram encontrados no estudo de Cruciol-Souza, Thomson e Catisti (2008), onde 16% dos medicamentos prescritos não continham informações completas.

A presença de abreviaturas e siglas pode levar ao erro de dose. A utilização da abreviatura “U” como “unidade” causa muitos problemas, por isso a NCCMERP (2001) recomenda a implantação do sistema de prescrições eletrônicas, a não utilização de abreviaturas e siglas ainda que padronizadas pela instituição, para que não ocorra dúvidas na interpretação das informações. Muitos prescritores fazem uso das abreviaturas a fim de economizar tempo, no entanto, gasta-se mais tempo tentando elucidar as dúvidas e corrigindo os erros decorrentes de tal procedimento (NERI et al., 2011).

A categoria uso da expressão “se necessário” com todas as informações necessárias, foi a que apresentou menor taxa de adesão, de todas as prescrições que fizeram uso dessa expressão, apenas 1,57% continham todas as informações necessárias como dose, posologia, dose máxima diária claramente descrita e condição que determinava o uso ou interrupção do uso do medicamento.

A NCCMERP (2001) recomenda que sejam evitadas prescrições “vagas” como “se necessário” e “a critério médico”, para maior segurança na administração de medicamentos. Já o Protocolo do MS e ANVISA determina que essas expressões devem ser abolidas das prescrições e que deve-se evitar o uso da expressão “se necessário”, mas quando preciso, utilizar com todas as informações necessárias (BRASIL, 2013b).

Com relação a forma farmacêutica, não houve adesão a esse critério, ou seja, a utilização da forma farmacêutica nas prescrições não continha todas as informações necessárias para a dispensação e administração segura. Em outro estudo pode-se observar que 88,9% dos medicamentos não continha a forma farmacêutica (CRUCIOL-SOUZA; THOMSON; CATISTI, 2008). Cardinal et al. (2012) identificaram 26,74% de omissão na forma farmacêutica e Neri et al. (2011) observaram em 2003 12% e em 2007 55,15% de omissão em relação a forma farmacêutica. A ausência dos elementos da prescrição dificulta a

preparação, a conferência e a administração da dose do paciente. Sendo assim, é imprescindível que todos os elementos estejam presentes, para que seja prestada a melhor assistência ao paciente (ARAÚJO; UCHÔA, 2011).

A implantação da prescrição eletrônica é identificada como um ponto central para melhorar a segurança do paciente, entretanto, essa ferramenta tecnológica não erradica a possibilidade de ocorrência de erros relacionados a medicação, sendo encontrada na literatura uma frequência de erros de prescrição de 0,6% a 61,7% (DELGADO SÁNCHEZ et al., 2005).

Observou-se no decorrer das avaliações que muitas prescrições estavam rasuradas, com medicamentos suspensos, duplicados e escritos de forma manual. Muitos prontuários estavam com as prescrições extraviadas, e além disso, um prontuário estava com a identificação do paciente trocada. De acordo com o Protocolo de Segurança na Prescrição (2013), o prescritor deve, quando necessário, certificar-se de que as alterações na prescrição foram realizadas de forma clara, legível e sem rasuras, sendo necessária a realização da alteração na primeira e segunda via da prescrição.

Apesar dos benefícios oferecidos pela prescrição eletrônica, essa intervenção não previne erros de prescrição baseados em conhecimento do prescritor, omissão, medicamentos incorretos, troca de pacientes, repetição de prescrições de dias anteriores, informações digitadas de forma incorreta, alterações manuais nas prescrições eletrônicas e possibilidade de falhas do sistema.

Existem ainda, condições que favorecem ao erro como a falta de conhecimento sobre medicamentos, falta de experiência e treinamento do prescritor, problemas de comunicação, elevada carga de trabalho, violação de regras, deslizes, lapsos de memória, falta de organização do setor, falta de supervisão dos novos profissionais, prescrição para paciente desconhecido e falta de conhecimento em farmacologia (SANTOS, 2010).

Segundo Lesar et al. (1990) e Ross et al. (2008) médicos residentes são responsáveis pela maioria das prescrições nos hospitais e são responsáveis também por 91% de erros relacionados a prescrição, possuindo cinco vezes mais chance de cometer um erro do que os médicos mais experientes, sendo a falta de experiência do prescritor um fator contribuinte para a ocorrência de erros de prescrição.

Portanto, faz-se necessário maior conscientização por quem prescreve, no intuito de, elaborar prescrições completas e objetivas, minimizando as dúvidas da equipe multidisciplinar e proporcionando condições favoráveis para a segurança do paciente.

Apesar da elaboração da prescrição ser responsabilidade do médico, a equipe multiprofissional deve estar atenta ao processo de medicação. O farmacêutico deve revisar as

prescrições antes de serem dispensadas (BRASIL, 2013b). O enfermeiro deve ter conhecimento sobre o sistema num todo, da prescrição até a administração do medicamento, a fim de identificar falhas relacionadas no processo e prevenir que os erros cheguem até o paciente (GIMENES et al., 2010).

Os profissionais de saúde precisam estar atentos aos novos tipos de erros produzidos pela prescrição eletrônica e devem acompanhar o processo para identificar e corrigir erros decorrentes do uso do novo sistema (BRASIL, 2013b). Sendo assim, ressalta-se a importância do conhecimento técnico-científico dos profissionais e atualização constante deste conhecimento, sendo a educação em serviço um influenciador da redução da ocorrência de erros previsíveis.

Práticas de segurança precisam ser discutidas e implementadas pelas instituições, desenvolvendo uma cultura de segurança do paciente através de formação de equipe multidisciplinar para analisar e avaliar cada processo do sistema em busca de melhorias (OLIVEIRA; MELO, 2011). Muitas instituições não conseguem gerenciar a ocorrência de um erro, apresentando resistência em admitir a existência de falhas, o que resulta em não notificação, definição e execução de estratégias para evitá-las.

Assim, se faz necessária a implantação de estratégias que possam contribuir com a segurança medicamentosa, são elas: treinamentos para estudantes de medicina e médicos residentes para utilização do sistema; melhorar a comunicação e adequar a transferência de informação entre os profissionais de saúde; código de barras na beira do leito; dose unitária; padronização da prescrição; eliminação de abreviaturas; padronização de protocolos; diminuição do número de medicamentos por prescrição; fornecer e melhorar o acesso à informação sobre os medicamentos; utilizar indicadores para gerenciamento dos erros de medicação; reconciliação medicamentosa; incorporar alertas de segurança nos sistemas informatizados de prescrição e dispensação; proporcionar local adequado para a prescrição de medicamentos, sem fontes de distrações e que proporcione poucas interrupções; existência de um número maior de computadores disponíveis nas clínicas e a notificação do erro relacionado a medicação.

Apesar das inúmeras vantagens, o uso da prescrição eletrônica não supre os erros em sua elaboração, o que requer medidas que visem melhorar a qualidade dessas prescrições, como esforços no sentido de um preenchimento mais adequado, que irá refletir na qualidade da assistência prestada e na segurança do paciente.

Percebe-se como limitação deste estudo o caráter retrospectivo, pois a incompletude de dados nas fichas dos pacientes dificulta o acesso aos prontuários. Entretanto essa limitação

não comprometeu a obtenção dos objetivos propostos nesta pesquisa. Sugere-se que novos estudos com delineamento longitudinal, prospectivos possam ser realizados.

7 CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou a elaboração e aplicação de um instrumento que permite identificar a adesão às recomendações do Protocolo do Ministério da Saúde e ANVISA na estrutura das prescrições de medicamentos de um hospital de ensino.

A validação aparente de conteúdo do instrumento LVSPM foi considerada satisfatória para este estudo, pois, na geração de seus itens, foram considerados os principais aspectos que representam o construto segurança do paciente na prescrição de medicamentos.

O instrumento LVSPM é confiável, pois a análise de confiabilidade através do Kappa mostrou que houve correlação perfeita ($Kappa=1,00$) na primeira parte do instrumento e ICC com correlação excelente ($ICC=1,00$) para a segunda parte do instrumento.

Pode-se identificar que, de uma forma geral, as prescrições analisadas apresentaram uma boa adesão às recomendações do MS e ANVISA (73,49%), no entanto, a qualidade da prescrição do hospital em estudo precisa ser melhorada, a fim de que sejam evitados os erros de medicação para que o processo de assistência à saúde se torne mais seguro.

Apesar da maioria dos itens analisados nas prescrições estar de acordo com as recomendações do Protocolo de Segurança na Prescrição, os itens uso de abreviaturas, utilização de expressões de medidas não métricas, unidade de medida claramente indicada, uso da expressão “se necessário” com todas as informações necessárias, informações sobre diluentes e definição de velocidade de infusão, não apresentaram adesão satisfatória ao que é recomendado pelo MS e ANVISA.

Algumas recomendações como a identificação da instituição com nome completo e a forma farmacêutica acompanhada de todas as informações necessárias não foram acatadas durante a elaboração da prescrição.

As recomendações identificação do paciente com nome completo sem abreviaturas, número do prontuário, enfermaria /apartamento, número/letra do leito; identificação do prescriptor com nome completo, número do registro no conselho profissional e assinatura/senha; via de administração abreviada conforme padronização e; não utilização de expressões vagas, tiveram boa adesão ao que é preconizado na prescrição de medicamentos.

A identificação da data da prescrição, a utilização de medicamentos padronizados na Denominação Comum Brasileira, a não utilização do ponto em substituição a vírgula na prescrição de dose e a não utilização de zero antes da vírgula, foram recomendações acatadas em todos os medicamentos prescritos.

O número médio de medicamentos por prescrição (8,64) encontrado nesta pesquisa pode ser considerado relativamente alto e acima do recomendado pela OMS, no entanto, deve-se considerar que, pacientes hospitalizados geralmente estão em condições que levam ao aumento de medicamentos nas prescrições e agrega-se medicamentos de uso anterior a internação.

Pode-se afirmar que, à medida que o número de medicamentos em uma prescrição aumenta, o escore de adesão geral diminui. A quantidade de medicamentos prescritos influencia na adesão às recomendações na estrutura das prescrições, pois aumenta a chance de erros.

Este estudo evidenciou a necessidade de atitudes pessoais e institucionais em relação à segurança na prescrição de medicamentos. Ressalta-se a necessidade de implementação, por parte das instituições de barreiras para prevenir os erros relacionados a medicação e da conscientização dos profissionais quanto a importância da correta prescrição para o bom funcionamento do sistema.

Observa-se a carência de estudos no Brasil que falem sobre as normas e recomendações do Ministério da Saúde e ANVISA na segurança medicamentosa e não foi encontrado nenhum estudo que analise a adesão a essas recomendações, afim de detectar erros de medicação, contribuindo assim para a segurança do paciente.

É importante frisar que este estudo servirá de base para que outras pesquisas sejam realizadas sobre o tema, auxiliando as instituições e suas equipes a realizarem estratégias e ações no intuito de aperfeiçoar o sistema, reduzindo assim os erros relacionados a medicação.

Espera-se, que este estudo, possa contribuir para alertar e conscientizar os prescritores quanto a importância de uma prescrição correta e segura, possibilitando assim maior qualidade na assistência e segurança no uso de medicamentos.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. **Rede Sentinela**. 2009. Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Pos++Comercializacao++Pos++Uso/Farmacovigilancia/Assunto+de+Interesse/Farmacovigilancia+na+Rede+Sentinela>. Acesso em 19 de julho de 2014 .

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Parcerias para diminuir o mau uso de medicamentos. **Rev Saúde Pública**. 2006; 40 (1): 191-4. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n1/27135.pdf>. Acesso em 20 de outubro de 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Boletim Informativo - **Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde**. 2013a. Ano III n6. Dez 2013. Disponível em: <http://www.Anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%201%20-%20Assistencia%20Segura.pdf>. Acesso em 19 de julho de 2014.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série: **Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**. 2013b. Disponível em: http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf. Acesso em 19 de julho de 2014.

ALBUQUERQUE, V. M. T.; TAVARES, C. A. Avaliação de Indicadores de Medicamentos: a importância para a qualidade na prescrição médica. R. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde São Paulo v.2 n.3 31 -35 set./dez. 2011. Disponível em: <http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/public/artigos/RBFHSSV2N3%20artigo06.pdf>. Acesso em 15 de novembro de 2015.

ARAÚJO, P.T.B.; UCHÔA, S.A.C. Avaliação da Qualidade da Prescrição de Medicamentos de um Hospital de Ensino. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2011; 16 (1):1107-1107-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a42v16s1.pdf>. Acesso em 23 de outubro de 2015.

ASPDEN, P. et al. **Committee on Identifying and Preventing Medication Errors**. Preventing medication errors. Quality Chasm Series (Hardcover). Washington: National Academies Press; 2007.

BELELA, A. S. C.; PEDREIRA, M. L. G.; PETERLINI, M. A. S. Erros de Medicação em Pediatria. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2011 mai-jun; 64(3): 563-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-71672011000300022&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 11 de novembro de 2015.

BELELA, A.S.C.; PETERLINI, M.A.S.; PEDREIRA, M.L.G. Revelação da Ocorrência de Erro de Medicação em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. **Rev Bras Ter Intensiva**. 2010; 22(3):257-263. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v22n3/07.pdf>. Acesso em 23 de outubro de 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em 12 de junho de 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria MS/GM nº 529, de 1 de abril de 2013.**

2013a. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em 12 de junho de 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.** 2013b. Brasília: MS, 2013. 50p. Disponível em:

http://www.hospitalsantalucinda.com.br/downloads/prot_medicamentos.pdf. Acesso em 12 de junho de 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU).** Jan 2012.

Disponível em: <http://www.husm.ufsm.br/aghujanela/folder-aghujanela.pdf>. Acesso em 05 de setembro de 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM nº 3.916, de 30 de outubro de 1998.**

Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, nº215, 10 de novembro de 1998. Seção 1, p.16-8. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html. Acesso em 14 de outubro de 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999.** Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/genericos/legis/leis/9787.htm>. Acesso em 10 de outubro de 2015.

CARDINAL, L. S. M. et al. Caracterização das prescrições medicamentosas em unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva. 2012; 24(2):151-156. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v24n2/09.pdf>. Acesso em 20 de outubro de 2015.

COREN –SP/REBRAESP/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.34. Disponível em:

http://www.rebraensp.com.br/phocadownload/publicacoes/erros_de_medicao-definicoes_e_estrategias_de_prevencao.pdf. Acesso em 21 de setembro de 2014.

COHEN, J. **Statistical power analysis for the behavioral sciences.** Hillsdale: Erlbaum, 1988.

CRUCIOL-SOUZA, J. M.; THOMSON, J. C.; CATISTI, D. G. Avaliação de prescrições medicamentosas de um hospital universitário brasileiro. Revista Brasileira de Educação Médica 32 (2):188-196:2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n2/a06v32n2.pdf>. Acesso em 17 de outubro de 2015.

DELGADO SÁNCHEZ O. et al. Estudio comparativo de errores com prescripción electrónica versus prescripción manual. *Farm Hosp.* 2005;29(4):228-35. Disponível em: http://www.sefh.es/fh/16_3.pdf. Acesso em 17 de outubro de 2015.

DELGADO, SILVEIRA E. et al. Errones de prescripción tras la implantación de un sistema de prescripción electrónica assistida. *Farm Hosp.* 2007;31(4):223-30. Disponível em: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13118211&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=121&ty=117&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=121v31n6a13118211pdf001.pdf. Acesso em 17 de outubro de 2015.

FLEISS, J. L. *The Design and Análisis of Clinical Experiments*. Wiley, New York, 1986.

FRANCO, J.N. et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre fatores causais de erros na administração de medicamentos. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2010 nov-dez; 63(6): 927-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/09.pdf>. Acesso em 15 de julho de 2014.

FREITAS, D. F.; ODA, J. Y. Avaliação dos fatores de risco relacionados às falhas durante a administração de medicamentos. 2008. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama**, v. 12, n. 3, p. 231-237, set./dez. 2008. Disponível em: <http://revistas.unipar.br/saude/article/viewFile/2540/1983>. Acesso em 20 de setembro de 2014.

GIMENES, F.R.E. et al. Administração de medicamentos, em vias diferentes das prescritas, relacionada à prescrição médica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** jan-fev 2011;19(1):[07 telas]. Disponível em <http://www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em 15 de julho de 2014.

GIMENES, F.R.E. et al. Segurança do Paciente na Terapêutica Medicamentosa e a Influência da Prescrição Médica nos Erros de Dose. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** nov-dez 2010;18(6):[07 telas]. Disponível em <http://www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em 10 de julho de 2014.

GOMES, A. Q. F. **Iniciativas para segurança do paciente difundidas pela internet por organizações internacionais: estudo exploratório**. [Tese livre-docência] Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2008.

HARADA, M. J. C. S. et al. Segurança na administração de medicamentos em Pediatria. **Acta Paul Enferm**, São Paulo 2012 mar-dez; 25 (4): 639-42. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/25.pdf>. Acesso em 10 de julho de 2014.

INSTITUTO PARA PRÁTICAS SEGURAS NO USO DE MEDICAMENTOS (ISMP BRASIL). **Boletim** v. 1, n. 1, jan. 2012. Disponível em http://www.boletimismpbrasil.org/boletins/pdfs/boletim_ISMP_2.pdf. Acesso em 12 de junho de 2014.

KALRA, J. **Medical errors: an introduction to concepts**. *Clin Biochem.* 2004;37(12):1043-51. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15589809>. Acesso em 15 de setembro de 2014.

KOHN, L.; CORRIGAN, J.; DONALDSON, M. editors. **To Err Is Human: Building a Safer Health System**. Washington (DC): National Academies Press. 2001. Disponível em: <https://iom.nationalacademies.org/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20report%20brief.pdf>. Acesso em 10 de setembro de 2014.

LANDIS, J.R; KOCH, G.G. The measurement of observer agrément for categorical data. *Biometrics*, v.33, p. 159-74; 1977.

LEAPE, L.L. et al. **Reducing adverse drug events: lessons from a breakthroughs series collaborative**. *J Comm J Qual Improv* 2000; 26 (6): 321-31. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10840664>. Acesso em 10 de setembro de 2014.

LESAR, T. S. et al. Medication prescribing errors in a teaching hospital. *JAMA*. 1990;263(17):2329-34.

MARQUES, L.F.G. **Uso de Medicamentos e a Segurança do Paciente na Interface entre Hospital, Atenção Básica e Domicílio**. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-02042013-105600/pt-br.php>. Acesso em 11 de julho de 2014.

MATOS, V. T. et al. Avaliação das interações medicamentosas em prescrições hospitalares de paciente sob uso de anti-hipertensivos. *Latin Am J Pharm*. 2009;28(4):501-6. Disponível em: http://saudedireta.com.br/docsupload/1339892997LAJOP_28_4_1_4_BLDIAK64LP.pdf. Acesso em 10 de setembro de 2014.

MORESI, E. **Metodologia da pesquisa**. Programa de pós-graduação stricto sensu em gestão do conhecimento e tecnologia da informação. Universidade Católica de Brasília – UCB. Brasília, 2003. Disponível em: [http://www.inf.ufes.br/~falbo/files/Metodologia Pesquisa-Moresi2003.pdf](http://www.inf.ufes.br/~falbo/files/Metodologia%20Pesquisa-Moresi2003.pdf). Acesso em 10 de setembro de 2014.

NANJI, K. C. et al. Errors associated with outpatient computerized prescribing systems. *JAm Med Inform Assoc*. 2011 Nov-Dec;18(6):767-73. doi: 10.1136/amiajnl-2011-000205. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3197998/pdf/amiajnl-2011-000205.pdf>. Acesso em 15 de setembro de 2014.

NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPOSTING AND PREVENTION (NCCMERP). **Definition medication errors**. Rockville: United States Pharmacopoeia, 2001. Disponível em: <http://www.nccmerp.org/aboutMedErrors.html>. Acesso em 11 de julho de 2014.

NÉRI, E. D. R. et al. Erros de Prescrição de Medicamentos em um Hospital Brasileiro. *Rev Assoc Med Bras* 2011; 57(3):306-314. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0104423011703402>. Acesso em 19 de outubro de 2014.

ODUBANJO, E.; BENNETT, K.; FEELY, J. Influence of socioeconomic status on the quality of prescribing in the elderly -a population based study. *Br J Clin Pharmacol*. 2004 Nov;58(5):496-502.

OLIVEIRA, R.B.; MELO, E.C.P. O Sistema de Medicação em um Hospital Especializado no Município do Rio de Janeiro. **Esc Anna Nery** (impr.) 2011 jul-set; 15 (3):480-489. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a06v15n3.pdf>. Acesso em 16 de outubro de 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Manual** - cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) – Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. 12-13. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/696bd1004279fd719937fd01cce3dc94/Manual%284%29.pdf?M OD=AJPERES>>. Acesso em 10 de junho de 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). How to investigate drug use in health facilities: selected drug use indicators. Genebra: WHO. DAP/93.1; 1993. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js2289e/>. Acesso em 10 de outubro de 2015.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Delineamento de pesquisas quantitativas. 7ed. Porto Alegre (RS): Artmed: 2011.

PAZIN-FILHO, A. et al. Princípios de prescrição médica hospitalar para estudantes de medicina. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2013;46(2):183-94. Disponível em <http://revista.fmrp.usp.br/>. Acesso em 24 de novembro de 2015.

PRAXEDES, M. F. S; TELLES FILHO, P. C. T. Erros e ações praticadas pela instituição hospitalar no preparo e administração de medicamentos. **Rev Min Enferm**, Belo Horizonte 2011 jul-set; 15 (3): 406-11. Disponível em: http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4e8da8407cc5a.pdf. Acesso em 10 de outubro de 2015.

ROSA, M.B. et al. Erros na Prescrição Hospitalar de Medicamentos Potencialmente Perigosos. **Rev Saúde Pública** 2009;43(3):490-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/7265.pdf>. Acesso em 10 de junho de 2014.

ROSS, S. et al. What is the scale of prescribing errors committed by junior doctors? A systematic review. *Br J Clin Pharmacol*. 2008;67(6):629-640.

ROTH, M. T.; WEINBERGER, M.; CAMPBELL, W. H. Measuring the quality of medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2009 Jun;57(6):1096-102. Disponível em: <http://unmhospitalist.pbworks.com/f/inappropriate%20meds%20qual%20meas.pdf>. Acesso em 10 de outubro de 2015.

SANTOS, J. L. M. Erros de prescrição de medicamentos em pacientes hospitalizados – revisão de literatura. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-26102010-154717/pt-br.php>. Acesso em 13 de outubro de 2015.

SHAREK, P. J; CLASSEN, D. **The Incidence of Adverse Events and Medical Error in Pediatrics.** *Pediatr Clin N Am.* 2006; 53:1067-77.

SILVA, A.M.S. Erros de Prescrição Médica de Pacientes Hospitalizados. **Einstein.** 2009; 7(3 Pt 1):290-4. Disponível em: http://www.saudedireta.com.br/docsupload/13400287751357-Einstein%20v7n3p290-4_port.pdf. Acesso em 08 de junho de 2014.

SILVA, L. D.; CAMERINI, F. G. Análise da administração de medicamentos intravenosos em hospital da rede sentinela. **Contexto Enferm**, Florianópolis 2012 jul-set; 21 (3): 633-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a19.pdf>. Acesso em 06 de novembro de 2014.

SILVA, L.D.; CARVALHO, M.F. Revisão Integrativa da Produção Científica de Enfermeiros Acerca de Erros com Medicamentos. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2012 out/dez; 20(4):519-25. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5670>. Acesso em 22 de outubro de 2015.

TELLES FILHO, P.C.P.T.; PRAXEDES, M.F.S.; PINHEIRO, M.L.P. Erros de Medicação: análise do conhecimento da equipe de enfermagem de uma instituição hospitalar. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2011 set;32(3):539-45. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v32n3/15.pdf>. Acesso em 06 de novembro de 2014.

TULLY, M. P. Prescribing errors in hospital practice. *British Journal of Clinical Pharmacology.* Br J Clin Pharmacol. 2012;74:668-675.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO (UFTM). **Hospital de Clínicas.** 2014a. Informativo HC-UFTM, ano 1, n.1, p. 3-4, maio, 2014. Disponível em: <http://www.uftm.edu.br/paginas/hospitalclinicas/cod/11/t/APRESENTACAO+DO+HC>. Acesso em 06 de novembro de 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO (UFTM). **Hospital de Clínicas.** 2014b. Disponível em: <http://www.uftm.edu.br/noticias/ler/codigo/6875/t/HC+CONCLUI+NOVA+ETAPA+DE+IMPLANTACAO+DO+AGHU#>. Acesso em 08 de junho de 2014.

WEBER, D.; BUENO, C.S.; OLIVEIRA, K.R. Análise das prescrições medicamentosas de um hospital de pequeno porte no noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, 2012;33(1):139-145. Disponível em: http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/1806/1806. Acesso em 24 de outubro de 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Safety of medicines:** a guide to detecting and reporting adverse drug reactions. Why health professionals need to take action. Geneva. 2002. 16 p. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Jh2992e/3.html>. Acesso em 25 de junho de 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Patient Safety, Taxonomy:** The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: Final Technical Report. Genebra; 2009. Disponível em

http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_en.pdf?ua=1. Acesso em 14 de julho de 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Patient Safety: The Second Global Patient Safety Challenge: Safe Surgery Saves Lives**. Genebra; 2008.

Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/>. Acesso em 14 de julho de 2014.

ZANIN, F. H. C.; SIMON, T. F. P. Indicadores de prescrição médica em serviço de urgência de um hospital público, Belo Horizonte – MG. Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde. São Paulo v.3 n.1 42-45 jan./mar. 2012. Disponível em:

<http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/public/artigos/201205030109BR.pdf>. Acesso em 25 de outubro de 2015.

14. Utiliza expressões de medidas não métricas (colher, ampola, frasco)	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()
15. Forma farmacêutica acompanhada de todas as informações necessárias (Ex. ampola, frasco, comprimido)	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()
16. Unidade de medida claramente indicada, no caso de microgramas escrito por extenso	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()
17. Utiliza ponto em substituição a vírgula na prescrição de dose	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()
18. Utiliza zero antes da vírgula (Ex. 0,5 g ao invés de 500mg)	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()
19. Usa expressões como "uso contínuo" ou "sem parar" relacionado à duração do tratamento	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()	0. Sim () 1. Não () 2. Não se aplica ()
20. Expressão "se necessário" com dosagem, posologia, dose máxima diária e condição que determina o uso ou interrupção do uso	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()
21. Contém informações sobre diluentes	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()
22. Definição da velocidade de infusão	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()	0. Não () 1. Sim () 2. Não se aplica ()

* M1,2,3,4,5,6,7,8,9 correspondente ao Medicamento 1,2,3,4,5,6,7,8,9 contido na prescrição médica.

APÊNDICE B**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO**

Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* – Mestrado em Atenção à Saúde

**SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Solicito a dispensa da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da pesquisa intitulada “*Segurança na prescrição de medicamentos de um hospital de ensino*” que tem como objetivo principal identificar a adesão às recomendações do Protocolo do Ministério da Saúde (MS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) na estrutura das prescrições de medicamentos de um hospital de ensino, com as seguintes justificativas:

1. Trata-se de pesquisa retrospectiva com uso de prescrições de pacientes adultos, de ambos os sexos, internados nas Clínicas Médica e Cirúrgica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro no período de janeiro a dezembro de 2014.
2. Em muitos dos casos, os pacientes já vieram a óbito.
3. O endereço e telefone dos pacientes podem ter sido alterados.
4. Difícil localização de familiares, pois os mesmos não frequentam regularmente o hospital.
5. Pelo fato de rememorar ao paciente e/ou familiares o momento da internação, o que poderá levantar angústia e desconforto, o que não é válido na pesquisa.

Atenciosamente,

Uberaba, ____ de _____ 2015.

Profª Drª Maria Helena Barbosa

ANEXO A

PARECER DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**Título da Pesquisa:** Segurança na Prescrição de Medicamentos de um Hospital de Ensino**Pesquisador:** Maria Helena Barbosa**Área Temática:****Versão:** 2**CAAE:** 40380514.3.0000.5154**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Triângulo Mineiro**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 1.012.450**Data da Relatoria:** 27/03/2015**Apresentação do Projeto:**

TEXTO OBTIDO DO PROJETO

A.1. O TEMA EM ESTUDO

Segurança do Paciente

A segurança do paciente em ambiente hospitalar é uma preocupação da atualidade e tem recebido atenção especial em âmbito global (SILVA, CAMERINI, 2012).

Os acentuados avanços tecnológicos e científicos ocorridos na assistência à saúde nas últimas décadas, tem possibilitado o aumento da expectativa de vida da população, no entanto, o grande desafio é a prestação de um cuidado efetivo, individualizado, oportuno e seguro (BELELA, PEDREIRA, PETERLINI, 2011; NÉRI et al., 2011).

A segurança do paciente tornou-se uma preocupação mundial em função de práticas inseguras relacionadas à essa assistência (SILVA, CARVALHO, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua segurança do paciente como "a redução do risco e danos ao paciente associados à assistência em saúde" (WHO, 2009).

Devido às transformações sociais, políticas e culturais e como consequência do crescimento científico, a partir do século XIX, foram implementadas medidas para melhorar os resultados do cuidado à saúde, que fizeram com que diminuíssem a mortalidade, aumentando a expectativa de vida (GOMES, 2008).

Endereço: Rua Madre Maria José, 122
Bairro: Nossa Sra. Abadia **CEP:** 38.025-100
UF: MG **Município:** UBERABA
Telefone: (34)3318-5776 **Fax:** (34)3318-5776 **E-mail:** cep@pesqpg.uftm.edu.br