

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

**Fundação Oswaldo Cruz**

Instituto Aggeu Magalhães

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

**Samara Motter Detoni Da Silva**

**Análise da Segurança do Paciente na Administração de Medicamentos em um  
hospital no interior do Amazonas**

RECIFE

2023

Samara Motter Detoni Da Silva

**Análise da Segurança do Paciente na Administração de Medicamentos em um hospital no interior do Amazonas**

Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Pública apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em saúde pública.

Orientador: Prof<sup>o</sup>. PhD Garibaldi Dantas Gurgel Júnior

Coorientador: Prof<sup>o</sup>. Dr. Alexssandro da Silva

RECIFE

2023

S586a      Silva, Samara Motter Detoni da.  
Análise da Segurança do Paciente na Administração de Medicamentos em um hospital no interior do Amazonas / Samara Motter Detoni da Silva. -- 2023. 87 p. : il.color.

Orientador: Garibaldi Dantas Gurgel Júnior.  
Coorientador: Alexssandro da Silva.  
Dissertação (Mestrado Profissional em Programa de Pós-graduação em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães, Recife, 2023.  
Bibliografia: f. 72-81.

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

CDU 614

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Adagilson Batista Bispo da Silva - CRB-1239  
Biblioteca Luciana Borges Abrantes dos Santos

Samara Motter Detoni Da Silva

**Análise da Segurança do Paciente na Administração de Medicamentos em um hospital no interior do Amazonas**

Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Pública apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em saúde pública.

Aprovado em: 7 de março de 2023.

**BANCA EXAMINADORA**

---

PhD. Garibaldi Dantas Gurgel Junior  
Instituto Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz

---

Dra. Luizita Henckmaier  
Hospital Universitário /Universidade Federal de Santa Catarina

---

Dra. Aletheia Soares Sampaio  
Instituto Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz

*À minha filha Sophia, minha mãe, meu pai e meu esposo.*

## **AGRADECIMENTOS**

Inicialmente agradeço a Deus, por ter me dado saúde e sabedoria e proporcionar a oportunidade de sempre aprender mais.

Agradeço as instituições que deram suporte para a realização deste estudo: Instituto Aggeu Magalhães, Instituto Leônidas e Maria Deane, Hospital Regional José Mendes, Secretaria Municipal de Saúde de Itacoatiara e Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Amazonas junto ao Programa QualificaSus.

Agradeço ao meu querido e paciente orientador, que sempre com sabedoria compartilhou seus conhecimentos, é uma honra ser sua orientanda. Homem muito sábio.

Agradeço ao meu coorientador pelas orientações, sempre com suas palavras de acalento e encorajamento, mesmo por vezes a distâncias nos querer afastar.

Agradeço aos docentes do Programa de Pós graduação em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, que mesmo com a distância Pernambuco vs Manaus, não mediram esforços para nos proporcionar o melhor aprendizado.

Agradeço aos membros da banca de qualificação e defesa pelas considerações, professores Luizita Henckmaier, James Anthony Falk e Aletheia Soares Sampaio.

Agradecimento especial a secretaria municipal de Itacoatiara, junto a direção do Hospital Regional José Mendes que abriram as portas da instituição para o desenvolvimento da pesquisa.

À querida enfermeira Adriane Farias, pelo apoio desde o início do mestrado até na reta final mesmo a distância.

À toda equipe de enfermagem da clínica obstétrica, por cederem seu tempo, conhecimento, experiência e pela disponibilidade em participar da pesquisa, minha eterna gratidão.

A minha querida mãe, minha maior inspiração, de ser humano e profissional, por sua dedicação e garra. Ao meu querido pai, que também sempre torceu por minhas vitórias.

A minha querida filha, tudo é por você, você que nos momentos de minha ausência, sempre entendia que mamãe estava estudando é que era para nosso bem.

Ao meu esposo, pela paciência nos momentos de minhas ausências e pelo incentivo, você me ensina a lidar com as coisas com maior leveza.

Muito obrigada a todos!

## RESUMO

SILVA, Samara Motter Detoni da. Análise da segurança do paciente na administração de medicamentos em um hospital no interior do Amazonas. 2023. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Manaus, 2023.

A segurança do paciente é uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes na área da saúde os quais reduzem os riscos de forma consistente e sustentável, diminuem a ocorrência de dano evitável, tornam os erros menos prováveis e reduzem o impacto do dano quando este ocorre. O preparo e a administração de medicamentos fazem parte do processo de trabalho da equipe de enfermagem, por isso é necessário garantir práticas seguras desse processo, para evitar falhas que possam prejudicar a saúde do paciente. Este estudo buscou analisar a Segurança do Paciente na Administração de Medicamentos em uma Clínica Obstétrica de um hospital do município de Itacoatiara-Amazonas, e como objetivo descrever os parâmetros da segurança do paciente que são preconizados e os que foram encontrados no processo de administração de medicamentos e as condições geradoras de risco identificadas no processo realizado pela enfermagem na clínica. O estudo tem caráter descritivo e com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados através do autorrelato dos profissionais da enfermagem que atuam na clínica obstétrica, através do preenchimento de um instrumento semiestruturado e validado para Avaliação da Segurança do Paciente na Administração de Medicamentos (ASPAM). Como resultados, quanto à análise das respostas relacionadas à avaliação da segurança do paciente na administração de medicamentos, foi possível identificar que os profissionais referiram desempenhar insatisfatoriamente (frequência de adequação inferior a 70%) dezessete ações, das vinte oito analisadas. Destaca-se a ação de levar ao leito apenas a medicação de um paciente, onde apenas 29,2% dos profissionais relataram realizar da forma adequada. Em contrapartida, foi obtido com o nível máximo de adequação (100%) em duas ações: Confere o nome do medicamento e confirma a via de administração na prescrição. Conclui-se que o instrumento utilizado foi capaz de identificar na prática clínica as ações que são executadas pelo corpo de enfermagem para a promoção da segurança do paciente, verificando que há algumas fragilidades nas atividades, que podem gerar insegurança ao paciente, desse modo, indica-se o uso do instrumento para proporcionar aos gestores o direcionamento de ações que promovam impacto significativo na redução de Eventos adversos a medicamentos.

Palavras chaves: cuidados de enfermagem; erros de medicação; segurança do paciente.

## ABSTRACT

SILVA, Samara Motter Detoni. Analysis of patient safety in the administration of medicines in a hospital in the Amazon. 2023. Dissertation (Master Professional in Public Health) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Manaus, 2023.

Patient safety is a framework of organized activities that create healthcare cultures, processes, procedures, behaviors, technologies and environments that consistently and sustainably reduce risk, decrease the occurrence of preventable harm, make errors less likely and reduce the impact of damage when it occurs. The preparation and administration of medications are part of the nursing team's work process, so it is necessary to ensure safe practices in this process, to avoid failures that could harm the patient's health. This study sought to analyze Patient Safety in Medication Administration in an Obstetric Clinic of a hospital in the city of Itacoatiara-Amazonas, and aimed to describe the patient safety parameters that are recommended and those that were found in the medication administration process. and the risk-generating conditions identified in the process carried out by nursing in the clinic. The study has a descriptive character and a quantitative approach. Data were collected through the self-report of nursing professionals who work in the obstetric clinic, by completing a semi-structured and validated instrument for the Assessment of Patient Safety in Medication Administration (ASPAM). As a result, regarding the analysis of responses related to the assessment of patient safety in the administration of medication, it was possible to identify that professionals reported performing unsatisfactorily (frequency of adequacy less than 70%) seventeen actions, of the twenty eight analyzed. The action of taking only one patient's medication to the bed stands out, where only 29.2% of the professionals reported doing it properly. On the other hand, it was obtained with the maximum level of adequacy (100%) in two actions: It checks the name of the medicine and confirms the route of administration in the prescription. It is concluded that the instrument used was able to identify in clinical practice the actions that are performed by the nursing staff to promote patient safety, verifying that there are some weaknesses in the activities that can generate insecurity for the patient, thus indicating the use of the instrument to provide managers with the direction of actions that promote a significant impact in the reduction of adverse drug events.

Keywords: nursing care; medication errors; patient safety.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Relação de funcionários que atuam na Clínica Obstétrica.....	30
Quadro 2 - Parâmetro Preconizado nas Normas Nacionais para Administração de Medicamentos.....	40
Gráfico 1 - Questões relacionadas a pior avaliação feita por enfermeiros e técnicos de enfermagem sobre a implementação de práticas seguras para administração de medicamentos para a categoria com as variáveis geradoras de riscos relacionadas aos medicamentos.....	58
Gráfico 2 - Questões relacionadas a pior avaliação feita por enfermeiros e técnicos de enfermagem sobre a implementação de práticas seguras para administração de medicamentos para a categoria com as variáveis geradoras de riscos relacionadas aos medicamentos.....	59
Gráfico 3 - Itens com menor frequência para os escores 1, 2 e 3 agrupados para a categoria com as variáveis geradoras de riscos relacionadas aos medicamentos. ....	60
Gráfico 4 - Questões relacionadas a pior avaliação feita por enfermeiros e técnicos de enfermagem sobre a implementação de práticas seguras para administração de medicamentos para a categoria com as variáveis relacionadas ao processo de administração de medicamentos.....	61
Gráfico 5 - Questões relacionadas a pior avaliação feita por enfermeiros e técnicos de enfermagem sobre a implementação de práticas seguras para administração de medicamentos para a categoria com as variáveis relacionadas ao processo de administração de medicamentos.....	62
Gráfico 6 - Itens com menor frequência para os escores 1, 2 e 3 agrupados para a categoria com as variáveis relacionadas ao processo de administração de medicamentos.....	63
Quadro 3 – Matriz de Desempenho dos profissionais da clínica obstétrica quanto a autoavaliação no processo de administração de medicamentos.....	64
Gráfico 7 – Percentual de profissionais que executam de maneira satisfatória as ações para a promoção da segurança do paciente, com base na análise por item observada no instrumento de medida utilizado.....	67

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AM	Amazonas
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASPAM	Avaliação da Segurança do Paciente na Administração de Medicamentos
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
Coren	Conselho Regional de Enfermagem
CSP	Cultura De Segurança Do Paciente
EA	Evento Adverso
EAM	Eventos Adversos Relacionados A Medicamentos
EM	Erros De Medicação
EUA	Estados Unidos da América
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GM	Gabinete do Ministro
IAM	Instituto Aggeu Magalhães
Km	Quilômetro
MS	Ministério da Saúde
NOTIVISA	Notificações Da Vigilância Sanitária
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RAM	Reações Adversas a Medicamentos
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
RH	Recursos Humanos
SAME	Serviço de Arquivo Médico
SP	Segurança do Paciente
TCLE	Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidades de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>17</b>
2.1	OBJETIVO GERAL.....	17
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	17
<b>3</b>	<b>MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL</b> .....	<b>18</b>
3.1	SEGURANÇA DO PACIENTE .....	18
3.2	CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE .....	20
3.3	PROCESSO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS .....	21
3.4	EVENTOS ADVERSOS.....	22
3.5	ERROS RELACIONADOS AOS MEDICAMENTOS .....	22
3.6	MEDICAMENTOS E A EQUIPE DE ENFERMAGEM .....	25
3.7	SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS, SEGUNDO O PROTOCOLO DE PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS .....	27
<b>4</b>	<b>MÉTODO</b> .....	<b>28</b>
4.1	TIPO DE ESTUDO .....	28
4.2	PERÍODO DO ESTUDO.....	28
4.3	ÁREA DE ESTUDO .....	28
4.4	POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	30
4.5	COLETA DE DADOS .....	31
<b>4.5.1</b>	<b>Instrumentos de Coleta de dados</b> .....	<b>31</b>
<b>4.5.2</b>	<b>Fonte de dados</b> .....	<b>34</b>
4.6	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....	35
4.7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	36
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>38</b>
5.1	NORMATIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SEGURANÇA DO PACIENTE PARA O PROCESSO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS .....	39
5.2	FREQUÊNCIA DAS AÇÕES PARA A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO PROCESSO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS IDENTIFICADOS PELO INSTRUMENTO - ASPAM .....	41
<b>5.2.1</b>	<b>Variáveis geradoras de riscos relacionadas aos medicamentos</b> .....	<b>42</b>

5.2.1.1	Medicamento Certo .....	43
5.2.1.2	Via Certa .....	45
5.2.1.3	Hora Certa .....	46
5.2.1.4	Forma Certa .....	49
5.2.2	<b>Categorias relacionadas ao processo de administração de medicamentos .....</b>	<b>49</b>
5.2.2.1	Paciente Certo .....	50
5.2.2.2	Dose Certa .....	51
5.2.2.3	Registro Certo .....	53
5.2.2.4	Orientação Certa.....	55
5.2.2.5	Resposta Certa .....	56
5.2.3	<b>Frequência dos Escores “Nunca”, “Quase Nunca” e “Às vezes” .....</b>	<b>57</b>
5.3	DISTRIBUIÇÃO DAS AÇÕES PARA CADA DOMÍNIO DO PROCESSO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS SEGUNDO A AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO.....	63
5.4	INSTRUMENTO ASPAM COMO RECURSO TECNOLÓGICO PARA IDENTIFICAÇÃO DAS CONDIÇÕES GERADORAS DE RISCOS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE.....	67
6	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>69</b>
7	<b>RELATÓRIO TÉCNICO .....</b>	<b>71</b>
	REFERÊNCIAS .....	72
	APÊNDICE A- CARTA CONVITE.....	82
	APÊNDICE B– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	83
	ANEXO A - AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS .....	86

## 1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a segurança do paciente como “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”<sup>1</sup>. E de forma mais abrangente contemplada em 2021 com uma atualização que diz: “A segurança do paciente é uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes na área da saúde, os quais reduzem os riscos de forma consistente e sustentável, diminuem a ocorrência de dano evitável, tornam os erros menos prováveis e reduzem o impacto do dano quando este ocorre”<sup>2</sup>.

Com a instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº 529 de 1º de Abril de 2013, estabeleceu-se um conjunto de protocolos básicos, guias e manuais, definidos pela OMS, que devem ser elaborados e implantados, quais sejam: prática de higiene das mãos em estabelecimentos de saúde; cirurgia segura; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos estabelecimentos de Saúde; prevenção de quedas; úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e uso seguro de equipamentos e materiais<sup>3</sup>.

E para orientar e evitar erros de medicação, o Ministério da Saúde (MS) propôs o Protocolo de Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, o qual estabelece diretrizes às práticas seguras em todo o processo da terapia medicamentosa com a finalidade de promover práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde<sup>4</sup>.

Nesse contexto, os medicamentos desempenham papel fundamental no processo de cuidado ao paciente, contudo são potenciais causadores de eventos indesejáveis. Esses eventos são chamados de Evento Adverso relacionado a Medicamentos (EAM), que segundo a OMS pode ser definido como danos à saúde de um usuário ou de um paciente que esteja em tratamento com medicamentos<sup>5</sup>.

Destaca-se o erro de medicação como um dos responsáveis pelo potencial risco à segurança do paciente e é definido como um evento evitável que pode ou não causar danos ao paciente enquanto a medicação está sob controle do profissional de

saúde, paciente ou consumidor. Esses eventos podem ocorrer em qualquer fase da terapia medicamentosa<sup>1</sup>.

Os erros de medicação podem ser definidos como qualquer evento que possa ser evitado, podendo estar relacionado à prescrição, dispensação ou administração do medicamento, ocasionando ou não um prejuízo à saúde do paciente. Enquanto os eventos adversos são quaisquer danos gerados aos pacientes, mediante intervenção médica. Estes podem aumentar o período de internação dos pacientes, gerando mais custos para os sistemas de saúde<sup>6</sup>.

Os EAM extrapolam as situações que envolvem drogas concentradas e de alta vigilância. Os erros de medicação (EM) e as reações adversas a medicamentos (RAM) estão entre as falhas mais frequentes nos cuidados em saúde e é importante destacar que estas situações, muitas vezes, poderiam ter sido evitadas nas três principais fases do processo de medicação – prescrição, dispensação e administração, as quais envolvem ações multiprofissionais de equipes médicas, de enfermagem e farmacêuticas<sup>7</sup>.

A possibilidade de prevenir e evitar a ocorrência de EAM aponta para a necessidade de avaliar as causas, assim como os fatores humanos e estruturais envolvidos nesse processo de modo a permitir a implementação de barreiras de prevenção e diminuir os riscos para os pacientes. Os profissionais de saúde que prestam cuidado ao paciente, incluindo os enfermeiros, são elementos chave no processo de evitar erros, impedir decisões ruins, referente aos cuidados e também de assumir um papel de liderança no avanço e no uso de estratégias para promover a segurança e qualidade do cuidado<sup>8</sup>.

Neste, concentram-se grande parte das atividades e dos processos de atendimento nos serviços de saúde, o que determina um alto envolvimento desta equipe nas falhas que ocorrem na assistência ao paciente, tais como erros de medicação, queda do paciente, extubações não intencionais, queimaduras durante procedimentos, hemorragias por desconexão de drenos e cateteres, lesões por pressão, infecções, erros em hemotransfusões, entre outros<sup>9</sup>.

O conhecimento de que os principais tipos de EM ocorrem por omissão, erro de dose ou horário e erro de técnica de administração, de acordo com estudo conduzido em hospital da Rede Sentinela, sinaliza para algumas intervenções possíveis para melhorar a segurança na administração de medicamentos<sup>7</sup>.

Além das medidas para monitoramento das fases que antecedem a administração de medicamento (prescrição e dispensação) é necessário investir em propostas de educação continuada para as equipes com o objetivo de fortalecer uma cultura de segurança nas instituições de saúde e ampliar as evidências relacionadas às questões farmacológicas e seus riscos na prática assistencial<sup>10</sup>.

Os EM podem ocasionar aumento do tempo de internação, complicações na evolução do quadro de saúde, necessidade de novas intervenções diagnósticas e terapêuticas e até mesmo situações de incapacidades permanentes ou a morte de pacientes<sup>11</sup>. Mesmo que muitos EM identificados não tragam consequências sérias aos pacientes, eles devem ser notificados e estudados para evitar sua recorrência e fortalecer um sistema seguro para a administração de medicamentos com a melhoria dos processos assistenciais<sup>12</sup>.

A não administração de medicamentos ou a administração em horário via ou dose errada são exemplos de erros que podem resultar em prejuízos ao paciente. As consequências de um erro de administração variam em diferentes níveis de gravidade que vão desde a falha terapêutica até ao aumento das taxas de mortalidade<sup>13</sup>.

Partindo da premissa de que não há uma cultura adequada de segurança do paciente na unidade hospitalar desta pesquisa, a mesma não possui Núcleo de Segurança do Paciente implantado, e que não há estratégias de operacionalização do Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos do Ministério da Saúde que orienta quanto prevenção de erros relacionados aos medicamentos.

Pressupõe-se que: a escolha de um instrumento validado e confiável para a avaliar a segurança do paciente na Administração de Medicamentos irá favorecer a identificação de condições geradoras de riscos para pacientes internados; propiciará subsídio para planejamento das ações e mecanismos de proteção nos cenários de cuidado e prevenção de eventos adversos relacionados à administração de medicamentos através de sua aplicabilidade na rotina de serviço; promoverá a segurança no processo de administração de medicamentos; direcionará estratégias de capacitação da equipe de enfermagem acerca da administração de medicamentos e sua sensibilização de modo geral quanto à segurança do paciente, assim como ampliará o conhecimento e as pesquisas no contexto de administração segura de medicamentos.

Nesse sentido, busca-se responder a seguinte pergunta condutora: **Que parâmetros devem ser analisados no processo de administração de medicamentos nos pacientes internados em um hospital do município de Itacoatiara - Amazonas que possibilitem uma análise alinhada à Política de Segurança do Paciente?**

## **2 OBJETIVOS**

Abaixo estão explicitados o Objetivo geral e os Objetivos específicos.

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a Segurança do Paciente na Administração de Medicamentos em uma Clínica Obstétrica de um hospital do município de Itacoatiara-Amazonas.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Descrever os principais parâmetros preconizados pela Política de Segurança do Paciente para o processo de administração de medicamentos;

Levantar na clínica obstétrica os parâmetros do processo de administração de medicamentos identificados na Política de Segurança do Paciente;

Reconhecer as condições geradoras de riscos no desempenho dos profissionais em relação à segurança do paciente no processo de administração de medicamentos levantados na clínica obstétrica em comparação aos identificados na Política de Segurança do Paciente através da aplicabilidade de um instrumento de medida- ASPAM;

Elaborar um relatório técnico para apresentação dos resultados aos gestores.

### 3 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

Para embasar o trabalho, o referencial teórico, abordará os seguintes tópicos: Segurança do Paciente; Cultura de Segurança do Paciente; Eventos Adversos; Erros relacionados aos medicamentos; Medicamentos e a equipe de enfermagem; Segurança na Administração de medicamentos segundo o protocolo de prescrição, uso e administração de medicamentos.

#### 3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE

A prática da segurança do paciente envolve ação coordenada para prevenir danos aos pacientes causados pelos próprios processos de cuidados em saúde. A segurança do paciente é uma estratégia prioritária para o cuidado da saúde moderna e é fundamental para os esforços dos países em trabalhar no sentido da cobertura universal de saúde<sup>2</sup>.

A segurança do paciente vem sendo amplamente discutida em todo mundo em decorrência dos danos decorrentes dos processos da assistência prestada, assumindo papel de relevância no desenvolvimento de esforços, com o objetivo de tornar a assistência mais segura ao paciente. Estes danos observados trazem consequências aos pacientes não somente consequências de ordem física, como também emocional, podendo considerar em uma maior abrangência seus familiares, a equipe de saúde e inclusive instituição hospitalar<sup>14</sup>.

Com essa preocupação, em 2001, o Ministério da Saúde lançou, por meio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o Projeto Hospitais Sentinela, cujo objetivo é a construção de uma rede de notificações da vigilância sanitária (NOTIVISA) que é um sistema informatizado na plataforma *web* para receber as notificações de eventos adversos e queixas técnicas relacionadas com os produtos sob vigilância sanitária, como: medicamentos, vacinas e imunoglobulinas; pesquisas clínicas; artigos médico-hospitalares; uso de sangue ou componentes, entre outros em uso no Brasil e, assim, garantir melhores produtos no mercado e mais segurança e qualidade para pacientes e profissionais de saúde<sup>15</sup>.

As instituições da Rede Sentinela são capacitadas em gestão de risco e de segurança do paciente, metodologias para planejamento, monitoramento,

comunicação de eventos adversos e dos riscos em saúde, entre outras. O objetivo é o fortalecimento das ações de vigilância sanitária e a busca contínua de uma gestão do risco sanitário a contento, com o desenvolvimento da qualidade e do aprimoramento de práticas seguras nos serviços de Saúde.

O Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013, com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de Saúde do território nacional, quer públicos, quer privados, de acordo com prioridade dada à segurança do paciente em estabelecimentos de Saúde na agenda política dos estados-membros da OMS e na resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde<sup>3</sup>.

Com a implantação do PNSP, algumas estratégias foram traçadas para tentar minimizar a ocorrência de eventos adversos relacionados a medicamentos, dentre estas estratégias estão a elaboração de protocolos com temas relevantes para a segurança do paciente, desta forma, um dos protocolos elaborados pelo Ministério da Saúde em parceria com a vigilância sanitária e a Fundação Oswaldo Cruz foi o protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos que traz alguns pontos que devem ser observados e seguidos para que se tenha uma prescrição, uso e administração considerada segura<sup>3,4</sup>.

A publicação da RDC nº 36 de julho de 2013 fortalece a política nacional para a segurança do paciente, a qual normatiza a criação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos serviços de saúde. Cabe a estes núcleos o desenvolvimento de um plano de segurança do paciente e o monitoramento dos incidentes e eventos adversos<sup>16</sup>.

O PNSP precisa ser uma realidade dentro de todas as instituições de saúde, pois agrupa diversas atividades em prol da qualidade e segurança dos serviços. Existem diversas ações de baixo custo e complexidade que são relevantes, como padronização de protocolos, sistema de notificação e incentivo à cultura de segurança<sup>17</sup>.

Como estímulo a uma prática segura a Organização Mundial da saúde (OMS) estabeleceu um conjunto de protocolos básicos, entre eles o relativo ao uso e administração segura de medicamentos<sup>3</sup>. O procedimento de preparo e administração de medicamentos por ser um cuidado essencial para reintegração da saúde é considerado um desafio quando se trata da construção de uma prática segura. Erros

podem ocorrer em qualquer fase da terapia medicamentosa, de modo a gerar danos ao paciente<sup>1</sup>.

Diante da problemática dos erros no preparo e administração de medicamentos e seu impacto negativo na segurança do paciente, evidencia-se a necessidade de conhecer as fragilidades envolvidas neste processo, condição que poderá contribuir para a implementação de medidas de prevenção e controle<sup>18</sup>.

### 3.2 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A cultura de segurança em serviços de saúde tem sido considerada como um indicador estrutural básico que facilita as iniciativas para reduzir os riscos e eventos adversos<sup>19</sup>. Na medida em que os padrões comportamentais de indivíduos e grupos determinam a maneira como vão exercer seu trabalho<sup>20</sup>.

No âmbito da saúde, a CSP foi definida pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) como o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento de grupos e de indivíduos. Isto determina o compromisso, estilo e proficiência no manejo de segurança em saúde de uma organização<sup>21</sup>.

A cultura de SP é resultado de valores individuais e grupais, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso, o estilo e a capacidade para a gestão da saúde e segurança de uma organização. Seu aspecto positivo engloba a comunicação fundada na confiança mútua pela percepção comum da importância da segurança e pela confiança na eficácia de medidas preventivas<sup>22</sup>.

A equipe na “linha de frente” do atendimento relatará incidentes se estiver protegida de culpabilização e retaliação, envolvida no acompanhamento da investigação e na melhoria, e capaz de ver reduções usuais de riscos para os pacientes, em algumas jurisdições, dados de incidentes e relatórios de investigação são imunes à divulgação aos tribunais<sup>2</sup>.

Diferentes ferramentas de avaliação têm sido utilizadas para mensurar a cultura de segurança do paciente em serviços de saúde, por meio de instrumentos que procuram focar seus questionamentos em características da própria cultura, denominadas dimensões<sup>23</sup>. Mudar a cultura organizacional é uma tarefa difícil para as

organizações, inclusive para a cultura de segurança do paciente, pois envolve o fator pessoas, e este como discutido por Paese<sup>24</sup>.

O clima de segurança é capaz de reproduzir as percepções dos profissionais em um determinado momento em seu local de trabalho, enquanto a cultura é um conceito produzido ao longo do tempo, de forma longitudinal, refletindo o conjunto de atitudes, valores, individuais e grupais das questões voltadas a segurança do paciente em uma organização de saúde<sup>25</sup>.

Segundo Campelo, a cultura de segurança do paciente (CSP) é considerada um importante componente dos serviços, pois determina o compromisso, o estilo e a competência das instituições de saúde, contribuindo para implantação de práticas seguras colaborando com a diminuição da ocorrência de eventos adversos<sup>26</sup>.

### 3.3 PROCESSO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

O processo medicamentoso compreende três etapas, são elas: prescrição, dispensação ou distribuição e administração de medicamentos<sup>4</sup>.

Apesar dessa divisão de responsabilidades entre diferentes categorias profissionais, entre elas, médico, farmacêutico, enfermeiros e técnicos de enfermagem, sabe-se que, na prática, as atividades profissionais acontecem de forma interdependente, e seu sincronismo afeta diretamente a segurança dos pacientes.

Os erros e eventos adversos relacionados à administração de medicamentos estão entre os incidentes mais comuns que podem afetar um paciente nos serviços de saúde, sendo este fato alertado desde o relatório do Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América (EUA) publicado em 1999, e permanecendo como uma realidade nos dias atuais<sup>27</sup>.

Estudos mostraram que as falhas ou problemas no processo de administração de medicamentos podem estar relacionados ao ambiente (iluminação, ventilação, barulho, circulação de pessoas), preparo, administração, conferência e registro da medicação, distribuição e estoque, violação de regras, transcrição, conhecimento sobre o medicamento e prescrição de medicamentos que possam interferir na ação assistencial da enfermagem <sup>28</sup>.

### 3.4 EVENTOS ADVERSOS

Considera-se evento adverso (EA) a lesão ou dano não intencional que resulta em incapacidade ou disfunção, temporária ou permanente, e/ou prolongamento do tempo de permanência na instituição ou morte como consequência do cuidado prestado ao paciente, pela intervenção assistencial. A ocorrência de dano ou prejuízo causado pelo evento adverso está relacionada aos cuidados assistenciais além da doença de base e, essas ocorrências são, ou devem ser preveníveis<sup>29</sup>.

Eventos adversos a saúde são uma preocupação mundial, principalmente levando em consideração que estão associados à grande morbidade tanto a longo quanto a curto prazo, por isso a importância de tentar minimizá-los ao máximo possível<sup>30</sup>.

Os eventos adversos relacionados a medicamentos podem levar a importantes agravos à saúde dos pacientes, com relevantes repercussões econômicas e sociais<sup>31</sup>. Dentre eles, os erros de medicação são ocorrências comuns e podem assumir dimensões clinicamente significativas e impor custos relevantes ao sistema de saúde. Os erros de prescrição são os mais sérios dentre os que ocorrem na utilização de medicamentos<sup>32</sup>.

### 3.5 ERROS RELACIONADOS AOS MEDICAMENTOS

A teoria do erro humano afirma que o erro é uma condição humana, então sempre ocorre a possibilidade de existir, portanto, é necessário instalar processos e estratégias que permitam que os erros sejam interceptados ou minimizados<sup>33</sup>.

Em todo processo do uso do medicamento, é necessário garantir práticas seguras, salientando-se a preparação e administração de medicamentos como etapas finais desse processo, sendo crucial o cumprimento sistemático das regras de segurança<sup>34</sup>.

Os erros de medicação constituem um grande problema de saúde pública e são responsáveis pela ocorrência de morbidade, hospitalizações, mortalidade e aumento dos custos em saúde<sup>35</sup>.

Diante do alto risco relacionado a administração de medicamentos, foi lançado em 2017, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o terceiro Desafio Global de Segurança do Paciente com o seguinte tema: “Medicação sem Danos” (em inglês,

“Medication Without Harm”). Estabelecendo como meta a redução de danos e agravos relacionados a medicamentos em 50%, num prazo de cinco anos, por meio do desenvolvimento e implementação de sistemas de saúde mais seguros e eficientes nas fases do processo de medicação: prescrição, distribuição, administração, monitoramento e utilização<sup>36</sup>.

Segundo Vieira<sup>37</sup>, a administração de medicamento: “É uma atividade que exige grande responsabilidade por parte da equipe de enfermagem. Para sua execução, são aplicados princípios científicos, legais e éticos, que fundamentam a ação do enfermeiro e visam promover a segurança necessária a essa prática”.

Numa pesquisa realizada por Silva<sup>38</sup>, profissionais de enfermagem afirmaram que os erros na administração de medicamentos acontecem devido à falta de conhecimento sobre o fármaco, a prescrições médicas ilegíveis e à falta de atenção que foi relatada como fator principal segundo os entrevistados. Afirma-se que o fato de a desatenção estar como principal fator associado a erros de medicação se dê pelos seguintes fatores: outro membro da equipe que distrai o profissional no momento da administração do medicamento, conversas e telefonemas no ato do procedimento, sobrecarga de trabalho, falta de liderança e supervisão e déficit de pessoal.

A preparação e administração segura de medicamentos implicam a utilização de vários mecanismos de segurança, designados como “certos”, e os enfermeiros, de forma habitual, utilizam os “cinco certos”. Contudo, na sequência da investigação e desenvolvimento de práticas seguras na preparação e administração de medicamentos percebeu-se a necessidade de introduzir outros “certos” para aumentar a segurança no uso do medicamento <sup>39</sup>.

O protocolo de Segurança no Brasil visa à utilização de “nove certos” que servem como base para se aumentar os mecanismos de segurança na etapa final do processo de utilização do medicamento<sup>3</sup>.

Os nove certos para a administração de medicamentos são: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa<sup>39</sup>. Estes podem não garantir que os erros de administração não ocorrerão, mas segui-los pode prevenir significativa parte desses eventos, melhorando a segurança e a qualidade da assistência prestada ao paciente durante o processo de administração de medicamento<sup>4</sup>.

Há uma alerta para algumas condições presentes e latentes no processo de preparação e administração de medicamentos e que incluem “instalações incorretas, *design* empobrecido, falhas na manutenção, decisões administrativas incorretas e organizações mal estruturadas”<sup>8</sup>.

Os erros de medicação são qualquer evento evitável que pode levar ao uso inadequado de medicamentos, independente do risco de lesar ou não o paciente, e do fato de o medicamento se encontrar sob a posse de profissionais de saúde, do paciente ou do consumidor <sup>40</sup>.

Ao considerar que o erro no processo de medicação é passível de ser evitado, é importante compreendê-lo. Assim, todo o processo deve ser objeto de um sistema de gestão de riscos capaz de conhecer detalhadamente todas as etapas e atividades em que podem ocorrer falhas individuais ou sistêmicas de forma a buscar a melhor organização e segurança possível do processo para o uso seguro de medicamentos<sup>41</sup>.

Em média, os erros de medicação ocorrem em 5,7% das administrações de medicamentos a pacientes hospitalizados, podendo chegar a aproximadamente 56% nos estudos em que os pacientes são monitorados mais cuidadosamente<sup>42</sup>.

Nos Estados Unidos da América, estima-se que os erros de medicação causam pelo menos uma morte todos os dias e danos a aproximadamente 1,3 milhão de pessoas anualmente<sup>36</sup>.

No Brasil, ainda não estão disponíveis as estatísticas exclusivas de óbitos relacionados a erros de medicação. No entanto, por meio do Sistema Nacional de Notificações para Vigilância Sanitária (NOTIVISA), no período compreendido entre março de 2014 e julho de 2017, foram realizadas 3.766 notificações relacionadas a incidentes envolvendo medicações. Deve-se levar em conta que as notificações de incidentes, com ou sem danos, são realizadas voluntariamente pelas instituições ou por profissionais liberais cadastrados, assim como por qualquer cidadão que tenha presenciado ou vivenciado algum procedimento que tenha provocado danos à saúde do usuário durante a internação/atendimento<sup>43</sup>.

No Brasil, estudo realizado em unidades de clínica médica de cinco hospitais públicos de ensino das regiões norte, nordeste, sudeste e centro-oeste identificou 1.500 erros de medicação relacionados à administração de medicamentos, demonstrando que 30% das doses administradas continham alguma falha. Os erros foram relacionados ao horário (77,3%), à dose administrada, (14,4%), à via de administração (6,1%), ao uso de medicamento não autorizado (1,7%) e a erro

cometido pelo paciente (0,5%). Os erros ocorreram principalmente com medicamentos utilizados por via parenteral (48,5%) e oral (46%)<sup>44</sup>.

Entre os anos de 2005 a 2010 foram registrados na Inglaterra e País de Gales 526.186 incidentes envolvendo erros de medicação. Destes, 16% ocasionaram danos aos pacientes e, 0,95% tiveram como resultado morte ou danos graves aos pacientes. Nos países subdesenvolvidos, esses dados são mais difíceis de se obter com precisão devido à escassez de sistemas de registro adequados<sup>45</sup>. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os erros de medicação apresentam-se como a principal causa de erros evitáveis à saúde. Mundialmente, são gastos a cada ano cerca de 42 bilhões de dólares para tentar minimizar os danos associados a estes erros<sup>37</sup>.

### 3.6 MEDICAMENTOS E A EQUIPE DE ENFERMAGEM

Administrar medicamentos aos pacientes é um processo complexo, multiprofissional e com várias etapas (prescrição médica, solicitação à farmácia, separação e dispensação pela farmácia, recebimento pela enfermagem, preparo e administração pela enfermagem) que envolvem decisões e ações inter-relacionadas entre si. Erros podem ocorrer em quaisquer etapas desse processo<sup>46</sup>.

Os profissionais de enfermagem permanecem em contato com o paciente de forma integral, estando aptos a identificar os riscos com maior frequência, além de oferecer valiosas sugestões de melhoria das estratégias de segurança e, conseqüentemente, de redução de erro <sup>23</sup>.

O processo de administração de medicamentos representa um impacto importante na carga de trabalho dos profissionais e, a descontinuidade deste processo, que se pode dar por interrupções feitas pela própria equipe ou mesmo pacientes/familiares que tragam novas demandas ao profissional, podem distraí-lo e, conseqüentemente, levá-lo ao erro<sup>47</sup>.

Para o profissional de enfermagem, o erro pode acarretar diversas problemáticas, dado o estresse emocional, os preceitos éticos e as punições legais a que está exposto, sendo importante o investimento em uma cultura de segurança organizacional, que possibilite discussões não punitivas, a compreensão das ocorrências e a adoção de medidas preventivas <sup>23</sup>.

A sobrecarga de trabalho, o uso demorado das tecnologias, podem distrair o profissional, dificultando a execução de um trabalho seguro. Além disso, a falta de

protocolos assistenciais e da padronização de alguns procedimentos são dificuldades vivenciadas pelos profissionais de saúde <sup>48</sup>.

Em um estudo realizado por Cárcamo<sup>33</sup> em um centro de alta complexidade no Chile, foi visto que dentre as causas de erros de medicação, os problemas de comunicação e interpretação da prescrição médica na transcrição são vistos como a causa principal.

A OMS sugere soluções para garantir a segurança das práticas de medicação e reduzir os danos relacionados, tais como, prescrição médica legível e completa; armazenamento dos medicamentos em locais seguros; comparação da prescrição e a medicação a ser dispensada; normas de segurança da instituição para o preparo e administração de medicamentos; comunicação eficiente e direta entre as equipes; e o uso de instrumentos de medida padrão durante o preparo dos medicamentos; treinamento de toda a equipe de enfermagem para a prática, além, do envolvimento do paciente no processo de administração de medicamento, reduzem a chance de eventos adversos<sup>8</sup>.

A incorporação de princípios para reduzir erros humanos minimizando os lapsos de memória, promovendo acesso a informações sobre os medicamentos e desenvolvendo padrões internos de treinamento, reduzem a probabilidade de falhas e aumenta a chance de interceptá-las antes de resultar em prejuízo ao paciente. Nesse sentido, devem-se incluir estratégias como a padronização de processos, o uso de recursos de tecnologia da informação, educação permanente e, principalmente, o acompanhamento das práticas profissionais em todas as etapas do processo que envolve o medicamento<sup>3</sup>.

Como estratégia para minimizar os riscos de erros de medicação e oferecer melhor qualidade no atendimento, um estudo publicado em 2010 identificou e descreveu os “nove certos” da administração de medicamentos (paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa <sup>12</sup>, também adotado pela ANVISA por meio do Protocolo de Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, desenvolvido em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e com a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Os nove certos não previnem completamente a ocorrência de erros, mas segui-los pode minimizar consideravelmente os riscos e os eventos relacionados<sup>3, 39</sup>.

### 3.7 SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS, SEGUNDO O PROTOCOLO DE PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

A portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013 do Ministério da Saúde, aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente, e em anexo apresenta o protocolo para Segurança na Administração de medicamentos<sup>49</sup>.

O protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos deverá ser aplicado em todos os estabelecimentos que prestam cuidados à saúde, em todos os níveis de complexidade, em que medicamentos sejam utilizados para profilaxia, exames diagnósticos, tratamento e medidas paliativas<sup>3</sup>.

Este protocolo é parte integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente e tem por finalidade promover práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde.

E para a prevenção dos erros de medicação e do risco de dano em função da sua ocorrência, torna-se relevante identificar a natureza e determinantes dos erros, como forma de dirigir ações para a prevenção. As falhas no processo de utilização de medicamentos são consideradas importantes fatores contribuintes para a redução da segurança do paciente<sup>1</sup>.

## 4 MÉTODO

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo com caráter descritivo e com abordagem quantitativa<sup>50</sup>. Para tanto o estudo foi operacionalizado nas seguintes etapas: Identificação e levantamento na Política de Segurança do Paciente dos principais parâmetros da segurança do paciente para o processo de administração de medicamentos; Levantamento através do instrumento ASPAM (Avaliação da Segurança do Paciente na Administração de Medicamentos) da Frequência com que ações para a promoção da segurança do paciente no processo de administração de medicamentos estão sendo executadas na clínica obstétrica. E última etapa será a elaboração de um relatório técnico baseada na avaliação da segurança do paciente na administração de medicamentos.

### 4.2 PERÍODO DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado no período de 2020 a 2022, com coleta de dados no mês de outubro de 2022, em uma Clínica Obstétrica de um hospital do Município de Itacoatiara - Amazonas.

### 4.3 ÁREA DE ESTUDO

O Estudo foi desenvolvido em uma unidade hospitalar, de caráter público, situada no município de Itacoatiara - Amazonas, aproximadamente 267 km da capital Manaus, possui uma área territorial de 8.891.906km<sup>2</sup>, e uma população estimada segundo o último censo de 102.701 pessoas<sup>51</sup>.

É uma unidade de média complexidade, sendo o único hospital da cidade, o qual é referência para todos os municípios que compõem a Região do Médio Amazonas (Silves, Itapiranga, São Sebastião do Uatumã, Urucurituba e Urucará).

Por ser um hospital de média complexidade, possui atendimento de Urgência e Emergência, Ambulatorial, Internação em Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Pediátrica e Clínica Obstétrica, Centro Cirúrgico, além dos serviços de apoio

diagnóstico e terapêutico (Psicologia, Serviço Social, Fisioterapia, Nutrição e Dietética, Laboratório, Radiologia e Endoscopia).

Possui ainda uma Farmácia Central, duas Farmácias Satélites, Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e uma Unidade de Coleta e Transfusão de Sangue, e a parte administrativa formada por Gerência Técnica/Administrativa, Gerência Técnica/Financeiro, Gerência de Enfermagem, Recursos Humanos (RH), Serviço de Arquivo Médico (SAME) e o Setor de Contas.

Possui atualmente uma capacidade de 110 leitos de internação distribuídos nas: Clínica Cirúrgica – 25 Leitos; Clínica Médica – 35 Leitos; Clínica Obstétrica – 25 Leitos; Clínica Pediátrica – 23 Leitos e 02 outras especialidades<sup>52</sup>. O hospital realiza em média 3.019 atendimentos ambulatorial/mês e 413 internações/mês<sup>53</sup>.

A pressão sobre esta unidade de saúde decorrente da demanda adicional gerada pela COVID-19, fez com que o hospital fosse reorganizado estruturalmente, para conseguir atender estes pacientes, com mudanças nas clínicas.

Conforme mostra os dados do DATASUS/TABNET<sup>52</sup>, a capacidade dos leitos de internação disponíveis nesta unidade hospitalar sofrera variação desde o início da pandemia. Como já mencionado acima, antes da pandemia existiam 108 leitos cadastrados no CNES. Mesmo com o início da pandemia este número perdurou até o mês de maio do ano de 2020, período no qual já havia iniciado a pandemia no município. Só em junho do mesmo ano houve uma alteração, apresentando 119 leitos de internação com a seguinte distribuição: Clínica Cirúrgica – 25 Leitos; Clínica Médica – 44 Leitos; Clínica Obstétrica – 25 Leitos; Clínica Pediátrica – 23 Leitos e 02 outras especialidades. No início de 2021 com a estabilização do número de casos de COVID-19, e a diminuição de internação, novamente houve atualização no cadastramento de leitos, apresentando-se desde de fevereiro de 2021, com 110 leitos de internação conforme mencionado anteriormente.

A Clínica Obstétrica, foi o setor escolhido para o estudo, em virtude do cenário local que se encontrava o hospital na época. Para atender o então cenário pandêmico, o hospital sofreu adequações de modo a receber os pacientes com COVID-19, tendo que agrupar as Clínica Médica com a Clínica Cirúrgica para poder abrir uma ala para Clínica Rosa exclusiva para pacientes com COVID-19, a única clínica que não sofreu oscilação no número de leitos de internação e mudança de local foi a Clínica Obstétrica. Além de ser a clínica que apresenta melhor organização interna e estrutura física, possui uma coordenação própria que fica em contato direto com o setor,

orientando as ações executadas no local. Esses fatores culminaram na escolha desta clínica para execução do projeto.

A clínica obstétrica, realiza em média 193,5 internações e 200,5 procedimentos ambulatoriais por mês. Os partos normais e cesáreos realizados somam em média 101,5 e 58,8 atendimentos ao mês respectivamente. As principais causas de internação neste setor são: complicações da gravidez e curetagem, destacando-se: abortamentos, ameaça de abortamento e parto prematuro, diabetes gestacional, infecção urinária, síndrome hipertensiva, entre outras. O setor possui um quadro de funcionários conforme descrito no Quadro I. A equipe de enfermagem trabalha em regime de plantões de 12 horas, com carga horária semanal de 40 horas.

Quadro 1 - Relação de funcionários que atuam na Clínica Obstétrica

<b>Nº</b>	<b>Formação Profissional</b>	<b>Quantidade</b>
1	Assistente Social	01
2	<b>Enfermeiros Obstetras</b>	10
3	Fonoaudióloga	01
4	Médicos Obstetras	03
5	Pediatras	02
6	<b>Técnicos De Enfermagem</b>	20
7	Vacinadores	02

Fonte: Banco de Dados do referido hospital (2022)

#### 4.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Os participantes do estudo foram os profissionais de enfermagem que atuam na assistência materna na Clínica Obstétrica neste referido hospital. A escolha se deu por serem estes os profissionais que estão envolvidos nos processos de preparo e administração do medicamento, etapas estas, caracterizadas pela última oportunidade de se intervir e/ou evitar a ocorrência de erros.

A amostra foi não probabilística, por conveniência, composta por uma população constituída de 30 profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos), responsáveis pela administração de medicamentos às gestantes e puérperas internadas na clínica.

Participaram do estudo os profissionais que aceitaram participar e que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: Ser profissional da enfermagem com registro no Coren; ter vínculo institucional com o hospital; estar de plantão/serviço na clínica obstétrica; atuar no processo de administração de medicamentos. Como critérios de Exclusão: estar de férias no período do estudo; estar com algum tipo de licença especial; não responder ao instrumento da pesquisa.

#### 4.5 COLETA DE DADOS

Foram utilizados dados primários obtidos a partir de informações coletadas por meio da aplicação do questionário para a Avaliação da segurança do paciente na administração de medicamentos proposto por Araújo<sup>54</sup>.

Antes das coletas de dados, foram realizadas reuniões de sensibilização com os profissionais da enfermagem que atuam na Clínica Obstétrica do referido hospital, com o intuito de orientar e explicar a importância e os objetivos do estudo, bem como os procedimentos técnicos para o desenvolvimento da pesquisa.

##### 4.5.1 Instrumentos de Coleta de dados

A identificação dos principais parâmetros da segurança do paciente no processo de administração de medicamentos na Política Nacional de Segurança do Paciente se pela análise dos documentos oficiais: Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013; RDC nº 36 de julho de 2013 e o “Protocolo de segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.

Para o levantamento e comparação dos parâmetros da PNSP com os utilizados na Clínica Obstétrica, foi utilizado um questionário válido e confiável para identificação de condições geradoras de risco para ocorrência de eventos adversos a medicamentos, chamado ASPAM (Avaliação da Segurança do Paciente na Administração de Medicamentos).

A avaliação da cultura de segurança do paciente em organizações de saúde na maioria dos estudos emprega questionários como instrumento para a coleta de dados. Esses questionários baseiam-se em uma combinação de dimensões e são

consideradas estratégias eficientes, por ser anônima e com custos mais reduzidos que abordagens qualitativas para coletar dados sobre cultura de segurança<sup>55</sup>.

O questionário ASPAM, possui adequação ao objetivo pretendido neste estudo, pois apresenta um elevado grau de confiabilidade pois obteve o valor de 0,85 para o Alfa de Cronbach.

Este contém 28 itens relacionados à segurança na administração de medicamentos que foram divididos em nove domínios (ANEXO A).

Os domínios foram instituídos com base no princípio dos nove certos da administração de medicamentos, quais sejam: 1- Paciente certo, 2- Medicamento certo, 3- Via certa, 4- Hora certa, 5- Dose certa, 6- Registro certo, 7- Orientação certa, 8- Forma certa e 9- Resposta certa<sup>3</sup>, os quais funcionam como estratégias para prevenção de erros no sistema de medicação, totalizando 9 domínios, sendo que cada domínio contempla um certo número de itens, conforme apresentado no Anexo A.

Assim, para melhor compreensão adotaremos a sigla (I) para simbolizar o “item”, seguido da numeração que identifica o item, na sequência do questionário. Ficando: Paciente Certo (I1); Medicamento Certo (I2, I3, I4, I5, I6), Via Certa (I7, I8, I9 e I10), Hora Certa (I11, I12 e I13), Dose Certa (I14, I15, I16, I17 e I18), Registro Certo da Administração (I19, I 20, I21, I22 e I23), Orientação Certa (I24 e I25), Forma Certa (I26) e Resposta Certa (I27, I28), conforme a quantia de variáveis.

Para cada item referente à segurança na administração de medicamentos, foi estabelecido cinco possíveis respostas disposta em Escala de *Likert*, que servirão para avaliar a frequência com que essas práticas são realizadas na rotina de cuidados da equipe de enfermagem, conforme julgamento realizado pelos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem durante a aplicação.

Estas cinco categorias de respostas, variam de escore 1 a 5, na qual escore 1 representa a pior nota (nunca), escore 2 (quase nunca), escore 3 (às vezes), escore 4 (quase sempre) e escore 5 a melhor nota (sempre), de modo a identificar a frequência com que os itens de verificação para administração segura de medicamentos são realizados pela equipe de enfermagem em sua rotina de cuidados.

O domínio paciente certo possui um item que visa avaliar a frequência que o profissional utiliza, no mínimo, dois identificadores.

O domínio medicamento certo possui cinco itens que visam avaliar a frequência que o profissional confere o nome do medicamento; se leva o medicamento

de forma individual; se administra por ordem verbal somente em emergência; se confere alergia e se identifica a alergia de forma diferenciada.

O domínio via certa possui quatro itens que visam avaliar a frequência que o profissional confirma a via na prescrição; verifica se a via é compatível; se lava as mãos antes de administrar e se utiliza técnicas asséptica antes de administrar.

O domínio hora certa possui três itens que visam avaliar com que frequência os profissionais de enfermagem preparam os medicamentos antes da administração; se administra o medicamento na hora certa e se adéqua os horários de administração das prescrições.

O domínio dose certa possui quatro itens que visam avaliar a frequência com que o profissional confere atentamente a dose prescrita; que confere o gotejamento e a programação das bombas de infusão; se utiliza instrumentos de medida padrão ao preparar medicação; devolve à farmácia as sobras de medicamentos.

O domínio registro certo da administração possui quatro itens que visam avaliar a frequência com que o profissional registra na prescrição o horário da administração; se registra todas as ocorrências relacionadas aos medicamentos; notifica os eventuais incidentes relacionados aos medicamentos e se identifica medicamentos preparados que serão armazenados.

O domínio orientação correta possui dois itens que visam avaliar a frequência com que o profissional esclarece dúvidas da prescrição junto ao prescritor e se orienta o paciente e/o acompanhante sobre os medicamentos.

O domínio forma certa possui um item que visa avaliar a frequência com que o profissional confirma se o medicamento é compatível com a via.

O domínio resposta certa possui dois itens que visam avaliar a frequência com que o profissional avalia se o medicamento apresentou algum efeito desejado; informa os efeitos diferentes do esperado.

Para melhor visualização e análise dos dados foram criadas duas categorias relacionadas aos domínios abordados, são elas: *variáveis geradoras de riscos relacionadas aos medicamentos na qual foram compiladas nos itens: medicamento certo, via certa, hora certa e forma certa*; e *variáveis relacionadas ao processo de administração de medicamentos que compreende os itens: paciente certo, dose certa, registro certo, orientação certa, resposta certa*<sup>56</sup>.

#### 4.5.2 Fonte de dados

Foram realizadas, duas diferentes abordagens aos profissionais da enfermagem para a coleta de dados, de modo a garantir o maior número de profissionais participantes do estudo.

Na primeira abordagem, foi realizada inicialmente uma capacitação no auditório do hospital sobre o tema, de modo a conscientizar estes profissionais sobre a segurança do paciente, em seguida orientou-se e explicou-se a importância e os objetivos do estudo, bem como os procedimentos técnicos para o desenvolvimento da pesquisa. Em seguida, entregou-se para cada funcionário, uma cópia da carta convite (APÊNDICE A) e duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B), um ficou com o pesquisador e outro com o participante. Para os que aceitaram participar da pesquisa, foi entregue uma cópia do instrumento de Avaliação da segurança do paciente na administração de medicamentos (ANEXO A).

Os profissionais que não estavam presentes nesse primeiro momento, foram abordados no ambiente de trabalho, no momento em que tinham disponibilidade para participar do estudo, durante seu plantão, nos turnos matutino, vespertino e noturno, de segunda a domingo, de modo a garantir a homogeneidade dos dados avaliados e contemplar todos os profissionais da área da enfermagem que atuam na Clínica Obstétrica. O pesquisador contou com a listagem de todos os profissionais da enfermagem que atuam na clínica, organizando assim o planejamento do fluxo de abordagem conforme a escala de plantonistas.

Por meio de um contato direto e informal com esses profissionais, aproveitava-se os momentos de maior tranquilidade para conversar sobre o tema Segurança do Paciente, com ênfase no processo de Administração de Medicamentos, logo em seguida, apresentava-se o estudo e orientava-se sobre os objetivos da pesquisa, e como deveria proceder para preencher o questionário, entregava-se o instrumento ao profissional, informando que o mesmo gastaria aproximadamente 15 minutos.

Nos casos em que o profissional não conseguiu preencher o instrumento no momento do contato com o pesquisador, em virtude da demanda de trabalho, este respondeu posteriormente em horário oportuno ou no final do plantão de forma previamente estabelecida com o pesquisador. O pesquisador retornava ao local ao final da manhã e/ou tarde e/ou noite para recolher o questionário o mais breve possível. Foram disponibilizadas pastas identificadas para armazenamento do

instrumento preenchido no posto de enfermagem da clínica para a coleta dos questionários respondidos.

Nos casos de não devolução do instrumento preenchido no tempo preconizado, os profissionais foram convidados novamente a participar do estudo, em um próximo plantão, reforçando a importância da participação e do estabelecido prazo de devolução. Os profissionais que não devolveram os instrumentos preenchidos, após o estabelecimento do segundo prazo, foram excluídos da amostra de estudo.

#### 4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados na pesquisa pelos questionários, foram armazenados em um banco de dados no Excel 2010, processados e analisados com base em técnicas estatísticas descritivas, por meio de cálculos de frequência absoluta e relativa para verificar a frequência com que ações de promoção da segurança do paciente no processo de administração de medicamentos estão ocorrendo na clínica, no que concerne aos nove domínios do questionário aplicado.

Para verificar a frequência com que os profissionais da enfermagem executam as ações com base nos itens do questionário em sua rotina de trabalho, agrupou-se as respostas, de modo a facilitar a análise dos itens de forma mais clara. Assim as respostas **nunca, quase nunca, às vezes e quase sempre** foram denominadas como **inadequadas**, ou, seja, o profissional executa a ação inadequadamente em sua rotina assistencial; e **sempre** foi classificado como **adequada**, isto é, o profissional executa adequadamente a ação em sua rotina assistencial, tendo em vista que uma vez que o profissional não executa um dos itens para a promoção da segurança na administração de medicamentos, o mesmo está expondo o paciente a um risco da ocorrência de erros de administração e devem ser realizadas sempre para evitar a ocorrência de incidentes e promover a segurança do paciente, pois uma única vez que o profissional não realiza pode ser a causa de um evento adverso, que pode gerar danos ao paciente<sup>54</sup>.

Para análise de desempenho dos profissionais em cada etapa do processo de administração de medicamento, segundo estudos desenvolvidos por Torres, Andrade e Santos<sup>57</sup> e Souza<sup>58</sup>, foi adotado como **satisfatório** o desempenho adequado, cujo escore mediano global foi igual ou superior a 70%.

E como retorno a instituição elaborou-se um Relatório Técnico para a alta gestão, e para os demais profissionais envolvidos realizou-se uma oficina para divulgar os resultados e apresentar as propostas de melhorias. Esta oficina foi desenvolvida, a partir da exposição dos dados em Datashow, e a cada dado apresentado a alta gestão era discutido e refletido a situação atual com propostas de melhorias.

#### 4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição NESC/CPqAM/Fiocruz, CAAE: 58069122.1.0000.5190 e foi realizado segundo a Resolução 466/2012, as quais estabelecem diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Os participantes foram convidados a assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) esclarecendo-se na oportunidade a justificativa, os objetivos, procedimentos utilizados na pesquisa e os riscos e benefícios relacionados a participação. Foram também solicitadas anuência formal ao hospital selecionado.

Os riscos relacionados a participação são: a possibilidade de constrangimento ao responder, medo de não saber ou de ser identificado, tomar o tempo do sujeito ao responder ao questionário. Foi garantido, contudo, todos os nossos esforços para que situações de constrangimento não ocorressem, e que os riscos descritos fossem minimizados, através da garantia que o participante pudesse responder em local mais reservado, da não violação e a integridade dos documentos (danos físicos, cópias, rasuras). Assegurou-se assim a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantiu-se a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades e que sua identidade não venha a público sob hipótese nenhuma.

Os benefícios do estudo, são: a identificação de condições geradoras de riscos para pacientes internados; subsídio para planejamento das ações pela gestão para contenção de riscos gerados pelo processo de preparo e administração de medicamentos e desenvolvimento de mecanismos de proteção nos cenários de cuidado e prevenção de eventos adversos relacionados a administração de medicamentos; ampliou-se o conhecimento sobre a segurança do paciente neste

processo aos profissionais envolvidos, gerando-se a adequação as práticas ideais de cuidados no processo de administração de medicamentos; ampliação do conhecimento e as pesquisas no contexto de administração segura de medicamentos.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base no percurso metodológico apresentado no capítulo anterior, a partir da técnica de coleta e análise foi possível através do instrumento ASPAM obter resultados relacionados á segurança do paciente frente ao processo de administração de medicamentos realizados no setor alvo do estudo, possibilitando a captação de um panorama com fragilidades e que necessitam de uma reconstrução a partir das reflexões apresentadas a seguir em duas partes: **Normatização da Política de Segurança do Paciente para o processo de Administração de Medicamentos; Levantamento através do instrumento ASPAM da Frequência com que ações para a promoção da segurança do paciente no processo de administração de medicamentos estão sendo executadas na clínica obstétrica.**

## 5.1 NORMATIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SEGURANÇA DO PACIENTE PARA O PROCESSO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Os documentos normativos abaixo contemplam, cada um em sua significância o aspecto da Segurança do Paciente.

A Portaria nº. 529/2013, em seu inciso VI do Art. 5º, trata de uma das estratégias de implementação do PNSP, orientando o trabalho com a promoção da cultura de segurança, através do engajamento dos profissionais, pacientes na prevenção dos incidentes, evitando a responsabilização individual, contribuindo com isso com o aprendizado e aprimoramento organizacional<sup>3</sup>. Tal portaria estabelece que um conjunto de protocolos básicos, definidos pela OMS, deva ser elaborado e implantado, entre eles o da segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; além da identificação de pacientes.

O PNSP elaborado pelo Ministério da Saúde (2013), e posteriormente em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), A Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) propuseram o protocolo de segurança na prescrição, uso e administração e medicamentos, onde esclarece que o corpo de enfermagem teria como guia “os cinco certos” que definem o processo de administração de medicamentos, tendo sido posteriormente incluídos mais quatro certos, chegando ao atual número de nove passos. Assim os nove certos não podem evitar que os erros ocorram, mas adotá-los pode minimizar incidentes relacionados.

Esse protocolo constitui instrumento para construir uma prática assistencial segura e são componentes obrigatórios dos planos (locais) de segurança do paciente dos estabelecimentos de Saúde, a que se refere à RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 da Anvisa. Sendo então aprovado o Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos pela Portaria nº 2.095 de 24 de setembro de 2014<sup>3,46</sup>.

O protocolo tem por finalidade promover práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde e em seu item 7 discrimina os parâmetros preconizados para as práticas seguras voltadas para o processo de administração de medicamentos<sup>3</sup>.

Como parâmetros preconizados, levantou-se as intervenções para serem aplicadas junto ao processo realizado pela equipe de enfermagem, e foram compilados na tabela abaixo, de modo a facilitar a visualização.

Quadro 2 - Parâmetro Preconizado nas Normas Nacionais para Administração de Medicamentos

Itens de Verificação	Intervenção Preconizada
<b>Paciente Certo</b>	Perguntar para o Paciente seu nome completo com perguntas claras e abertas e confirmar com no mínimo dois identificadores (nome completo, data de nascimento ou número do prontuário antes de administrar medicamentos.
<b>Medicamento Certo</b>	Conferir o nome do medicamento com a prescrição antes de administrá-lo ao paciente.
	Conferir se o paciente é alérgico ao medicamento prescrito. E identificar de forma diferenciada caso seja no prontuário e/ou com pulseira.
	Levar ao leito apenas os medicamentos prescritos a um único paciente.
	Administrar medicamento por ordem verbal somente em caso de emergência.
<b>Via Certa</b>	Identificar a via de administração prescrita para o medicamento.
	Verificar se a via prescrita é a tecnicamente recomenda da para administrar o medicamento.
	Lavar as mãos antes do preparo e administração de medicamentos.
	Utilizar materiais e técnicas assépticas para administrar medicamentos por via intravenosa.
	Avaliar a compatibilidade do diluente com o medicamento e a velocidade de infusão com a via de administração
	Avaliar a compatibilidade do medicamento com os produtos para saúde utilizados na administração
	Identificar no paciente a conexão correta para a via de administração prescrita.
	Esclarecer dúvidas de legibilidade da prescrição com o prescritor.
<b>Hora Certa</b>	Preparar o medicamento imediatamente antes da sua administração.
	Administra o medicamento na hora certa.
	Antecipação ou atraso da administração somente com o consentimento do enfermeiro ou prescritor.
<b>Dose Certa</b>	Conferir atentamente a dose prescrita para o medicamento.
	Conferir possíveis dúvidas com o prescritor de doses escritas com “zero”, “virgula” e “ponto”.
	Utilizar instrumentos de medida padrão no preparo de medicamentos para medir doses com exatidão (ex: seringas milimetradas).
	Conferir a velocidade de gotejamento, a programação e o funcionamento de bombas de infusão contínua com a prescrição.
	Realizar dupla checagem dos cálculos para preparo e para administração de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância.
	Não administrar medicamentos com orientações vagas, tais como: “fazer se necessário”, “conforme prescrição médica”, ou “ a critério médico”.
	Devolve à farmácia as sobras de medicamentos não administrados.
<b>Registro Certo</b>	Registrar na prescrição o horário da administração do medicamento imediatamente após cada dose.
	Checar o horário da administração do medicamento a cada dose e somente se estar for realizada.
	Registrar em prontuário todas as ocorrências relacionadas aos medicamentos (ex: adiamentos, cancelamentos, desabastecimento,

	recusa do paciente, efeitos colaterais e eventos adversos).
	Registrar eventuais incidentes relacionados a terapia medicamentosa no prontuário e notificar à Gerência de Riscos e ou Núcleo de Segurança do Paciente.
<b>Orientação Certa</b>	Esclarecer dúvidas sobre a prescrição junto ao prescritor antes de administrar o medicamento (ex: inelegibilidade da prescrição, indicação do medicamento, posologia, “fazer se necessário”, “a critério médico”, unidade de medidas utilizadas, forma farmacêutica, via de administração e dose).
	Orientar o paciente e o acompanhante sobre o nome do medicamento administrado, aspecto (cor e formato), justificativa da indicação, frequência com que será administrado e efeitos esperados.
<b>Forma Certa</b>	Checar se o medicamento a ser administrado possui forma farmacêutica (ex: ampola, frasco, comprimido) compatível com a via de administração prescrita e com a condição clínica do paciente.
	Sanar dúvidas relativas á forma farmacêutica junto ao enfermeiro, farmacêutico e prescritor.
<b>Resposta Certa</b>	Avaliar o paciente para identificar, quando possível, se o medicamento teve o efeito desejado.
	Informa ao prescritor e registrar em prontuário todos os efeitos diferentes do esperado (emintensidade e forma) para o medicamento.
	Acompanhar o paciente após administração para verificar se o medicamentos fez o efeito ou até outros indesejáveis. E registrar os parâmetros de monitorização adequados.

Fonte: BRASIL, 2013.

## 5.2 FREQUÊNCIA DAS AÇÕES PARA A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO PROCESSO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS IDENTIFICADOS PELO INSTRUMENTO - ASPAM

Participaram do estudo 24 profissionais. A amostra inicialmente foi constituída de 25 profissionais de enfermagem, porém um foi excluído por estar com o questionário incompleto. Não foi possível atingir o número máximo de profissionais calculado inicialmente de 30 profissionais, por motivos de não disponibilidade de tempo no decorrer do plantão para responder e a não entrega do questionário no prazo acordado.

Os dados obtidos, foram expressos separadamente conforme as divisões de categorias: 1) Variáveis geradoras de riscos relacionadas aos medicamentos (Medicamento Certo, Via Certa, Hora Certa e Forma Certa); 2) Processo de administração de medicamentos (Paciente Certo, Dose Certa, Registro Certo, Orientação Certa e Resposta Certa).

### 5.2.1 Variáveis geradoras de riscos relacionadas aos medicamentos

Os dados obtidos pertinentes à categoria das variáveis geradoras de riscos relacionadas aos medicamentos (Medicamento Certo, Via Certa, Hora Certa e Forma Certa), estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais, segundo a Classificação das variáveis geradoras de riscos relacionadas aos medicamentos

Variáveis geradoras de riscos relacionadas aos medicamentos	Inadequado								Adequado	
	Nunca		Quase Nunca		Às vezes		Quase Sempre		Sempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Medicamento Certo</b>										
2.Confere o nome do medicamento	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	24	100,0
3.Leva o medicamento de forma individual	1	4,2	0	0,0	6	25,0	10	41,6	7	29,2
4.Ordem verbal somente em emergência	4	16,7	0	0,0	5	20,8	8	33,3	7	29,2
5.Confere alergia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	16,7	20	83,3
6.Identifica alergia de forma diferenciada	1	4,2	1	4,2	2	8,3	1	4,2	19	79,2
<b>Via Certa</b>										
7.Confirma via na prescrição	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	24	100,0
8.Verifica se a via é compatível	0	0,0	1	4,1	1	4,2	5	20,8	17	70,8
9.Lava as mãos antes de administrar	0	0,0	0	0,0	4	16,7	7	29,2	13	54,1
10.Utiliza técnicas asséptica antes de administrar	0	0,0	0	0,0	2	8,3	3	12,5	19	79,2
<b>Hora Certa</b>										
11.Prepara a medicação antes da administração	2	8,3	0	0,0	1	4,2	5	20,8	16	66,7
12.Administra o medicamento na hora certa	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	20,8	19	79,2
13.Adéqua os horários de administração dos medicamentos	0	0,0	0	0,0	3	12,5	10	41,7	11	45,8
<b>Forma Certa</b>										
26. Checa se o medicamento é compatível com a via	0	0,0	0	0,0	1	4,2	2	8,3	21	87,5

Fonte: O autor, 2022.

Dentre as 13 variáveis, duas obtiveram resultado satisfatório com o nível de máximo de adequação (100%), para “*Confere o nome do medicamento (I2)*” e “*confirma a via de administração na prescrição (I7)*”.

Para melhor compreensão, abaixo estão dispostos os resultados por domínio para a categoria das variáveis geradoras de riscos relacionadas aos medicamentos. Destaca-se que a sequência numérica dos itens leva em consideração a forma que estão dispostos no questionário (Anexo A).

### **5.2.1.1 Medicamento Certo**

De acordo com a análise do medicamento certo, referente aos itens I2, I3, I4, I5 e I6, o item 2 foi um dos dois itens que apresentaram 100% de adequação na execução desta ação, demonstrando que todos os profissionais da enfermagem que participaram do estudo sempre conferem o nome do medicamento com a prescrição antes de administrá-lo.

Tais resultados são divergentes ao encontrado em um estudo observacional, realizado em um hospital de referência em atendimento de urgência e emergência, em Fortaleza-CE, que constatou para a ação (confirma o nome, forma e dose do medicamento na prescrição antes de administrar), onde em 40 doses (69%) administradas os profissionais confirmaram junto à prescrição médica esses fatores após o preparo, antes de realizar a administração do fármaco. Em 18 doses (31%) administradas os profissionais não confirmaram o nome, forma e dose do medicamento antes de realizar a administração<sup>59</sup>.

Por outro lado, ainda no domínio Medicamento certo, foi obtido a maior proporção negativa (inadequado) identificada na pesquisa, onde os itens I3- *Leva ao leito apenas os medicamentos prescritos a um paciente* e o I4 – *Administra por ordem verbal somente em caso de emergência*, apresentaram resultados significante, cujo percentual foi de apenas 29,2% respectivamente, quanto ao nível de adequação para este item.

Um estudo realizado em uma UTI cirúrgica de um hospital público do estado de Sergipe, observou que a maioria dos erros envolvendo a administração do medicamento estão relacionados à não conferência do medicamento e aglomeração de vários tipos de fármacos em uma única bandeja no momento da administração <sup>18</sup>.

Outro autor também reforça o resultado preocupante desta pesquisa, identificando uma frequência de apenas 54% dos profissionais levam ao leito, apenas medicamentos prescritos a um único paciente<sup>60</sup>.

Fato divergente, foi encontrado no estudo de Camerini<sup>56</sup>, estudo descritivo que utilizou a mesma ferramenta ASPAM em um hospital universitário do Rio de Janeiro, onde 90,65% dos profissionais da enfermagem, afirmaram levar o medicamento ao leito de forma individualizada, resultado este que corrobora com as boas práticas de segurança medicamentosa.

O resultado referente a administração por ordem verbal somente em caso de emergência (14) apresentou um resultado insatisfatório com apenas 29,2% dos profissionais afirmando realizar tal ação. Tal resultado apresentou um percentual baixo, possivelmente houve uma má compreensão do item, levando ao um resultado falso negativo.

A administração de medicamentos deve ser realizada a partir de uma prescrição que poderá ser verbal apenas em casos específicos de urgência. Nessas circunstâncias, o profissional que recebeu a ordem deve repetir o que foi prescrito em voz alta para confirmar o que foi dito antes, e o prescritor deve, assim que possível, registrar a prescrição em formulário<sup>3</sup>.

Estudo descritivo feito por Macedo<sup>60</sup>, através do instrumento ASPAM em um hospital pediátrico no estado de Tocantins, mostrou que uma parcela de 25% dos profissionais administra medicamentos por ordem verbal em casos que não são considerados de urgência, o que mostra uma fragilidade na assistência. Tal fato reforça os resultados dessa pesquisa como alarmantes, visto que 37,5% afirmaram que “nunca” ou “quase nunca” administram só se for emergência.

Importante ainda, que ao realizar o registro dessa ação verbal, o enfermeiro deve indicar que corresponde a uma ordem verbal. Devido ao risco que implicam as prescrições verbais, é estabelecido que são restritas aos casos específicos como situações de emergência <sup>61</sup>.

Em relação à identificação do paciente alérgico de forma diferenciada, alertando toda a equipe, 79,1% (16) responderam que sempre executam tal procedimento. Entretanto, apenas 83,3% (15) dos profissionais conferem se o paciente possui alergia ao medicamento prescrito, falha esta que pode contribuir para a ocorrência de reações graves e potencialmente fatais.

Resultado semelhante foi apresentado por Camerini<sup>56</sup> que identificou que 82,74% dos profissionais conferem se o paciente é alérgico.

### 5.2.1.2 Via Certa

Na análise do domínio via certa (I7, I8, I9 e I10), o item 7 foi o outro item a apresentar um resultado com a maior significância estatística de adequação, onde 100% dos profissionais responderam identificar a via de administração prescrita para o medicamento, porém divergente aos demais itens do domínio que ficaram abaixo de 80%.

Já no item 8- *Verifica se a via prescrita é a tecnicamente recomendada para o medicamento prescrito* (I8), observa-se que 29,2% dos profissionais não fazem essa checagem “sempre”, ou seja, o profissional confia por inteiro na prescrição médica e não checa se essa via é compatível com o medicamento.

Resultado semelhante foi o encontrado por Macedo<sup>60</sup>, ao identificar que 97,5% dos profissionais do seu estudo identificam a via de administração do medicamento. Em contrapartida, diverge quanto a via prescrita é a correta, pois em seu estudo 100% dos profissionais verificam.

Este domínio também identificou quanto à realização do processo de lavagem das mãos antes do preparo e administração de medicamentos (I9), verificou-se que apenas 54,1% dos profissionais executam tal procedimento, e 16,7% as vezes e 29,2% quase sempre, demonstrando que há uma grande fragilidade no desenvolvimento desse procedimento tão importante de higienização das mãos, pois é uma das ações mais eficazes para redução da transmissão de microrganismos causadores de doenças infecciosas. Ademais, apenas 79,2% (I10) relataram que utilizam materiais e técnicas assépticas para administrar medicamentos.

Nesse cenário de fragilidade nessas etapas primordiais para a garantia da qualidade e segurança no processo de preparo dos medicamentos, quanto à isenção de contaminantes, um estudo realizado em um serviço de emergência de um hospital universitário da cidade de São Paulo (SP), reforça os resultados obtidos nesse estudo, pois observou-se a prática de administração de medicamentos pela enfermagem e constatou-se que durante a etapa de administração, as falhas identificadas foram: não higienização das mãos antes da administração (81,1%); não utilização de técnica asséptica na administração (84,8%) e velocidade de administração incorreta (4,0%)<sup>62</sup>.

Dessa forma, o preparo deve ser iniciado utilizando as técnicas assépticas, sendo realizada a desinfecção do material e da bancada. A desinfecção do ambiente e de superfícies, a higienização das mãos, o uso de equipamentos de proteção individual e a desinfecção de ampolas, frascos, pontos de adição dos medicamentos e conexões das linhas de infusão são procedimentos recomendados para a administração de medicamentos injetáveis pela RDC nº 45/2003 da ANVISA e pela CCIH do hospital <sup>63</sup>.

### 5.2.1.3 Hora Certa

No que diz respeito aos erros de horário, este estudo evidenciou, que há uma prática de administração de medicamentos fora do horário recomendado nesta clínica, conforme evidenciado pelos resultados obtidos, onde para os itens (I11) – *Prepara o medicamento imediatamente antes da administração* e item (I12) - *Administra o medicamento na hora certa*, obteve-se uma frequência de execução de 66,7% e 79,2% respectivamente.

Em relação às condutas dos profissionais, quando há atraso no horário da medicação, um estudo descritivo-exploratório realizado em unidades de cuidados intensivos neonatais e pediátricos de um hospital de grande porte de Belo Horizonte, em Minas Gerais, identificou que 119 (81,0%) profissionais alegaram que administram o medicamento com atraso, enquanto 2 (1,4%) afirmaram que pulam o horário e 3 (2,0%) que adiantam o próximo horário da medicação. Ainda, quando detectam algum erro na prescrição médica, 96 (65,3%) responderam que notificam a enfermeira ou a coordenação de enfermagem, 90 (61,2%) notificam o médico de plantão e 1 (0,7%) dos participantes alegaram que tentam resolver sozinhos<sup>64</sup>.

Diante deste contexto, estudo realizado por Macedo<sup>60</sup>, evidenciou para esse mesmo tipo de ação voltada para a Hora certa, que 92,5% dos profissionais dizem preparar o medicamento imediatamente antes de sua administração, fato esse que diverge dos resultados obtidos nessa pesquisa e demonstram que há uma falha quanto á segurança da medicação preparada muito antes do processo de administração. Bem como, 75% dos profissionais administram na hora certa, corroborando com o resultado evidenciado nesta pesquisa, porém ainda demonstra

que estão ocorrendo fatores que poderão estar interferindo na hora certa de administrar os medicamentos.

Os erros de horário foram classificados, como sendo antes ou após 30 minutos do horário prescrito para a administração de medicamentos, tal como preconizado pelo Conselho Nacional de Coordenação para a notificação e prevenção de erros de medicação<sup>65</sup>.

Essa orientação ficou conhecida como “Regra dos 30 minutos” e se aplicava a todos os medicamentos, sem diferenciação entre medicamentos de tempo crítico ou aqueles considerados menos complexos, como suplementos vitamínicos diários<sup>66</sup>. No entanto, em uma pesquisa realizada com 18 mil enfermeiros, os autores observaram que as mudanças ocorridas nos métodos de administração de medicamentos, a complexidade dos cuidados, o número de medicamentos prescritos por paciente e o número de pacientes por enfermeiro tornavam a “Regra dos 30 minutos” de difícil execução. Muitos enfermeiros relataram, nessa pesquisa, que a grande pressão para administrar medicamentos conforme a regra favorecia a ocorrência de erros. Assim, a “Regra dos 30 minutos” passou a ser considerada insegura, exceto quando a administração dentro deste intervalo de tempo se fazia essencial sob a perspectiva clínica

Com base nessa realidade, a “Regra dos 30 minutos” foi atualizada e hoje são utilizadas as seguintes definições: Medicamentos programados: incluem aqueles cujas doses devem ser administradas de acordo com um ciclo de frequência padrão e repetidas (ex.: uma, duas, três ou quatro vezes ao dia; diariamente; semanalmente; mensalmente). Eles podem ser programados conforme um tempo crítico ou não crítico. 1) Medicamentos programados de tempo crítico: são aqueles cujo aprazamento da administração no horário prescrito deve ser seguido rigorosamente. A administração desses medicamentos fora do intervalo de 30 minutos, antes ou depois do horário prescrito, pode causar danos ao paciente<sup>67</sup>. Medicamentos programados de tempo não crítico: são aqueles cuja antecipação ou atraso na administração, desde que respeitado um intervalo específico de 1 ou 2 horas, não apresentam potencial de causar danos ao paciente<sup>68</sup>.

Estudos brasileiros encontraram dados alarmantes em relação a este achado: 57,2% das medicações foram preparadas com mais de uma hora de antecedência à sua administração<sup>56</sup> e até 69,7% dos medicamentos foram administrados na hora errada<sup>69</sup>.

Fato semelhante ao encontrado nesta pesquisa, foi observado no estudo em um hospital na Etiópia em 2018, onde 57,8% dos profissionais da enfermagem responderam ao questionário da pesquisa que não administram os medicamentos no horário certo. Esse achado indica que mais da metade dos medicamentos não foram administrados no horário prescrito. Quando os medicamentos não são administrados no horário programado, o paciente pode desenvolver toxicidade ou resistência aos medicamentos <sup>70</sup>.

O preparo e a administração de medicamentos, muitas vezes, ocorrem em horário incorreto devido à prática frequente de otimizar ou adiantar as atividades, o que deve ser supervisionado e desencorajado, já que medicamentos podem ter comprometimento de sua eficácia quando diluídos muito precocemente e não administrados, além de estarem expostos a contaminação, luz, calor e umidade. Outro fator relevante é o tempo e a duração da ação dos medicamentos, que, quando não administrados no horário correto, podem ficar prejudicados, comprometendo a recuperação do paciente<sup>71</sup>.

Verificou-se ainda que o ajuste de horários de administração dos medicamentos à rotina de uso já estabelecida antes da internação, ou seja, a conciliação medicamentosa não é sempre realizada, ficando enquadrado como uma prática inadequada, visto que apenas 45,8% dos profissionais se preocupam em adequar os horários da administração de medicamentos.

De acordo com o Parecer de número 036/2013 do COREN-SP, que dispõe sobre a competência para aprazamento de prescrição médica, compete somente ao enfermeiro realizar tal ação, considerando-se a responsabilidade envolvida no aprazamento das prescrições médicas, diante da possibilidade de ocorrência de interações medicamentosas, as quais podem vir a prejudicar o processo terapêutico instituído ao paciente<sup>72</sup>.

Segundo Gerônimo (2020), em seu estudo observacional, obteve como resultado para os processos de administração do fármaco de acordo com o horário aprazado, que 12 doses (20,7%) foram administradas de acordo com o horário aprazado, no entanto, 46 doses (79,3%) foram administradas em horário equivocado<sup>59</sup>.

Considerando ainda que, o processo de aprazamento, normalmente é realizado pelos enfermeiros, os resultados alcançados denotam possível

incompatibilidade entre o autorrelato para o desenvolvimento de tal ação e a prática clínica entre técnicos que compuseram a amostra do estudo.

#### 5.2.1.4 Forma Certa

No que diz respeito ao domínio forma certa, verificou-se que a maior parcela dos profissionais (87,5%) assegura que cumprem adequadamente a checagem se o medicamento a ser administrado possui forma farmacêutica compatível com a via de administração do medicamento em sua rotina assistencial.

Estudos realizados no Brasil, também demonstram que há uma preocupação nesta conferência. Macedo<sup>60</sup> identificou em seu estudo que 100% dos profissionais afirmaram que executam tal ação no processo de administração de medicamentos. Fato semelhante ao identificado por Camerini<sup>56</sup>, onde 90,65% dos profissionais realizam a checagem da forma farmacêutica correta com a via prescrita, antes de administrar, demonstrando que essa prática ocorre conforme orientação do protocolo do MS.

#### 5.2.2 Categorias relacionadas ao processo de administração de medicamentos

Os dados obtidos pertinentes à categoria relacionada ao processo de administração de medicamentos (Paciente Certo, Dose Certa, Registro Certo, Orientação Certa, Resposta Certa), estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2– Distribuição dos profissionais, segundo a Classificação das variáveis relacionadas ao processo de administração de medicamentos

Variáveis relacionadas ao processo de administração de medicamentos	Inadequado								Adequado	
	Nunca		Quase Nunca		Às vezes		Quase Sempre		Sempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Paciente Certo</b>										
1. Utiliza no mínimo dois identificadores	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	33,3	16	66,7
<b>Dose Certa</b>										
14. Confere atentamente a dose prescrita	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,2	23	95,8

15. Confere a velocidade de gotejamento e a programação bombas de infusão	0	0,0	1	4,2	3	12,5	1	4,1	19	79,2
16. Realiza dupla checagem	0	0,0	1	4,2	1	4,2	7	29,2	15	62,4
17. Utiliza instrumentos de medida padrão no preparo de medicação	0	0,0	2	8,3	3	12,5	5	20,8	14	58,4
18. Devolve à farmácia as sobras de medicamentos	1	4,2	1	4,2	4	16,7	10	41,6	8	33,3
<b>Registro Certo</b>										
19. Registra na prescrição o horário da administração	0	0,0	1	4,2	1	4,2	2	8,3	20	83,3
20. Registra todas as ocorrências relacionadas aos medicamentos	0	0,0	1	4,2	3	12,5	4	16,6	16	66,7
21. Notifica os eventuais incidentes relacionados aos medicamentos	0	0,0	4	16,7	3	12,5	5	20,8	12	50,0
22. Identifica medicamentos preparados que serão armazenados	2	8,3	2	8,3	1	4,2	5	20,8	14	58,4
23. Monitora a temperatura da geladeira	2	8,3	0	0,0	4	16,7	5	20,8	13	54,2
<b>Orientação Certa</b>										
24. Esclarece as dúvidas da prescrição junto ao prescritor	0	0,0	0	0,0	3	12,5	5	20,8	16	66,7
25. Orienta o paciente e o acompanhante sobre os medicamentos	0	0,0	1	4,2	1	4,2	9	37,4	13	54,2
<b>Resposta Certa</b>										
27. Avalia se o medicamento apresentou o efeito desejado	0	0,0	0	0,0	3	12,5	8	33,3	13	54,2
28. Informa os efeitos diferentes do esperado	0	0,0	1	4,2	3	12,5	4	16,6	16	66,7

Fonte: O autor, 2022.

### 5.2.2.1 Paciente Certo

Os resultados para o domínio paciente certo da administração evidenciaram que apenas 66,7% dos profissionais responderam que sempre (I5) utilizam dois identificadores para confirmar o paciente antes de administrar o medicamento na rotina de cuidados (I1) e 33,3% quase sempre. Conduta esta que é considerada insatisfatória, ainda que não houve resultados para as demais frequências (nunca/quase nunca/ as vezes). Ressalta-se que na instituição pesquisada não existem protocolos ou normas institucionais relacionados à identificação do paciente, sendo

de suma importância à implementação de estratégias para promoção de uma assistência segura.

No estudo observacional de Llapa-Rodrigues<sup>18</sup>, para avaliação do paciente certo, os pacientes foram classificados quanto ao estado de consciência, desta forma, 80,2% (463) apresentaram baixo nível de consciência. Destaca-se que durante a observação deste item, nenhum dos pacientes que não apresentavam rebaixamento do nível de consciência, 19,7% (114), foram questionados acerca de sua identidade por meio de pergunta aberta, demonstrando um baixo índice de adesão ao processo de verificação quanto a identidade do paciente<sup>18</sup>.

Diante deste contexto, outro estudo descritivo realizado com 147 profissionais de enfermagem em Unidades Intensivas neonatais e pediátricas, verificou a frequência das ações realizadas pelos profissionais no processo da administração de medicamentos e constatou-se resultado divergente ao presente estudo, onde 95,2% dos profissionais afirmaram quem sempre confere o nome completo do paciente que irá receber a medicação<sup>64</sup>.

Ainda conforme Llapa-Rodriguez<sup>18</sup>, as falhas na identificação do paciente são responsáveis por uma considerável parcela de erros. Por isso, é importante que os profissionais de enfermagem realizem adesão à colocação da pulseira de identificação e que cada instituição defina um membro preferencial para colocação da pulseira.

Destaca-se que falhas na identificação do paciente são responsáveis por uma considerável parcela de erros. Levantamento realizado pelo Ministério da Saúde brasileiro sugere que nas instituições o uso de identificadores no leito corresponde a 75,9% e o uso de identificadores ou pulseiras no antebraço corresponde apenas a 23,8%<sup>49</sup>.

#### **5.2.2.2 Dose Certa**

A análise referente ao domínio dose certa, contempla 5 itens, que apresentaram variação entre si quanto à adequação na execução das ações para administração do medicamento. O item 14 foi o que apresentou maior proporção de adequação, onde 95,8% responderam que conferem atentamente a dose prescrita para o medicamento, em contra partida temos o item (I18) -*Devolve a farmácia as sobras de medicamentos não administrados*, como a pior frequência de inadequação

desta categoria com apenas 33,3 %, onde dos profissionais afirmaram realizar a devolução, algo importante pois os profissionais admitiram que nunca, quase nunca e as vezes realizam a devolução dos medicamentos não utilizados para a farmácia, demonstrando que há um certo acúmulo de medicações na clínica.

Assim, corroborando com este estudo, Manzo<sup>64</sup>, em uma análise quantitativa com 147 profissionais da enfermagem, verificou que 97,3% dos profissionais sempre realizam a checagem da dose a ser administrada no paciente com a prescrição antes da administração. Destaca-se, ainda, um estudo realizado em hospital universitário de São Paulo apontou para a presença de erro de dose em 2,6% de 303 medicações administradas<sup>73</sup>.

A não devolução de medicamentos não administrados, principalmente quando associada às falhas no processo de registro correto das ações realizadas, pode provocar dúvidas quanto à administração das doses programadas e até mesmo a administração de dupla dosagem do medicamento<sup>54</sup>.

As principais causas de devolução nas instituições hospitalares são decorrentes da não utilização de medicamentos prescritos “se necessário”, “a critério médico”, pacientes com alta hospitalar, transferência de unidade, óbito ou ainda a suspensão do uso do medicamento<sup>74,75</sup>. Assim, a demora na devolução ou a falta de estorno pode gerar um acúmulo de medicamentos nas unidades de internação, favorecendo possíveis desvios ou erros relacionados a esses medicamentos<sup>76</sup>. A devolução desses medicamentos pode evitar riscos na administração de medicamentos nos ambientes hospitalares.

Ainda neste domínio Dose Certa, variáveis relacionadas a conferência do gotejamento e programação de bombas de infusão; dupla checagem para os cálculos para o preparo dos medicamentos potencialmente perigosos e a utilização de instrumentos de medida padrão para garantir a exatidão na dosagem, obtiveram respectivamente, 79,2%; 62,5% e 58,3%. Resultados esses que divergem com os identificados por Macedo<sup>60</sup> que para ambas as práticas evidenciou um índice de 95% de adequação, ressaltando que há uma fragilidade nesses processos executados nesta clínica. Ainda em contrapartida, um resultado peculiar, verificado, para a ação de utilizar instrumentos padrões de medida 8,3% dos profissionais responderam “quase nunca” utilizá-los.

Entre os diversos tipos de erros de medicação, estão os erros de dosagem, que são caracterizados como não conformidades entre a dose prescrita e a dose

administrada, assim a ausência da posologia nas prescrições também podem induzir esses erros, ou propiciar essa ocorrência, comprometendo a qualidade da assistência, sendo um dos erros mais comuns, de acordo com Oliveira<sup>77</sup>.

### 5.2.2.3 Registro Certo

De acordo com os resultados obtidos, para o domínio Registro certo, em seus 5 itens, apenas um obteve nível considerado satisfatório nos procedimentos, sendo o item (I19) – *Registra na prescrição o horário da administração do medicamento imediatamente após cada dose*, os resultados evidenciaram que os profissionais estão executando boas práticas de registro, tendo em vista que 83,3% dos profissionais mencionaram registrar na prescrição o horário da administração do medicamento imediatamente após cada dose, 66,7% relataram que registram no prontuário todas as ocorrências relacionadas ao medicamento (I20), como adiamentos, cancelamentos, desabastecimento, recusa do paciente, efeitos colaterais e eventos adversos.

No que tange o registro certo, identificou-se uma boa adesão conforme relatados pelos profissionais, porém, a pesquisa não aborda como é realizado esse registro, que muitas vezes são incompletos ou inadequados, como relatado em um estudo onde foram relacionados ao cumprimento referente à validação da checagem sem assinatura e/ou carimbo na prescrição, ou até mesmo checagem com apenas um traço no horário da administração de medicamento, sem a respectiva assinatura do responsável. Este erro representou na instituição 45 (40,20%), fato que revela a magnitude da imprecisão do monitoramento dos registros dos técnicos de enfermagem, bem como cumprimento total de suas atividades. Vale também ressaltar, que não houve erro de transcrição e erro de apresentação <sup>78</sup>.

Quando observado o item (I21)- *Registra no prontuário e notifica Gerência de Riscos e ou Núcleo de Segurança do Paciente eventuais incidentes relacionados a terapia medicamentosa*, apenas metade (50%), um resultado importante, em especial quando se verifica que além de apenas metade dos profissionais não realizarem tal ação, este item obteve o maior percentual do escore “quase nunca” dessa categoria, com o resultado de 16,7%. Estas condutas podem estar atreladas à uma falta de conhecimento em identificar o que é um incidente, a instituição não possui Gerência

de Riscos e Núcleo de Segurança do Paciente, ponto importante pois não há uma rotina e protocolos institucionais que incentivem e orientem tais registros.

Resultados semelhantes foram encontrados por Carmerini<sup>56</sup> o qual realizou a soma dos escores “quase sempre” e “sempre”, para a realização do processo de notificação pelos profissionais de um hospital universitário, obtendo mesmo com a soma um percentual de 58,27%, o mesmo estudo identificou esta ação como a maior frequência negativa obtida no estudo (24%; somatório dos escores “nunca” e “quase nunca”).

Em um estudo qualitativo realizado no hospital e maternidade Mae Tete no estado de Natal, observou a importância que os profissionais dão para a notificação de erros na administração de medicamentos, os entrevistados colocaram como fator agravante a falta de conhecimento dos profissionais sobre como proceder em relação à notificação, e também o medo como barreira para não notificarem<sup>79</sup>. Em outro estudo, dentro de um período de 12 meses, foi observado que apenas 14 profissionais (34,1%) preencheram de três a cinco notificações, nove profissionais (22%) informaram ter preenchido de uma a duas notificações e um participante (2,4%) considerou ter preenchido 21 ou mais notificações de eventos adversos e 17 profissionais (41,5%) não notificaram nenhum evento, evidenciando baixas taxas de notificações de eventos adversos levaram os autores a pensar em subnotificações de eventos adversos <sup>80</sup>.

Um outro estudo demonstrou que 70,10% dos erros não são notificados pelos profissionais da equipe de enfermagem, por temerem as possíveis punições. O que demonstra que a questão da notificação ainda está atrelada a cultura punitiva, sendo fundamental salientar que o erro de medicação é uma questão multiprofissional e que envolvem diversas questões, não devendo ser limitado a uma categoria profissional<sup>81</sup>.

Sendo assim, considera-se importante a promoção de reuniões e /ou capacitações para que a equipe seja esclarecida sobre a importância das notificações, pois desta forma poderão ser pensadas estratégias para melhorias no cuidado, além de salientar que as notificações não têm um caráter punitivo<sup>80</sup>.

A necessidade da notificação se justifica na real avaliação dos fatores que podem ter levado ao incidente, possibilitando, assim, a sua prevenção ou minimizando as consequências dos eventos adversos <sup>82</sup>.

O ato de notificar é um instrumento de grande valia, configura medidas de detectar e analisar incidentes ligadas a situações de risco, com ocorrência ou não do

dano. O seu papel é diagnosticar o risco e buscar a qualidade do atendimento, preservando a segurança e a integridade do paciente<sup>83,84</sup>.

A enfermagem de modo geral, permanecer a maior parte da prática assistencial junto ao paciente, e na maioria das vezes, essa exposição frequente acaba contribuindo para ocorrências de erros, onde o desvio de atenção, quadro de pessoal deficiente, sobrecarga de trabalho, comunicação ineficaz entre membro das equipes, falta de liderança e supervisão, configuram os que mais prevalecem. Neste contexto, o planejamento do cuidado visa atingir o paciente em sua totalidade, e a necessidade de liderança, identificação e conhecimento das possíveis causas, são atos de extrema importância<sup>85</sup>.

Para o item 22, sobre a identificação dos medicamentos preparados que serão armazenados, o estudo identificou que os profissionais não estão realizando satisfatoriamente tal processo, visto que, apenas 58,3% afirmaram realizar. Outro estudo, este realizado em um hospital sentinela, apresentou resultado divergente, pois obteve um nível de adequação para esta prática de 97%, um percentual alto em comparação a este estudo. O registro dos medicamentos faz parte da rotina dos profissionais de enfermagem, além de apresentarem chances de falhas no processo de medicamentoso em todas as etapas<sup>86</sup>.

A clínica obstétrica do hospital analisado neste estudo, possui na sala de parto uma geladeira para o armazenamento da medicação ocitocina 5UI/ml, medicação está termolábil que precisa ficar refrigerada, visto isso, somente os profissionais que ficam de plantão neste setor tem contato e realizam o registro das temperaturas a cada troca de plantão. É possível que este fato reforce os valores obtidos para o registro certo do monitoramento da temperatura de apenas 54,2%.

O registro correto da administração de medicamentos assegura que o tratamento siga corretamente, por tanto, é importante registrar na prescrição o horário correto e checá-lo a cada dose, e relatar qualquer ocorrência relacionada aos medicamentos, como por exemplo: necessidade de adiantamento, cancelamento, recusa do paciente a receber medicação ou motivo da não medicação<sup>49</sup>.

#### **5.2.2.4 Orientação Certa**

Dos resultados apresentados para o domínio orientação certa, constatou-se que no item 24 que esclarece sobre dúvidas relacionadas à ilegibilidade da prescrição,

indicação do medicamento e posologia antes de administrar o medicamento, 20,8% dos profissionais afirmam que “quase sempre” procuram o prescritor para esclarecer as dúvidas, 12,5% destes somente “as vezes”, ficando então somente 66,7% preocupados em sanar todas suas dúvidas para poder orientar o paciente e o acompanhante. Estes resultados tem como resposta o próximo item, sobre o qual o profissional deve orientar o paciente e o acompanhante sobre o medicamento administrado e a justificativa da indicação, frequência com que será administrado e os efeitos esperados, onde constatou-se que apenas 54,2% dos profissionais realizam tal orientação, possivelmente por não terem conhecimento e não ter ido esclarecer com o prescritor as dúvidas, conforme demonstrado no item 24.

O paciente deve estar ciente das informações referentes ao medicamento, assim é necessário esclarecer qual medicamento será administrado, sua indicação, posologia, efeitos esperados e a frequência que será administrada, entre outros questionamentos que possam surgir <sup>3</sup>.

#### **5.2.2.5 Resposta Certa**

Para o último domínio, resposta certa, os resultados para o item (I27) - *Avalia o paciente para identificar, quando possível, se o medicamento teve o efeito desejado*, e o item (I28) - *Informa ao prescritor todos os efeitos diferentes do esperado para o medicamento*, apresentaram percentuais de 54,2% e 66,7% respectivamente. Dados estes, que apontam para uma otimização do processo, em virtude de os resultados apontarem para um desenvolvimento insatisfatório do processo.

Um estudo observacional realizado em um hospital pediátrico do Ceará, identificou que 93,4% dos profissionais monitoram o paciente após a administração da medicação, e 89,5% registram as queixas e/ou reações adversas apresentadas pelo paciente, caracterizando as duas ações como realizadas de forma seguras, enquanto que a ação de orientar o paciente/ acompanhante apenas 57,8% foi executada de maneira sofrível <sup>87</sup>.

Monitorar o paciente após administrar o medicamento e verificar se este medicamento teve o efeito desejado são ações complementares e quando não desempenhadas corretamente pelos profissionais de enfermagem, fragilizam o alcance do efeito terapêutico da terapia medicamentosa, podendo o paciente

apresentar efeitos adversos aos desejados e a ação rápida do profissional diante desse evento beneficia o paciente <sup>88</sup>.

Assim, é imprescindível que a equipe de enfermagem, durante a terapêutica medicamentosa, observe e avalie sistematicamente o cliente quanto às possíveis incompatibilidades farmacológicas, reações indesejadas, bem como interações medicamentosas, no intuito de mitigar os riscos aos clientes<sup>89</sup>.

A comunicação ao paciente é necessária para que ocorra o esclarecimento de questionamentos quanto ao motivo da indicação do fármaco, sua posologia e demais informações necessárias, o que pode auxiliar na prevenção de eventos adversos<sup>49</sup>.

### **5.2.3 Frequência dos Escores “Nunca”, “Quase Nunca” e “Às vezes”**

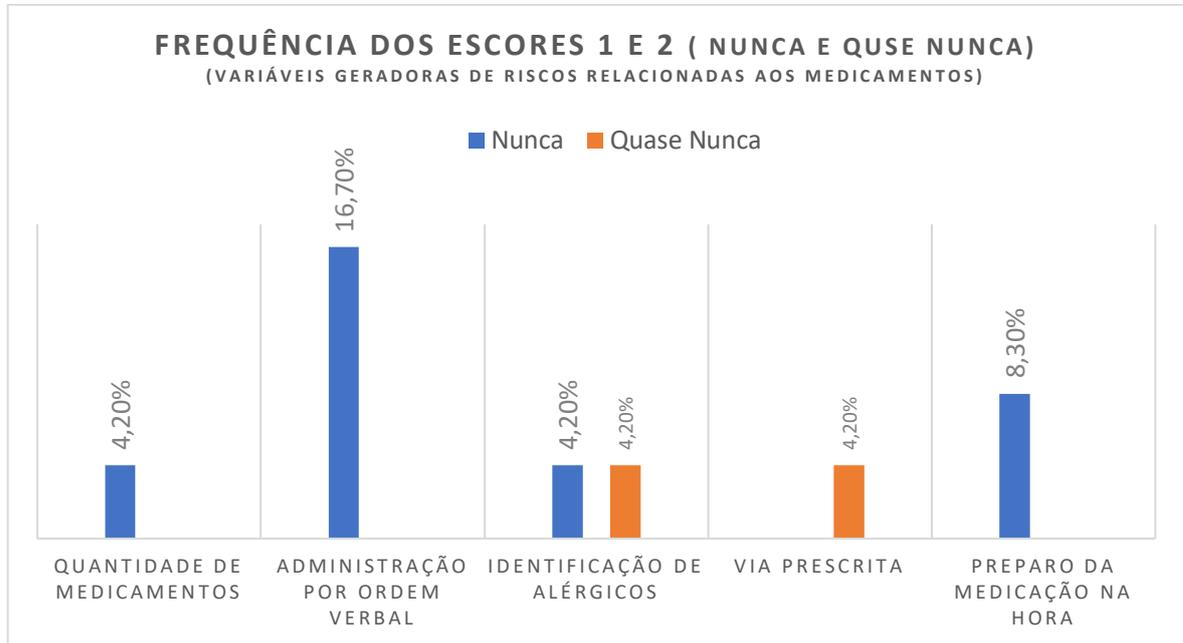
Como visto anteriormente, as questões do instrumento foram organizadas em domínios baseados nos 9 certos da administração de medicamentos e divididas pelas categorias de variáveis geradoras de riscos relacionadas aos medicamentos (Medicamento Certo (I3, I4, I5, I6); Via Certa (I7, I10), Hora Certa (I13) e Forma Certa (I26)) e a categoria variáveis relacionadas ao processo de administração de medicamentos (Paciente Certo (I1); Dose Certa (Q16, Q18); Registro Certo da Administração (I19, I21, I22, I23); Orientação Certa (I24, I25), e Resposta Certa, (I27, I28).

Nesse sentido, os domínios que apresentaram como respostas, nunca (escore 1), quase nunca (escore 2) às vezes (escore 3), quase sempre (escore 4) por categoria estão apresentados nos gráficos abaixo por categoria para facilitar visualização.

Os gráficos 1, 2 e 3 representam a primeira categoria, sendo as variáveis geradoras de riscos relacionadas aos medicamentos

O gráfico 1 mostra as questões que tiveram como resposta, os escores “nunca” (1) e “quase nunca” (2), sendo que “nunca” teve maior frequência no item 3 e “quase nunca” foi mais constante nos itens I6 e I8 com mesma frequência.

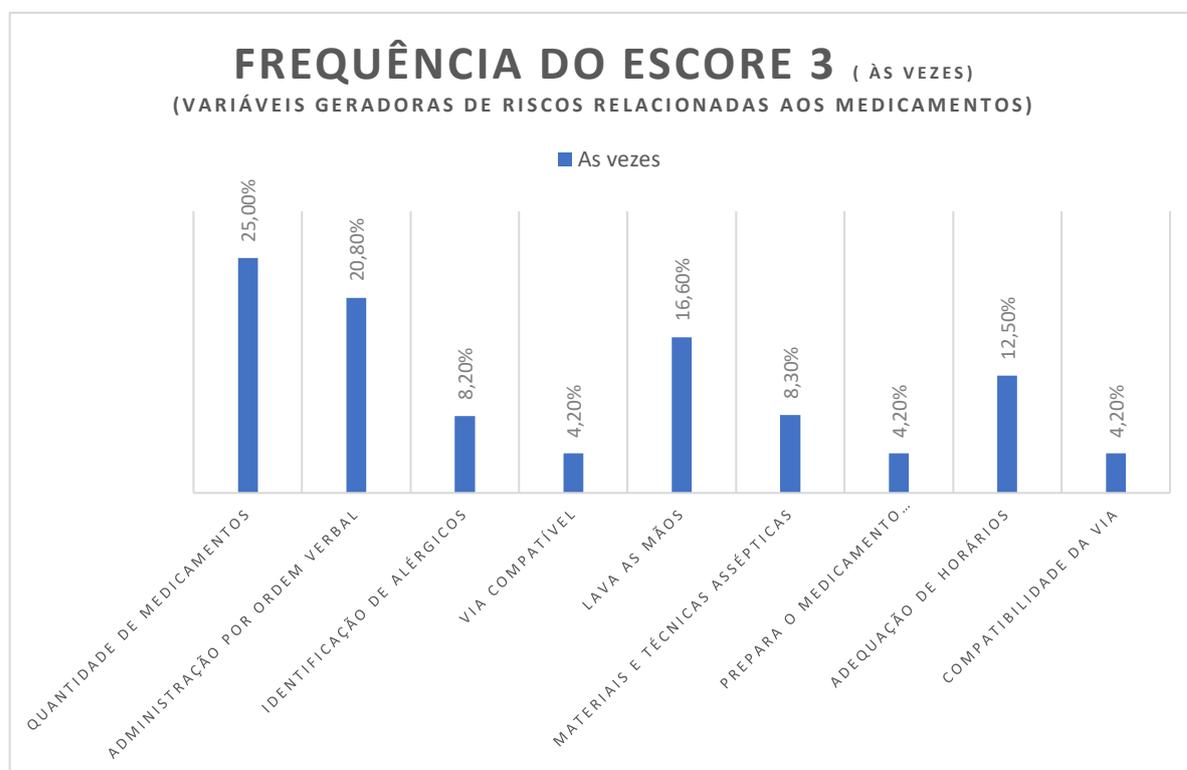
Gráfico 1 - Questões relacionadas à pior avaliação feita por enfermeiros e técnicos de enfermagem sobre a implementação de práticas seguras para administração de medicamentos para a categoria com as variáveis geradoras de riscos relacionadas aos medicamentos



Fonte: O autor, 2022.

A seguir, observa-se por meio do gráfico 2, a frequência de uso do escore “às vezes” (3) que, como um indicador regular, foi o mais usado no item 3, relacionado à quantidade de medicamentos levados ao leito de um único paciente, no item 4 referentes à administração de medicamentos por ordem verbal somente em casos de emergência.

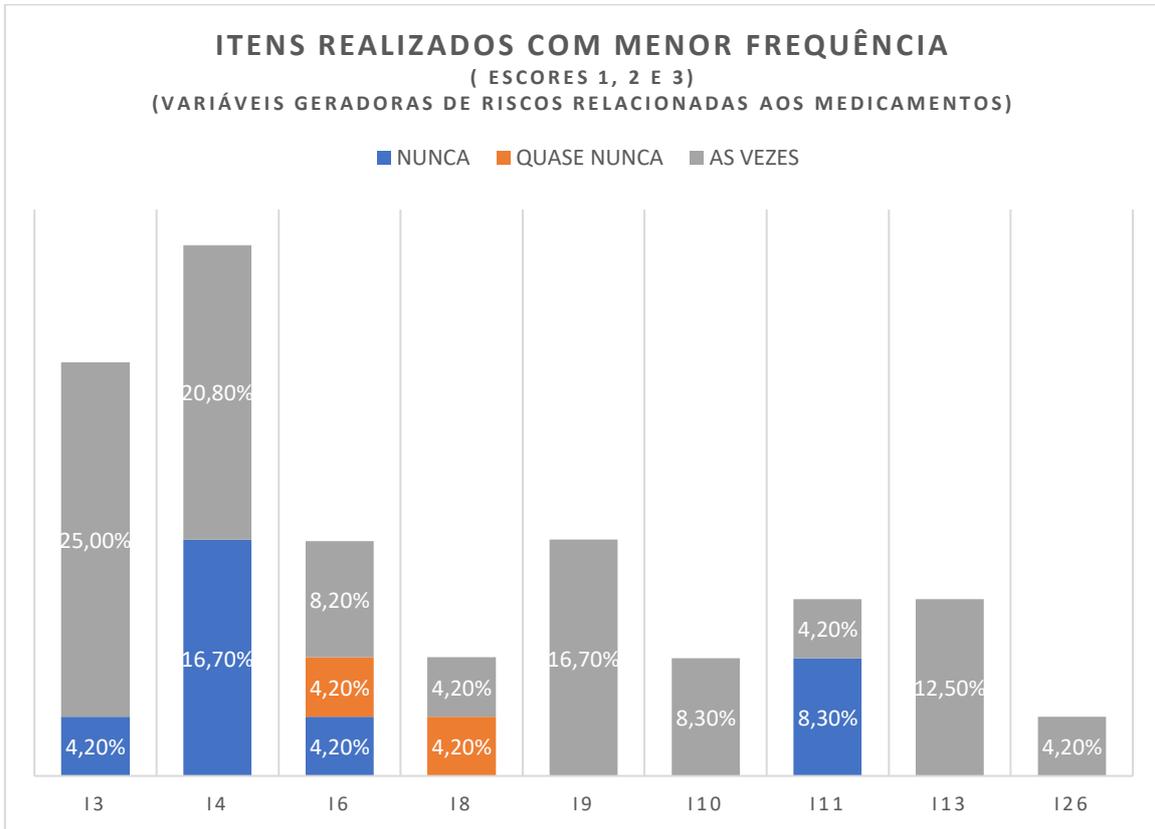
Gráfico 2 - Questões relacionadas à pior avaliação feita por enfermeiros e técnicos de enfermagem sobre a implementação de práticas seguras para administração de medicamentos para a categoria com as variáveis geradoras de riscos relacionadas aos medicamentos.



Fonte: O autor, 2022.

No gráfico 3 é possível observar os itens que tiveram maior frequência nos escores mais baixos (nunca, quase nunca e às vezes) e que, portanto, obtiveram menor porcentagem no escore 5 (sempre). Destaca-se os itens I3, I4, I6 e I9 que obtiveram maior porcentagem de profissionais nos escores apresentados, sendo 29,2%, 37,5%, 16,6% respectivamente a somatória das porcentagens em cada escore. Além desses, destaca-se também I11 e I13, que tiveram porcentagem total em cada item de 12,50% respectivamente.

Gráfico 3 - Itens com menor frequência para os escores 1, 2 e 3 agrupados para a categoria com as variáveis geradoras de riscos relacionadas aos medicamentos

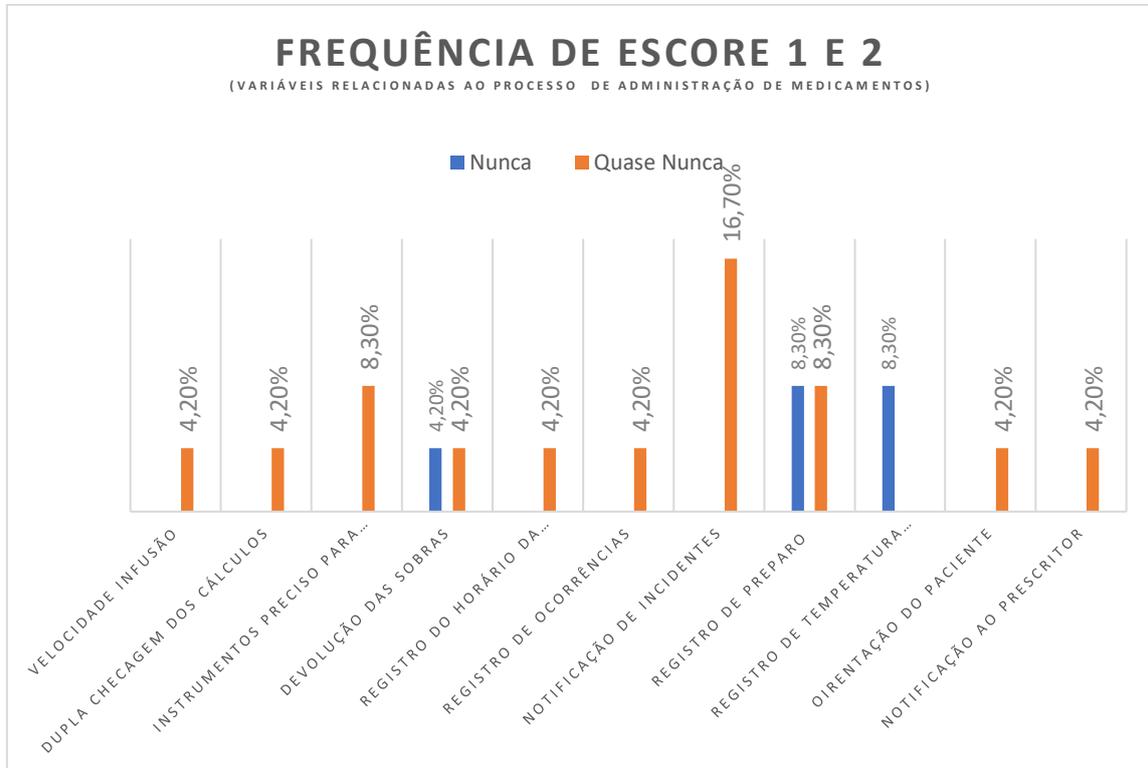


Fonte: O autor, 2022.

Os gráficos 4, 5 e 6 representam os dados da segunda categoria, sendo estas as variáveis relacionadas ao processo de administração de medicamentos.

O gráfico 4 mostra as questões que tiveram como resposta, os escores “nunca” (1) e “quase nunca” (2), sendo que “nunca” teve maior frequência nos itens I22 e I23 e “quase nunca” foi mais constante no item I21.

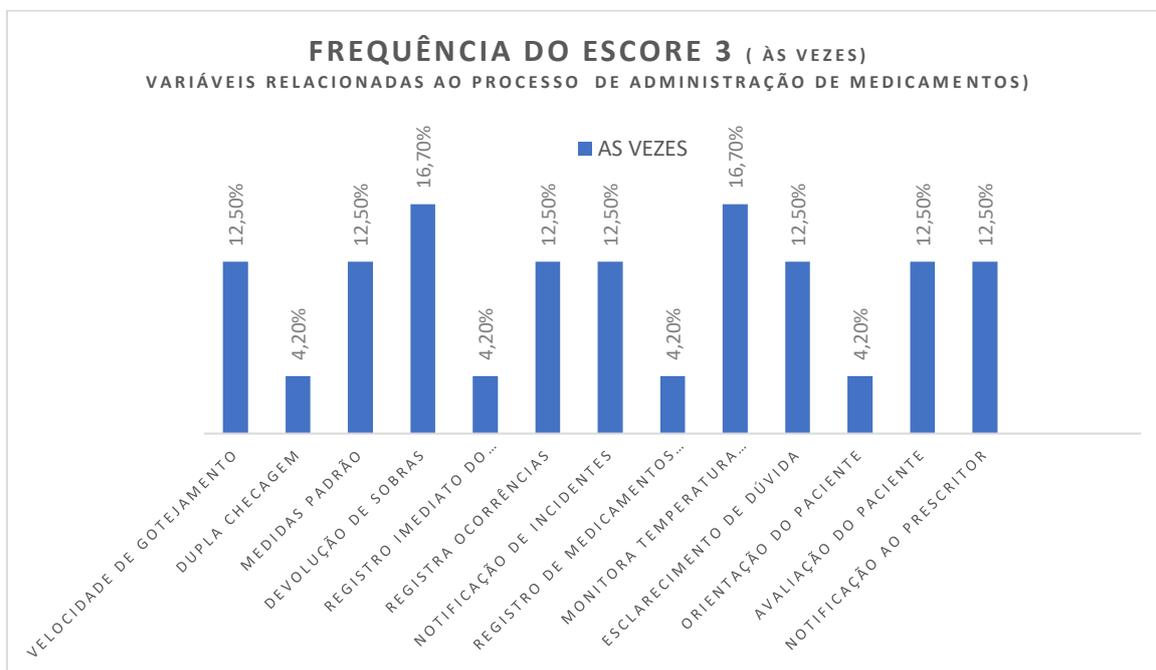
Gráfico 4 - Questões relacionadas à pior avaliação feita por enfermeiros e técnicos de enfermagem sobre a implementação de práticas seguras para administração de medicamentos para a categoria com as variáveis relacionadas ao processo de administração de medicamentos.



Fonte: O autor, 2022.

Para o gráfico 5, apresentou-se a frequência de uso do escore “às vezes” (3) que, como um indicador regular, foi o mais usado no item 18 relacionado devolução de sobres de medicamentos a farmácia, no item 123 referentes ao monitoramento de temperatura da geladeira de medicamentos termolábeis.

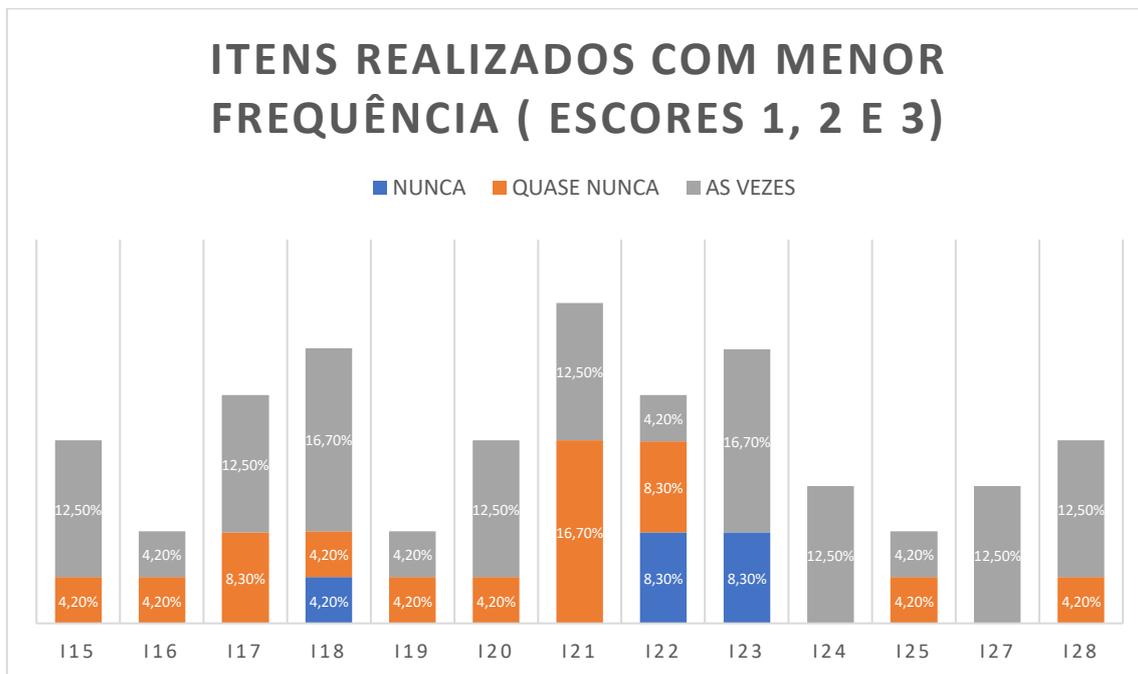
Gráfico 5 - Questões relacionadas à pior avaliação feita por enfermeiros e técnicos de enfermagem sobre a implementação de práticas seguras para administração de medicamentos para a categoria com as variáveis relacionadas ao processo de administração de medicamentos.



Fonte: O autor, 2022.

E concluindo o a segunda categoria, o gráfico 6 demonstra os itens que tiveram maior frequência nos escores mais baixos (nunca, quase nunca e às vezes) e que, portanto, obtiveram menor porcentagem no escore 5 (sempre). Destaca-se os itens **13** (Leva ao leito apenas os medicamentos prescritos a um único paciente), **14** (Administra medicamento por ordem verbal somente em caso de emergência), **16** (Identifica o paciente alérgico de forma diferenciada com pulseira e aviso em prontuário, alertando toda a equipe) e **19** (Lava as mãos antes do preparo e administração de medicamentos) que obtiveram maior porcentagem de profissionais nos escores apresentados, sendo 29,2%, 37,5%, 16,7% respectivamente a somatória das porcentagens em cada escore. Além desses, destaca-se também I11 (Prepara o medicamento imediatamente antes da sua administração) e I13 (Adéqua os horários de administração dos medicamentos à rotina de uso já estabelecida antes da internação), que tiveram porcentagem total em cada item de 12,50% respectivamente.

Gráfico 6 - Itens com menor frequência para os escores 1, 2 e 3 agrupados para a categoria com as variáveis relacionadas ao processo de administração de medicamentos.



Fonte: O autor, 2022.

### 5.3 DISTRIBUIÇÃO DAS AÇÕES PARA CADA DOMÍNIO DO PROCESSO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS SEGUNDO A AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

Na análise do desempenho das ações pelos profissionais, será apresentada por domínio de forma direta, conforme a sequência do questionário (Anexo A), sem divisão por variáveis.

Constatou-se diante dos domínios observados pelo instrumento de medida ASPAM, que apenas 12 ações de 28 analisadas, foram desenvolvidas de forma satisfatória, como apresentado na Matriz de Desempenho no quadro 3.

Quadro 3 – Matriz de Desempenho dos profissionais da clínica obstétrica quanto a autoavaliação no processo de administração de medicamentos

DOMÍNIO	ITEM	DESCRIÇÃO DO VALOR OU PONTO DE CORTE	PONTUAÇÃO ADEQUADA AFERIDA NO ITEM	DESEMPENHO (%)
Paciente Certo	I1	≥ 70 %	66,7%	INSATISFATÓRIO
Medicamento Certo	I2	≥ 70 %	100,0%	SATISFATÓRIO
	I3	≥ 70 %	29,2%	INSATISFATÓRIO
	I4	≥ 70 %	29,2%	INSATISFATÓRIO
	I5	≥ 70 %	83,3%	SATISFATÓRIO
	I6	≥ 70 %	79,2%	SATISFATÓRIO
Via Certa	I7	≥ 70 %	100,0%	SATISFATÓRIO
	I8	≥ 70 %	70,8%	SATISFATÓRIO
	I9	≥ 70 %	54,1%	INSATISFATÓRIO
	I10	≥ 70 %	79,2%	SATISFATÓRIO
Hora Certa	I11	≥ 70 %	66,7%	INSATISFATÓRIO
	I12	≥ 70 %	79,2%	SATISFATÓRIO
	I13	≥ 70 %	45,8%	INSATISFATÓRIO
Dose Certa	I14	≥ 70 %	95,8%	SATISFATÓRIO
	I15	≥ 70 %	79,2%	SATISFATÓRIO
	I16	≥ 70 %	62,5%	INSATISFATÓRIO
	I17	≥ 70 %	58,3%	INSATISFATÓRIO
	I18	≥ 70 %	33,3%	INSATISFATÓRIO
Registro Certo	I19	≥ 70 %	83,3%	SATISFATÓRIO
	I20	≥ 70 %	66,7%	INSATISFATÓRIO
	I21	≥ 70 %	50,0%	INSATISFATÓRIO
	I22	≥ 70 %	58,3%	INSATISFATÓRIO
	I23	≥ 70 %	54,2%	INSATISFATÓRIO
Orientação Certa	I24	≥ 70 %	66,7%	INSATISFATÓRIO
	I25	≥ 70 %	54,2%	INSATISFATÓRIO
Forma Certa	I26	≥ 70 %	87,5%	SATISFATÓRIO
Resposta Certa	I27	≥ 70 %	54,2%	INSATISFATÓRIO
	I28	≥ 70 %	66,7%	INSATISFATÓRIO

Fonte: O autor (2022).

Diante do contexto apresentado no quadro 1, quanto à análise das respostas relacionadas à avaliação da segurança do paciente na administração de medicamentos, foi possível identificar que os profissionais referiram desempenhar insatisfatoriamente (frequência de adequação inferior a 70%) dezessete ações, quais sejam: Utilizar no mínimo dois identificadores (nome completo, data de nascimento ou número do prontuário) para confirmar o paciente antes administrar medicamentos (I1; 66,70%); Levar ao leito apenas os medicamentos prescritos a um único paciente (I3; 29,2%); Realizar a administração verbal somente em casos de emergência (I4; 29,2%); Lavar as mãos antes do preparo e administração de medicamentos (I9; 54,1%); Preparar a medicação antes da administração (I11; 66,7%) ; Adequar os horários de administração dos medicamentos à rotina de uso já estabelecida antes da internação (I13; 45,8%); Realizar dupla checagem dos cálculos para preparo e para administração de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância (I16; 62,5%); Utilizar instrumentos de medida padrão no preparo de medicamentos para medir doses com exatidão (ex: seringas milimetradas) (I17; 58,3%); Devolver à farmácia as sobras de medicamentos não administrados (I18; 33,3); Registrar todas as ocorrências relacionadas aos medicamentos (I20 ; 66,7%); Registrar em prontuário e notificar à Gerência de Riscos e/ou Núcleo de Segurança do Paciente os eventuais incidentes relacionados à terapia medicamentosa (I21; 50%); Manter registro adequado de medicamentos preparados que serão armazenados (com data e horário da manipulação, concentração do medicamento, nome do responsável pelo preparo e validade) (I22; 58,3%); Monitorar a temperatura da geladeira de acondicionamento de medicamentos, registrando os valores máximo e mínimo diariamente (I23; 54,2%); Esclarecer dúvidas sobre a prescrição junto ao prescritor antes de administrar o medicamento (I24; 66,7%); Orientar o paciente e o acompanhante sobre o nome do medicamento administrado, aspecto (cor e formato), justificativa da indicação, frequência com que será administrado e efeitos esperados (I25; 54,2%); Avaliar o paciente para identificar, quando possível, se o medicamento teve o efeito desejado (I27; 54,2%); Informar ao prescritor todos os efeitos diferentes do esperado (em intensidade e forma) para o medicamento (I28; 66,7%).

Tais resultados ficam mais evidentes no gráfico de pizza abaixo (gráfico 5), que demonstra que mais da metade (57%) das ações avaliadas foram classificadas como insatisfatórias do ponto de vista de desempenho dos profissionais nestes processos, caracterizando um cenário com fragilidades e falhas na segurança e no

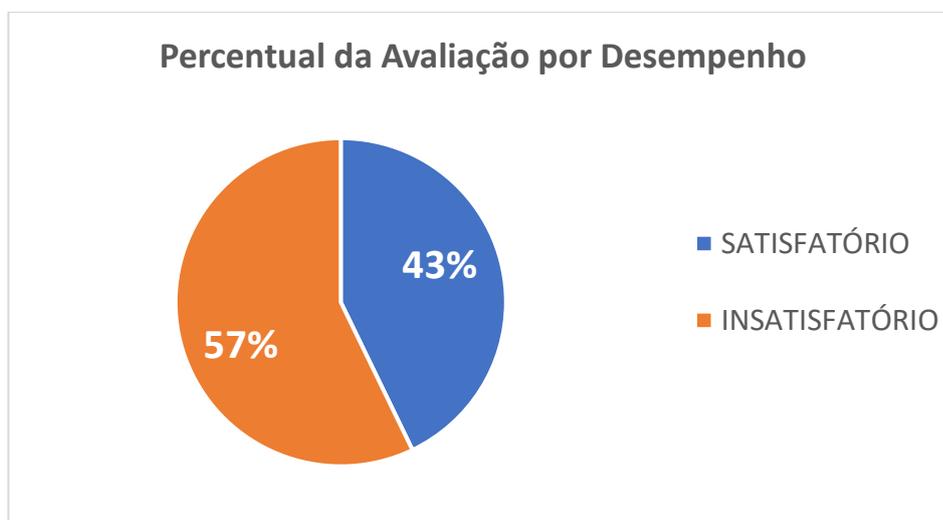
cuidado para com o paciente nos processos tanto relacionados aos medicamentos, propriamente ditos, como ao processo de administração dos mesmos. Há um prejuízo na segurança das ações prestadas pelos profissionais nesta clínica, colocando o paciente frente a um risco iminente de erro de administração, onde para as ações com nível de insatisfatoriedade abaixo de 70% revela uma assistência indesejável ou até mesmo sofrível ao paciente.

A sobrecarga de trabalho, o uso demasiado das tecnologias, podem distrair o profissional, dificultando a execução de um trabalho seguro. Além disso, a falta de protocolos assistenciais e da padronização de alguns procedimentos são dificuldades vivenciadas pelos profissionais de saúde<sup>90</sup>.

A qualidade da atenção hospitalar está diretamente relacionada à qualidade da assistência prestada pelos profissionais que desempenham suas atividades nesse cenário. Nesse sentido, a educação permanente em saúde nos hospitais, traz consigo a importância de melhorar a assistência em saúde, através da interação entre os atores que compõem esse cenário, como gestores, profissionais e pacientes, para a construção de novos conhecimentos ou da reformulação de outros antes evidenciados e que o trabalho em saúde demanda a permanente articulação de saberes e práticas profissionais com vistas a construir um modelo de saúde mais integral<sup>91</sup>. Dentro da equipe de saúde, o enfermeiro, configura-se um ator importante no processo de transição e reestruturação dos serviços, uma vez que possui formação gerencial e está constantemente envolvido nas ações que abrangem a inclusão do paciente nos cuidados de saúde, o aperfeiçoamento da equipe de enfermagem, a integração da equipe multiprofissional, a humanização do cuidado, a segurança do paciente, a qualidade da assistência por meio de práticas de educação permanente<sup>92</sup>.

Segundo Souza<sup>92</sup> a administração de medicamentos é o processo em que há a maior participação da equipe de enfermagem e, por isso, destaca-se a imprescindibilidade do enfermeiro, como gestor do cuidado, sendo imprescindível conhecer políticas públicas voltadas à segurança do paciente, medidas de prevenção e redução de erros e custos. Vale lembrar também que fazer a gestão do sistema de medicação requer planejamento e avaliação contínua da qualidade para que todos os pacientes tenham resguardado seu direito a não sofrer danos.

Gráfico 7 – Percentual de profissionais que executam de maneira satisfatória as ações para a promoção da segurança do paciente, com base na análise por item observada no instrumento de medida utilizado.



Fonte: O autor (2022).

#### 5.4 INSTRUMENTO ASPAM COMO RECURSO TECNOLÓGICO PARA IDENTIFICAÇÃO DAS CONDIÇÕES GERADORAS DE RISCOS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

Conforme as análises apresentadas nos resultados acima, o instrumento ASPAM, foi capaz de identificar com base no autorrelato dos profissionais que executam as ações, que seus desempenhos podem levar a riscos para a segurança do paciente. Algumas dificuldades foram encontradas como o condicionamento da abordagem a rotina do profissional e a adesão de alguns profissionais em valorizar e aderir à pesquisa.

O desenvolvimento do estudo com a aplicação deste recurso tecnológico (instrumento ASPAM), apresentou vantagens e desvantagens. Como vantagens: disposição das questões estão adequadas, seguindo a sequência lógica de assunto conforme apresentado no protocolo de SP, mantendo a linha de raciocínio com base nas divisões dos domínios dos “Certos das Medicacões”; a maior parte das questões

são de fácil compreensão, alguns profissionais sentiram dificuldade de compreensão em algumas questões, porém em virtude de não ser uma atividade que é recorrência na rotina, como exemplo a item I15 “*Confere a velocidade de gotejamento, a programação e o funcionamento de bombas de infusão continua com a prescrição*”, tal situação pode ter gerado um viés nas respostas; a partir da análise do questionário foi possível descobrir padrões de ações e comportamentos que já são culturais do local, como exemplo: o item I18“ *Devolve a farmácia as sobras de medicamentos não administrados*”, os profissionais já possuem o hábito de não devolver; todas as questões apresentadas no questionário foram úteis e necessárias para se compreender de forma integra como está ocorrendo as ações de promoção de segurança do paciente no setor, inclusive influenciaram os profissionais a refletir suas ações; as questões foram apresentadas de forma clara e neutra sem influência nas respostas e contemplou todos os parâmetros que foram identificados na Política de Segurança do Paciente para a administração de medicamentos; a apresentação do layout em forma de quadro foi expresso de forma uniforme, simples e claro, facilidade na sequência de leitura e respostas; os campos para a marcação das respostas foram apresentados com um espaço bom e suficiente para marcação; facilidade no processo de contabilização e análise.

Como desvantagens: por ser um instrumento impresso, dependendo da demanda do setor, o profissional acaba não tendo tempo pra responder, e mesmo ficando o instrumento disponível do setor, eles acabam não se disponibilizando a responder. Uma alternativa seria torná-lo digital e distribuí-lo ao público-alvo virtualmente, contendo uma página inicial com as orientações que facilitariam a conscientização dos respondentes, pois às vezes estes não conseguiam acompanhar as orientações em virtude da demanda de trabalho. Outra situação que gerou um certo descontentamento é o fato dele ser um pouco longo, apresentando duas páginas; por isso, a segunda página acabou ficando sem cabeçalho, dificultando o respondente na hora de responder, pois este tinha que retornar a cada questão da página inicial para não errar o local da sua resposta; o questionário apresenta uma pequena dificuldade de gravar a definição dos scores, fazendo que o respondente retorne a legenda algumas vezes, mas nada que impacte nas respostas.

Apesar das limitações o instrumento ASPAM, se mostrou com importantes vantagens e capaz de identificar as condições geradoras de riscos para as gestantes hospitalizadas na clínica obstétrica, oferecendo subsídios que contribuem para

compreender a relação entre os erros e hábitos da organização do trabalho, visando a melhoria da qualidade da assistência prestada, no processo de administração de medicamentos, e assim promover a segurança do paciente.

## **6 CONCLUSÃO**

Por meio deste estudo, conseguimos alcançar o propósito de reconhecer parâmetros de segurança através da aplicabilidade do instrumento ASPAM. O instrumento é válido e se encaixa ao objetivo de avaliação como linha de base para início de uma rotina de avaliação de segurança do paciente na clínica obstetrícia. Através dele foi possível identificar as condições geradoras de riscos aos pacientes hospitalizados e quais ações são realizadas ou não pela enfermagem para a promoção da segurança do paciente, demonstrando ser um instrumento útil, acessível e prático para utilização nesse tipo de pesquisa.

Denota-se que o processo de cuidado a saúde do paciente envolvido nesse processo de administração de medicamentos nesta clínica, encontra-se em fragilizado no que diz respeito ao SP. É nítido a percepção que os profissionais tem a preocupação e o cuidado com as ações que geram riscos relacionados aos medicamentos, porém quando se olha para as variáveis relacionadas ao processo propriamente dito da administração de medicamentos há uma falha grave, com exposição do paciente a incidentes, e prejuízos relacionados ao processo.

Há diversos fatores que contribuem para este baixo índice de adequação aos parâmetros instituídos pelo protocolo do MS. Entre eles o fato da instituição não possuir um procedimento operacional padrão para orientação da rotina e do processo de administração de medicamentos, bem como, não haver implantado o Núcleo de Segurança do Paciente, que tem como objetivo trabalhar ações que promovam a segurança e o cuidado ao paciente dentro da instituição. Quando se pensa em erros de administração, há que se buscar estratégias para evitá-los. Este trabalho propõem algumas intervenções que ajudariam a melhorar a segurança do paciente, destacam-se além da implantação de um NSP, e a implantação do protocolo de administração de medicamentos, intervenções relacionadas ao sistema como: prescrição eletrônica, dimensionamento de pessoal, instituição de sistema de dispensação de dose unitária de medicamentos, presença do farmacêutico nas unidades, uso de pulseiras para

identificação do paciente, identificação do paciente alérgico através de adesivos diferenciados, sistema e/ou formulário próprio para notificação de incidentes, elaboração e divulgação da lista de medicamentos padronizados e suas possíveis interações . Intervenções relacionadas ao fator humano: estratégias educacionais como: treinamento da equipe e educação permanente, realização de campanhas, elaboração de manuais explicativos, criação de comissão multidisciplinar envolvida com a prevenção e redução dos eventos adversos aos medicamentos, presença efetiva/maior participação do enfermeiro nos processos, melhor comunicação entre os elos: médico, farmácia e enfermagem, comunicação efetiva e eficaz com o paciente (empoderamento do paciente), evitar estoques de medicamentos na unidade, desenvolver ações corretivas apropriadas, implementando essas ações que mudem a cultura de culpabilização, onde o profissional perca o medo de ser considerado culpado, medo de ser estigmatizado, medo de ser considerado incompetente pelos colegas de trabalho, medo de ações disciplinares, medo de perder o emprego, e notifique erros cometidos, e até dificuldades encontradas no setor. Além de criar um ambiente onde o profissional possa ter um espaço para o diálogo, para discussão, reflexão e análise das práticas desenvolvidas, onde haja valorização e comprometimento do mesmo.

Ressalta-se, que esta pesquisa visa demonstrar aos gestores da instituição, a necessidade de direcionar ações como as citadas acima, que promovam impacto significativo na redução de Eventos adversos a medicamentos e utilizar tal instrumento de medida como parte do processo avaliação da segurança do paciente, de modo garantir a verificação de situações preditivas de risco, direcionar ações de correção e promover a segurança no serviço.

E direcionar pesquisas relacionadas a segurança do paciente, no contexto da administração de medicamentos para que possam ser ampliadas cada vez mais, com o auxílio de instrumentos de medida válidos e eficazes como o ASPAM.

Almeja-se que o este estudo proporcione elementos relevantes para subsidiar novos estudos, discussões e mudanças na unidade, voltadas a prática segura do processo de administração de medicamentos.

## **7 RELATÓRIO TÉCNICO**

Como produto técnico, foi realizado uma oficina para apresentação dos resultados obtidos na pesquisa, e elaboração de propostas para melhorias. Os convidados para oficina, foram a alta gestão do hospital e os profissionais envolvidos na pesquisa.

A apresentação se deu de forma expositiva dos resultados através Power Point, com auxílio de um DataShow. Os participantes interagiram a cada resultado obtido, de modo reflexivo de como estava o cenário atual do hospital. A partir desses levantamentos foi elaborado o relatório técnico com as propostas e entregue a direção de forma impressa.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde (OMS). Relatório Técnico. Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Paciente [internet]. Lisboa: WHO; 2011 [citado 01 abr 2021]. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO\\_IER\\_PSP\\_2010.2\\_por.pdf;jsessionid=340E87FD9BF770EA0A06D2C2167BFFD7?sequence=4](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_por.pdf;jsessionid=340E87FD9BF770EA0A06D2C2167BFFD7?sequence=4)
2. Organização Mundial da Saúde (OMS). Plano de ação global para a segurança do paciente 2021-2030: Em busca da eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde [internet]. Genebra: OMS; 2002 [citado 01 out 2021]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/plano-de-acao-global-para-a-seguranca-do-paciente-2021-2030-traduzido-para-portugues/view>
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 01 de abril 2013. Diário Oficial da União [Internet]. 01 abr 2013 [citado 05 dez 2020]; (62 seção1): 1. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)
4. Ministério da Saúde (BR). Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. 46 p.
5. Sousa LAO, Fonteles MM, Monteiro MP, Mengue SS, Bertoldi AD, Pizzol TSD, et al. Prevalência e características dos eventos adversos a medicamentos no Brasil. Cad Saúde Pública [internet]. 29 mar 2018 [citado 01 abr 2021]; 34(4): 1-14. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000405005&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000405005&lng=pt&tlng=pt)
6. Vilela RPB, Pompeo DA, Jericó MC, Werneck AL. Custo do erro de medicação e eventos adversos à medicação na cadeia medicamentosa: uma revisão integrativa. Jornal Brasileiro de Economia da Saúde. 2018; 10(2): 179-189.
7. Nascimento CCP, Toffoletto MC, Gonçalves LA, Freitas W das G, Padilha KG. Indicators of healthcare results: analysis of adverse events during hospital stays. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. ago 2008 [citado 01 abr 2021]; 16(4): 746–51. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692008000400015&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000400015&lng=en&tlng=en)
8. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática Agência Nacional de Vigilância Sanitária [Internet]. Brasília, DF: Anvisa; 2017 [citado 20 de março de 2021]. 168 p. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/assistencia-segura-uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica/>
9. Paiva MCM, Paiva SAR, Berti HW, Campana AO. Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. Rev Esc Enferm USP [Internet]. mar 2010 [citado 01 abr 2021]; 44(1): 134–8. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000100019&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100019&lng=pt&tlng=pt)

10. Camerini FG, Silva LD. Segurança do paciente: análise do preparo de medicação intravenosa em hospital da rede sentinela. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. mar 2011 [citado 01 abr 2021]; 20(1): 41–9. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072011000100005&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000100005&lng=pt&tlng=pt)
11. Corbellini VL, Schilling MCL, Frantz SF, Godinho TG, Urbanetto JS. Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem. *Rev Bras Enferm* [Internet]. abr 2011 [citado 01 abr 2021]; 64(2): 241–7. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000200004&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200004&lng=pt&tlng=pt)
12. Silva AEBC, Reis AMM, Miasso AI, Santos JO, Cassiani SHDB. Adverse drug events in a sentinel hospital in the State of Goiás, Brazil. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. abr 2011 [citado 01 abr 2021]; 19(2): 378–86. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692011000200021&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000200021&lng=en&tlng=en)
13. Marques TC, Reis AMM, Silva AEBC, Gimenes FRE, Opitz SP, Teixeira TCA, et al. Erros de administração de antimicrobianos identificados em estudo multicêntrico brasileiro. *Rev Bras CiêncFarm* [Internet]. jun 2008 [citado 5 dez 2020]; 44(2): 305–14. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-93322008000200016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322008000200016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
14. Miasso AI, Silva AEBC, Cassiani SHB, Grou CR, Oliveira RC, Fakihi FT. O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. jun 2006 [citado 4 nov 2021]; 14(3): 354–63. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692006000300008&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000300008&lng=pt&tlng=pt)
15. Ministério da Saúde (BR). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente [internet]. 2014 [citado 10 abr 2021]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)
16. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 36, de 25 de julho de 2013, institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [internet]. 26 julho 2013 [citado 25 mai 2021]; (32 seção 1): 1. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html)
17. Marinho MM, Vera R, Luciana MR, Francis SVT, Patrícia I, Mariele M. Resultados de intervenções educativas sobre segurança do paciente na notificação de erros e eventos adversos. *Revista Baiana de Enfermagem* [Internet]. 24 jul 2018 [citado 6 dez 2021]; 32: 1-12. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/25510>

18. Llapa-Rodriguez EO, Silva LSL, Menezes MO, Oliveira JKAD, Currie LM. Assistência segura ao paciente no preparo e administração de medicamentos. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 21 mai 2018 [citado 2 dez 2020]; 38(4): 1-8. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472017000400408&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000400408&lng=pt&tlng=pt)
19. Gama ZAS, Batista AM, Silva IG, Souza RM, Freitas MR. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: oportunidades de melhoria. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. jul 2013, [citado 25 mai 2021]. Rio de Janeiro; 29(7): 1473-1477. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/34b786dYzm6VZRkVXZW5tKz/?format=pdf&lang=pt>
20. Tomazoni A, Rocha PK, Kusahara DM, Souza AIJ, Macedo TR. Evaluation of the patient safety culture in neonatal intensive care. *Texto Contexto - Enferm* [Internet]. mar 2015 [citado 4 nov 2021]; 24(1): 161–9. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072015000100161&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100161&lng=en&tlng=en)
21. Nieva VF. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*. 01 dez 2003; 12(90002): 17–23.
22. Rosen MA, Diaz GD, Dietz AS, Benishek LE, Thompson D, Pronovost PJ, et al. Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *Am Psychol*. Mai 2018; 73(4): 433–50.
23. Minuzz AP, Salum NC, Locks MOH. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [citado 4 nov 2021]; 25(2): 1-9. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072016000200313&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000200313&lng=pt&tlng=pt)
24. Paese F, DalSasso GTM. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. jun 2013 [citado 5 nov 2021]; 22(2): 302–10. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000200005&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200005&lng=pt&tlng=pt)
25. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 03 abr 2006 [citado 25 mai 2021]; 6(1): 1-10. Disponível em: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-6-44>
26. Campelo CL, Nunes FDO, Silva LDC, Guimarães LF, Sousa SMA, Paiva SS. Patient safety culture among nursing professionals in the intensive care environment. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 16 jul 2021 [citado 12 jul 2022]; 55: 1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020016403754>

27. Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2015; 68(1):144-54.
28. Silva, AEBC. Análise do sistema de medicação de um hospital universitário do estado de Goiás. Dissertação [Mestrado]. Universidade de São Paulo; 2004.
29. Silva A da, Gurgel Júnior GD, Falk JA, Pedroso M de M. Maternal and child patient safety: a multiple criteria analysis of the decision making preferences of nurse managers. *Rev Bras Saúde Materno Infant [Internet]*. set 2018 [citado 2 dez 2020]; 18(3): 577–91. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292018000300577&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292018000300577&lng=en&tlng=en)
30. Bergon-Sendin E, Pérez-Grande MC, Lora-Pablos D, Melgar-Bonis A, Ureta-Velasco N, Moral-Pumarega MT, et al. Auditorías de seguridad en tiempo real en una unidad Neonatal. *An Pediatr.* 2017; 87(3): 148-154.
31. Ortega MJ, Domínguez-Gil A. Acontecimientos adversos por medicamentos: una patología emergente. *Farm Hosp [Internet]*. 01 jul 2000 [citado 5 nov 2021]; 24(4): 258–66. Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-hospitalaria-121-articulo-acontecimientos-adversos-por-medicamentos-una-10017812>
32. Barber N. Reducing prescribing error: competence, control, and culture. *Qual Saf Health Care [Internet]*. 02 dez 2003 [citado 5 nov 2021]; 12(90001): 29–32. Disponível em: [https://qualitysafety.bmj.com/lookup/doi/10.1136/qhc.12.suppl\\_1.i29](https://qualitysafety.bmj.com/lookup/doi/10.1136/qhc.12.suppl_1.i29)
33. Cárcamo, AMP, Tourinho, FSV, Alves, TF. Factores de riesgo em errores de medicación en un hospital público chileno de alta complejidad. *Texto Contexto Enfermagem [Internet]*. 30 nov 2020 [citado 29 ago 2021]; 29: 1-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-024>
34. Ramos S, Perdigão P, Oliveira RP. Erros relacionados aos medicamentos. In: Sousa P, Mendes W, organizadores. *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde [Internet]* 2nd ed. rev. Rio de Janeiro, RJ: CDEAD, ENSP, Editora FIOCRUZ; 2019 [citado 10 jun 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575416419>
35. Angamo MT, Chalmers L, Curtain CMBL. Adverse-Drug-Reaction-Related Hospitalisations in Developed and Developing Countries: A Review of Prevalence and Contributing Factors. No Title. *Drug Saf.* 2016; 39(9): 847–57.
36. World Health Organization. WHO launches global effort to halve medication-related errors in 5 years [Internet]. 2017 [citado 23 ago 2019]. Disponível em: [www.who.int/en/news-room/detail/29-03-2017-who-launches-global-effort-to-halve-medication-related-errors-in-5-years](http://www.who.int/en/news-room/detail/29-03-2017-who-launches-global-effort-to-halve-medication-related-errors-in-5-years).
37. Vieira FML. Guia Eletrônico para Administração de Medicamento Fundamentando uma prática de enfermagem [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2007.

38. Silva MVRS, Carvalho Filha FSS, Branco TB, Guimarães JTF, Lima NDP, Alves AKC. Administração de medicamentos: erros cometidos por profissionais de enfermagem e condutas adotadas. *Revista de Enfermagem da UFSM*. 2018; 8(1): 102-115.
39. Elliott M, Liu Y. The nine rights of medication administration: an overview. *Br J Nurs* [Internet]. 12 mar 2010 [citado 02 nov 2021]; 19(5): 300–5. Disponível em: <http://www.magonlineibrary.com/doi/10.12968/bjon.2010.19.5.47064>
40. Castro AF, Oliveira JP, Rodrigues MCS. Erro de administração de medicamentos anti-infecciosos por omissão de doses. *Acta Paul Enferm* [Internet]. dez 2019 [citado 02 dez 2020]; 32(6): 667–73. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002019000600667&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000600667&tlng=pt)
41. Kane-Gill SL, Dasta JF, Buckley MS, Devabhakthuni S, Liu M, Cohen H, et al. Clinical Practice Guideline: Safe Medication Use in the ICU. *Crit Care Med*. set 2017; 45(9): 877–915.
42. Krähenbühl-Melcher A, Schlienger R, Lampert M, Haschke M, Drewe J, Krähenbühl S. Drug-related problems in hospitals: a review of the recent literature. *Drug Saf*. 2007; 30: 379–407.
43. ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária [Internet]. Brasília: ANVISA; 2018 [citado em 03 de jan 2023]. Os relatórios reúnem dados, por estado, de eventos adversos notificados à ANVISA no período de Janeiro de 2014 a julho de 2018. Available from: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/relatorios-dos-estados>
44. Reis AMM, Marques TC, Opitz SP, Silva AEBC, Gimenes FRE, Teixeira TCA, et al. Errors in medicine administration - profile of medicines: knowing and preventing. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(2): 181–6.
45. Zarea K, Mohammadi A, Beiranvand S, Hassani F, Baraz S. Iranian nurses' medication errors: A survey of the types, the causes, and the related factors. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 2018; 8: 112–116.
46. Carvalho REFL, Reis AMM, Faria LMP, Zago KSA, Cassiani SHB. Prevalence of drug interactions in intensive care units in Brazil. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2013 [citado em 03 de jan 2023]; 26(2):150-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000200008>. English, Portuguese.
47. Magalhães AMM, Kreling A, Chaves EHB, Pasin SS, Castilho BM. Medication administration – nursing workload and patient safety in clinical wards. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019 [citado 22 mar 2022]; 72(1): 183-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/gvCYG77TdpqH4PPxZ6kXj4h/?format=pdf&lang=en>
48. Forte ECN, Pires DEP, Martins MMFPS, Padilha MICS, Schneider DG, Trindade LL. Work process: a basis for understanding nursing errors. *Journal of School of Nursing*, 2019; 53: 1-7.

49. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.095, 24 de setembro de 2013. Diário Oficial da União [Internet]. 24 set 2013 [citado 01 abr 2021]; (113 seção 1): 1. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095\\_24\\_09\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html)
50. Gil CA. Como elaborar projetos de pesquisa. 5 ed. São Paulo: Atlas; 2010.
51. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidade Itacoatiara – Amazonas [Internet]. 2010 [citado 10 abr 2021]. Disponível em:  
<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/itacoatiara/panorama>
52. Ministério da Saúde (BR), DATASUS. Rede Assistencial [Internet]. [citado 15 fev 2022]. Disponível para:  
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leiintam.def>
53. Hospital Regional José Mendes. Serviço de Arquivamento Médico e Estatística (SAME). Dados do Relatório Interno de Produção Estatística de Internação; 2021.
54. Araújo PR, Lima FET, Ferreira MKM, Oliveira SKP, Carvalho REFL, Almeida PC. Instrumento para avaliação da segurança na administração de medicamentos: construção e validação. Rev Bras Enferm [Internet]. abr 2019 [citado 05 abr 2021]; 72(2): 329–36. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672019000200329&tlng=em](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000200329&tlng=em)
55. Maçaneiro D. Avaliação da cultura de segurança do paciente na Unidade Neonatal de um Hospital Universitário do sul do Brasil na perspectiva da equipe interprofissional [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2022.
56. Camerini FG, Lage JSL, Fassarella CS, Henrique DM, Franco AS. Avaliação da administração de medicamentos: identificando riscos e implementando barreiras de segurança. J. Nurs. Health [Internet]. 2022 [citado 05 abr 2021]; 12(1): 1-15. Disponível em:  
<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/20501>
57. Torres MM, Andrade D, Santos CB. Punção venosa periférica: avaliação de desempenho dos profissionais de enfermagem. Rev Latino Am Enfermagem. mai - jun 2005; 13(3): 299-304.
58. Souza TLVD, Mota RDO, Brito EAWDS, Farias LMVC, Matias EO, Lima FET. Segurança do paciente na administração de medicamento intramuscular em pediatria: avaliação da prática de enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem [Internet]. 28 mai 2018 [citado 05 abr 2021]; 39: 1-7. Disponível em:  
<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0002>
59. Gerônimo AGS, Monteles AO, Girão ALA. Avaliação da implementação dos protocolos de segurança do paciente pela equipe de enfermagem em urgência e

emergência / Evaluation of implementation of patient safety protocols reinforcement team in urgency and emergency. BJHR. 2020; 3(4): 10775–87

60. Macedo RC, Pimentel SM, Nascimento TA, Santos LF, Silva JB. Avaliação do processo de medicação sob a ótica de auxiliares e técnicos de Enfermagem em pediatria: estudo transversal. Cereus [Internet]. 2021 [citado 16 nov 2022]; 13(4). Disponível em: <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/3577/>

61. Barbagelata EI. Implementación de estrategias de prevención de errores en el proceso de administración de medicamentos: Un enfoque para enfermería en cuidados intensivos. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2016 [citado 16 nov 2022]; 27(5) 594-604. Disponível: DOI: 10.1016/j.rmcl.2016.09.005

62. Mendes JR, Lopes MC, Vancini-Campanharo CR, Okuno MF, Batista RE. Tipos e frequência de erros no preparo e na administração de medicamentos endovenosos. EINSEinstein [Internet]. 2018 [citado 16 nov 2022]; 16(3): 1-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082018AO4146>

63. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 45 de 12 de março de 2003, dispõe sobre o Regulamento Técnico de Boas Práticas de Utilização das Soluções Parenterais (SP) em Serviços de Saúde. Diário Oficial da União [internet]. 13 mar 2003 [citado 25 set 2022]; (45 seção 1): 1. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2003/rdc0045\\_12\\_03\\_2003.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2003/rdc0045_12_03_2003.html)

64. Manzo BF, Real DSS, Cunha ICKO, Bohomo E. Segurança Na Administração de Medicamentos: Investigação Sobre a Prática de Enfermagem E Circunstâncias de Erros. Enfermería Global [Internet]. 2019 [citado 05 abr 2021]; 56: 32-44. Disponível:

65. Santana BS, Rodrigues BS, Stival MM, Rehem TCMS, Lima LR, Volpe CRG. Interrupções no trabalho da enfermagem como fator de risco para erros de medicação. Revista Avances Enfermagem [Internet]. 2019 [citado 06 jul 20]. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v37n1/0121-4500-aven-37-01-56.pdf>

66. Stokowski LA. Timely Medication Administration Guidelines for Nurses: Fewer Wrong-Time Errors? Medscape: Medscape Nurses [Internet]. 16 out 2012 [citado 07 abr 2017]. Disponível em: [http://www.medscape.com/viewarticle/772501\\_3](http://www.medscape.com/viewarticle/772501_3)

67. Centers for Medicare & Medicaid Services. State Operations Manual - Appendix A - Survey Protocol, Regulations and Interpretive Guidelines for Hospitals [Internet]. 30 mai 2007 [citado 20 out 2022]. Disponível em: [https://www.cms.gov/Regulations-andGuidance/Guidance/Manuals/downloads/som107ap\\_a\\_hospitals.pdf](https://www.cms.gov/Regulations-andGuidance/Guidance/Manuals/downloads/som107ap_a_hospitals.pdf)

68. Instituto para práticas seguras no uso de medicamentos Brasil (ISMP). Administração de Medicamentos no horário adequado [internet]. 2017 [citado: 20 out 2022]. Disponível em: [https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2017/06/IS\\_0006\\_17](https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2017/06/IS_0006_17)

69. Costa LA, Valle C, Alvarenga AP. Medical dispensing erros at a public pediatric hospital. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2008;16(5): 812-7.
70. Wondmieneh, A., Alemu, W., Tadele, N. *et al.* Medication administration errors and contributing factors among nurses: a cross sectional study in tertiary hospitals, Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Nurs* [Internet]. 13 jan 2020 [citado 16 nov 2022]; 19(4): 1-9. Disponível: <https://doi.org/10.1186/s12912-020-0397-0>
71. Rodrigues MC, Oliveira LC. Errors in the administration of antibiotics in the intensive care unit of the teaching hospital. *Rev Eletr Enferm*. 2010; 12(3):511-9.
72. Conselho Regional de Enfermagem São Paulo. Parecer COREN-SP 036/2013 - CT. Competência para aprazamento de prescrição médica [Internet]; 2013 [citado 27 out 2022]. Disponível em: [https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2013/07/parecer\\_coren\\_sp\\_2013\\_36.pdf](https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2013/07/parecer_coren_sp_2013_36.pdf)
73. Mendes JR, Lopes MCBT, Vancini-Campanharo CR, Okuno MFP, Batista REA. Types and frequency of errors in the preparation and administration of drugs. *Einstein*. 2018;16(3):1-6. Disponível em: doi: 10.1590/S1679-45082018AO4146
74. Souza JS, Marques BC, Moriguchi-Jeckel CM, Goerck G, Balen M. Avaliação dos Estornos de Medicamentos no Hospital São Lucas da PUCRS. IX Salão de Iniciação Científica PUCRS, 2008.
75. Limberger JB, Santos TS, Prediger KC, Ferrony DA, Bertagnolli SMM. Análise do Fluxo de Distribuição e Estorno de Medicamentos em Hospital Filantrópico de Santa Maria, RS. *Rev. de Administração Hospitalar*. 2013; 10(1): 36-44.
76. Deliberal, AP. Segurança do paciente na implantação de dispensários eletrônicos: análise da função "override" e o impacto no estorno de medicamentos [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2018.
77. Oliveira BHS, Sousa VM, Fernandes KJSS, Urtiga VLS C, Carvalho LJAR, Carvalho REFL, et al. Erros de dose de medicamento em unidade de urgência hospitalar. *Revista de enfermagem* [Internet]. 2019 [citado 05 jun 2020]; 13: 1-7. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.239792>
78. Dias, JLC. Erros no processo da administração de medicamentos e estratégias para minimização em um hospital de Minas Gerais [mestrado]. Diamantina: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri; 2021.
79. Cavalcante MBS, Barreto FA, Carvalho FPB, Rebouças AH, Carvalho PRS. Conduta da equipe de enfermagem diante dos erros no processo de administração de medicações do hospital e maternidade Mae Tete em Major Sales-RN. *Brazilian Journal of Development*. 28 de dezembro de 2020; 6(12):102620–32.
80. Pedroni VS, Gouveia HG, Vieira LB, Wegner W, Oliveira ACS, Santos MC, Carlotto FD. Cultura de segurança do paciente na área materno-infantil de hospital

universitário. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2020 [citado 14 set 2022]; 41: 1-9  
Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190171>

81. Alves MFT, Carvalho DS, Albuquerque GSC. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. Cien Saude Colet [Internet]. 2019 [citado 14 set 2018]; 24(8):2895-2908. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.23912017>

82. Wanderlei PN, Montagna E. Formulation, implementation and evaluation of a distance course for accreditation in patient safety. Einstein [Internet]. 2018 [citado 14 set 2018]; 16(2): 1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082018GS4316>

83. Paiva MCMS, Popim RC, Melleiro MM, Tronchim DMR, Lima SAM, Juliani CMM. Motivos da equipe de enfermagem para a notificação de eventos adversos. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet]. set - out 2014 [citado 14 set 2018]; 22(5):747-54. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/99290/97730>

84. Pena MM, Meleiro MM. Método de análise de causa raiz para a investigação de eventos adversos. Revista de Enfermagem da UFPE [Internet]. dez 2017 [citado 22 ago 2018]; 12(11): 5297-304. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/j9mqVP7t5vvqDJRWffDr4H/?format=pdf&lang=pt>

85. Duarte SCM, Queiroz ABA, Büscher A, Stipp MAC. O erro humano no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet]. nov - dez 2015 [citado 22 ago 2018]; 23(6):1074-81. Disponível em: [10.1590/0104-1169.0479.2651 www.eerp.usp.br/rlae](https://www.eerp.usp.br/rlae)

86. Magalhães AMM, Moura GMSS, Pasin SS, Funcke LB, Pardal BM, Kreling A. Processos de medicação, carga de trabalho e a segurança do paciente em unidades de internação. Rev Esc Enferm [Internet]. 2015 [citado 14 out 2021]; 49: 43-50  
Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/4Zccdyb3cjwcZtrTZxrthhn/?format=pdf&lang=pt>

87. Costa, C, Vieira ST, Matias E, Gurgel S, Mota R, Lima F. (2020). Segurança do paciente pediátrico no processo de administração de medicamento endovenoso. Enfermagem em Foco [Internet]. 2020 [citado 15 nov 2021]; 11(4): 194-20. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n3.2596>

88. Costa, C. O. Comparação do relato escrito e atuação dos profissionais de enfermagem na administração de medicamentos na pediatria [monografia]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2019.

89. Carvalho V T. Erros na administração de medicamentos: análise de relatos dos profissionais de enfermagem [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2000.

90. Forte ECN, Pires DEP, Martins MMFPS, Souza MICP, Schneider DG, Trindade LL. Work process: a basis for understanding nursing errors. Journal of

School of Nursing. 2019; 53: 1-7. [Internet]. 2018 [citado 23 out 2022]; 32(1): 1-3. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13561820.2017.1400150>

91. Koerich C, Erdmann AL, Lanzoni GMDM. Professional interaction in management of the triad: Permanent Education in Health, patient safety and quality. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. 2020 [citado 15 nov 2022]; 28: 1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4154.3379>

92. Souza MJ, Real DSS, Cunha ICKO, Bohomol E. Práticas seguras para administração de medicamentos: construção e validação de instrumento. *Enfermagem Em Foco* [Internet]. 12 abr 2017 [citado 15 nov 2022]; 8(4): 20-25. Disponível em: [revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/973/411](http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/973/411)

## APÊNDICE A- CARTA CONVITE

Prezado(a),

Meu nome é Samara Motter Detoni da Silva, sou farmacêutica e mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães-Fiocruz Pernambuco. Estou desenvolvendo, como dissertação, uma pesquisa intitulada “**ANÁLISE DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO EM UM HOSPITAL NO INTERIOR DO AMAZONAS**”, sob a orientação do professor PhD Garibaldi Dantas Gurgel Júnior e coorientação do professor Dr<sup>o</sup>. Alexssandro da Silva.

Solicitamos por meio desta, a sua colaboração como participante desta pesquisa a qual envolverá o preenchimento de um questionário para avaliação da segurança do paciente no processo de administração de medicamentos.

Portanto, precisamos de sua cooperação para responder as questões de acordo com a realidade de suas práticas assistenciais. Destaca-se que seu nome e o da instituição não serão identificados no questionário e que o conteúdo de suas respostas não lhe trará qualquer prejuízo.

Caso manifeste a sua concordância, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá ser assinado em duas cópias, uma que ficará com você e outra com a pesquisadora.

Desde já, agradecemos o seu valioso apoio, oportunidade em quem e coloco à sua disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Samara Motter Detoni da Silva

**APÊNDICE B– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa “**ANÁLISE DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO EM UM HOSPITAL NO INTERIOR DO AMAZONAS**”, sob a responsabilidade da pesquisadora **SAMARA MOTTER DETONI DA SILVA**, mestranda do Curso de Pós-Graduação Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz.

Se decidir participar dessa pesquisa, por favor, leia este documento antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o senhor (a) não conseguiu entender, converse com a pesquisadora responsável pela pesquisa para esclarecê-los. A proposta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é explicar o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

Essa pesquisa pretende Analisar a Segurança do Paciente na Administração de Medicamentos em uma Clínica Obstétrica de um hospital do município de Itacoatiara-AM. Com esta, acredita-se poder contribuir para identificação de condições geradoras de riscos para a segurança dos pacientes internados; propiciará subsídio para planejamento das ações e mecanismos de proteção nos cenários de cuidado e prevenção de eventos adversos relacionados a administração de medicamentos.

Essa é uma atividade voluntária, sendo possível desistir a qualquer momento e a participação não envolve remuneração. Mas, caso venha a ter algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, o Sr (a) será ressarcido (a). Em situações de danos devido a sua participação na pesquisa, é garantido o direito de indenização caso seja comprovado o dano e garantida a indenização por vias legais.

Rubricas: \_\_\_\_\_  
(Pesquisadora) (Participante)

O participante poderá se recusar e/ou retirar este consentimento a qualquer momento que desejar, sem prejuízo a ambas as partes, assim como na relação com a gestão do hospital ou com nenhum setor desta unidade. Todos os seus dados também serão removidos da pesquisa, a não ser que o Sr (a) autorize a permanência desses na nossa análise.

A sua participação se dará da seguinte forma: voluntário, com o autopreenchimento dos questionários apresentados pelo pesquisador, com duração em torno de 15 minutos, e após preenchimento deverá ser devolvido ao pesquisador. Nos casos em que o profissional não conseguir preencher o questionário no momento do contato com o pesquisador, em virtude da demanda de trabalho, este poderá responder posteriormente em horário oportuno ou no final do plantão de forma previamente estabelecida com o pesquisador. O pesquisador irá retornar ao local ao final da manhã e/ou tarde e/ou noite para recolher o questionário o mais breve possível. Será disponibilizado pastas identificadas para armazenamento do questionário preenchido no posto de enfermagem da clínica.

O questionário tratará de temas relacionados a segurança na administração de medicamentos, visando identificação das condições geradoras de risco para ocorrência de eventos adversos a medicamentos a luz do Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos.

O risco relacionado a sua participação é possibilidade de constrangimento ao responder, medo de não saber ou de ser identificado. Garantimos, contudo, que todos os nossos esforços estarão direcionados para que situações de constrangimento não ocorram, e que os riscos descritos sejam minimizados, através da garantia que o participante pode responder em local mais reservado, da não violação e a integridade dos documentos (danos físicos, cópias, rasuras); Assegurando a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico – financeiro. Inclusive, garantimos que sua identidade não venha a público sob hipótese alguma.

Rubricas: \_\_\_\_\_  
(Pesquisadora) (Participante)

Os dados armazenados poderão ser usados em pesquisas futuras, mas um novo consentimento será pedido. Todas as informações colhidas serão analisados, mantendo-se a confidencialidade (segredo) do participante a todo o momento, ou seja, em nenhum momento os dados que o identifique serão divulgados, a menos que seja exigido por lei. Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em reuniões ou publicações, contudo, sua identidade não será revelada nessas apresentações.

**Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães (CEP / IAM) deste centro de pesquisas, localizado na Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50.670-420, através do telefone (81) 2101-2639 ou pelo e-mail: cep.iam@fiocruz.br. O horário de funcionamento é das 8 – 12 h e das 13 – 17h. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.**

Após a leitura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dou meu consentimento de livre e espontânea vontade, para participar como voluntário, deste estudo, assinando esse termo em duas vias, pois uma via pertencerá a mim e a outra a pesquisadora.

Itacoatiara, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2022.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante.

Pesquisadora - Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome completo da Pesquisadora: \_\_\_\_\_

**Para qualquer esclarecimento entrar em contato com:**

**Pesquisadora:** Samara Motter Detoni da Silva

**E-mail:** samara.detoni@hotmail.com

## ANEXO A - AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

### AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Para o correto preenchimento do questionário, leia cuidadosamente cada item e, em seguida, marque com um **X** a opção que melhor represente a sua resposta de acordo com a valor ação abaixo:

Código	Valoração	Significado
1	Nunca	O profissional NUNCA executa essa ação em sua rotina de trabalho.
2	Quasenunca	O profissional QUASE NUNCA executa essa ação em sua rotina de trabalho.
3	Às vezes	O profissional ÀS VEZES executa essa ação em sua rotina de trabalho.
4	Quasesempre	O profissional QUASE SEMPRE executa essa ação em sua rotina de trabalho.
5	Sempre	O profissional SEMPRE executa essa ação em sua rotina de trabalho.

Domínio	AÇÕES PARA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS	FREQUÊNCIA				
		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
Paciente Certo	1. Utiliza no mínimo dois identificadores (nome completo, data de nascimento ou número do prontuário) para confirmar o paciente antes de administrar medicamentos.					
Medicamento Certo	2. Confere o nome do medicamento com a prescrição antes de administrá-lo ao paciente.					
	3. Leva ao leito apenas os medicamentos prescritos a um único paciente.					
	4. Administra medicamento por ordem verbal somente em caso de emergência.					
	5. Confere se o paciente é alérgico ao medicamento prescrito.					
Via Certa	6. Identifica o paciente alérgico de forma diferenciada, com pulseira e aviso em prontuário, alertando toda a equipe.					
	7. Identifica a via de administração prescrita para o medicamento.					
	8. Verifica se a via prescrita é a tecnicamente recomendada para administrar o medicamento.					

	9. Lava as mãos antes do preparo e administração de medicamentos.					
	10. Utiliza materiais e técnicas assépticas para administrar medicamentos por via intravenosa.					
<b>Hora Certa</b>	11. Prepara o medicamento imediatamente antes da sua administração.					
	12. Administra o medicamento na hora certa.					
	13. Adequa os horários de administração dos medicamentos à rotina de uso já estabelecida antes da internação.					
<b>Dose Certa</b>	14. Confere atentamente a dose prescrita para o medicamento.					
	15. Confere a velocidade de gotejamento, a programação e o funcionamento de bombas de infusão contínua com aprescrição.					
	16. Realiza dupla checagem dos cálculos para preparo e para administração de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância.					
	17. Utiliza instrumentos de medida padrão no preparo de medicamentos para medir doses com exatidão (ex: seringas milimetradas).					
	18. Devolve à farmácia as sobras de medicamentos não administrados.					
<b>Registro Certo</b>	19. Registra na prescrição o horário da administração do medicamento imediatamente após cada dose.					
	20. Registra em prontuário todas as ocorrências relacionadas aos medicamentos (ex: adiamentos, cancelamentos, desabastecimento, recusa do paciente, efeitos colaterais e eventos adversos).					
	21. Registra em prontuário e notifica à Gerência de Riscos e/ou Núcleo de Segurança do Paciente os eventuais incidentes relacionados à terapia medicamentosa.					
	22. Mantém registro adequado de medicamentos preparados que serão armazenados (com data e horário da manipulação, concentração do medicamento, nome do responsável pelo preparo e validade).					
	23. Monitora a temperatura da geladeira de acondicionamento de medicamentos, registrando os valores máximo e mínimo diariamente.					
<b>Orientação Certa</b>	24. Esclarece dúvidas sobre a prescrição junto ao prescritor antes de administrar o medicamento (ex: inelegibilidade da prescrição, indicação do medicamento, posologia, “fazer se necessário”, “a critério médico”, unidade de medidas utilizadas, forma farmacêutica, via de administração e dose).					
	25. Orienta o paciente e o acompanhante sobre o nome do medicamento administrado, aspecto (cor e formato), justificativa da indicação, frequência com que será administrado e efeitos esperados.					
<b>Forma Certa</b>	26. Checa se o medicamento a ser administrado possui forma farmacêutica (ex: ampola, frasco, comprimido) compatível com a via de administração prescrita.					
<b>Resposta Certa</b>	27. Avalia o paciente para identificar, quando possível, se o medicamento teve o efeito desejado.					
	28. Informa ao prescritor todos os efeitos diferentes do esperado (em intensidade e forma) para o medicamento.					