



Análise dos erros de registro relacionados à administração de medicamentos em um hospital de grande porte

Analysis of documentation errors related to medication administration in a large hospital

Análisis de los errores de registro de medicamentos en un hospital de gran escala

Camila de Souza Gomes¹ , Grazyelle Ferreira de Souza² 
Izabela Figueiredo de Sousa Honorato¹ 

RESUMO

Objetivo: Analisar os erros de registro de administração de medicamentos em um hospital de grande porte. **Métodos:** Estudo observacional, descritivo, de abordagem quantitativa e delineamento transversal, utilizando o banco de dados do Núcleo de Segurança do Paciente de um hospital em Belo Horizonte/MG, abrangendo o período de julho de 2023 a julho de 2024. **Resultados:** foram avaliados dados de 1.094 prescrições; 477 (43,60%) apresentavam pelo menos um erro de registro. Medicamentos dermatológicos (62,63%) e aqueles que atuam no trato alimentar e metabolismo (8,42%) foram os mais frequentemente associados a erros. As vias de administração mais associadas a erros foram a tópica (63,68%) e a intravenosa (17,89%). A ausência de conferências e rubricas foi mais prevalente durante o turno diurno na Unidade de Terapia Intensiva (31,68% e 35,35%, respectivamente), enquanto a maior taxa de ausência de assinaturas ocorreu no serviço de emergência em ambos os turnos (46,75% e 46,96%, respectivamente). **Conclusões:** este estudo demonstrou uma fragilidade significativa no processo de registro da administração de medicamentos, evidenciando a necessidade de otimização dos processos institucionais para alcançar os objetivos da Organização Mundial da Saúde no desafio "Medicação sem Danos".

Informações do Artigo:
Recebido em: 02/06/2026
Aceito em: 05/08/2026

Autor correspondente:
Camila de Souza Gomes.
camila.goomes3@gmail.com

DESCRIPTORIOS:

Segurança do Paciente; Registros Hospitalares; Erros de medicação; Prescrições de Medicamentos.

¹ Hospital João XXIII. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

² Centro Universitário Newton Paiva. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.



ABSTRACT

Objective: to analyze documentation errors related to medication administration in a large hospital. **Methods:** this was an observational, descriptive study with a quantitative approach and a cross-sectional design, using the database of the Patient Safety Center of a hospital in Belo Horizonte (MG), covering the period from July 2023 to July 2024. **Results:** data from 1,094 prescriptions were assessed; 477 (43.60%) had at least one documentation error. Dermatological medications (62.63%) and those acting on the alimentary tract and metabolism (8.42%) were the medications most frequently associated with errors. The routes of administration most associated with errors were topical (63.68%) and intravenous (17.89%). The absence of checks and initials was more prevalent during the daytime shift in the Intensive Care Unit (31.68% and 35.35%, respectively), whereas the highest rate of missing initials occurred in the emergency department during both shifts (46.75% and 46.96%, respectively). **Conclusions:** this study demonstrated a significant weakness in the medication administration documentation process, highlighting the need to optimize institutional processes to achieve the objectives of the World Health Organization's "Medication Without Harm" challenge.

DESCRIPTORS:

Patient Safety; Hospital Records; Medication Errors; Drug Prescriptions.

RESUMEN

Objetivo: analizar los errores en el registro de la administración de medicamentos en un hospital de gran porte. **Métodos:** estudio observacional, descriptivo, de enfoque cuantitativo y diseño transversal, utilizando la base de datos del Núcleo de Seguridad del Paciente de un hospital en Belo Horizonte (MG), correspondiente al período de julio de 2023 a julio de 2024. **Resultados:** se evaluaron datos de 1,094 prescripciones; 477 (43.60%) presentaron al menos un error de registro. Los medicamentos dermatológicos (62.63%) y los que actúan sobre el tracto digestivo y el metabolismo (8.42%) fueron los más frecuentemente asociados con errores. Las vías de administración más asociadas con errores fueron la tópica (63.68%) y la intravenosa (17.89%). La ausencia de verificaciones e iniciales fue más prevalente durante el turno diurno en la Unidad de Cuidados Intensivos (31.68% y 35.35%, respectivamente), mientras que la tasa más alta de ausencia de firmas ocurrió en el servicio de urgencias en ambos turnos (46.75% y 46.96%, respectivamente). **Conclusiones:** este estudio demostró una deficiencia significativa en el proceso de registro de la administración de medicamentos, lo que subraya la necesidad de optimizar los procesos institucionales para alcanzar los objetivos de la Organización Mundial de la Salud en el desafío "Medicamentos sin Daño".

DESCRIPTORES:

Seguridad del Paciente; Registros de hospitales; Errores de Medicación; Prescripciones de Medicamentos.

INTRODUÇÃO

A prestação de cuidados de saúde, devido à sua complexidade e elevada imprevisibilidade, está sujeita à ocorrência de incidentes que podem resultar em graves consequências, prejudicando tanto os pacientes quanto os profissionais de saúde⁽¹⁾. O desafio enfrentado por todos os sistemas de saúde é fornecer uma assistência de qualidade, mantendo uma vigilância efetiva para a identificação de potenciais riscos à segurança e na abordagem de todas as possíveis fontes de dano⁽¹⁻²⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define "incidente" como um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em danos desnecessários a um paciente⁽³⁾. Já o "erro" pode

manifestar-se por prática da ação errada (comissão) ou por não praticar a ação certa (omissão), podendo resultar em um evento adverso (EA) caso ocorra dano ao paciente⁽³⁾.

Entre os incidentes relacionados à assistência à saúde, os erros de medicação são considerados os mais frequentes nos sistemas de saúde e a segunda maior causa de incidentes no mundo, podendo ocorrer em qualquer etapa do processo, desde o armazenamento até a administração, envolvendo diversos profissionais⁽⁴⁻⁵⁾.

Diante disso, em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente introduziu o conceito de “Desafio Global para a Segurança do Paciente”. Em 2017, intitulou o terceiro desafio como “Medicação sem Dano”⁽⁶⁾. Esse desafio visa otimizar processos com o objetivo de reduzir em 50% os eventos graves evitáveis, salvar vidas e diminuir os danos causados por práticas inseguras no uso de medicamentos, além de fortalecer os sistemas de saúde⁽⁶⁾.

As prescrições médicas, as anotações, as evoluções de enfermagem e os demais registros relacionados à internação de um paciente fazem parte desse processo e devem ser registrados em um prontuário de forma padronizada e organizada⁽⁷⁾. Esse registro, além de fornecer respaldo legal, é fundamental para garantir a segurança do paciente, assegurando a comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e a continuidade do cuidado⁽⁷⁾.

O registro das prescrições no prontuário exige a checagem individual dos medicamentos administrados, incluindo a rubrica do profissional, o símbolo de checagem acima do horário estipulado e a assinatura, com o número do conselho e o nome completo do responsável⁽⁷⁻⁸⁾. A falta de qualquer um desses itens configura erro de registro, dificultando a identificação do profissional responsável⁽⁷⁻⁸⁾. Além disso, pode comprometer a segurança do paciente, resultando, por exemplo, na administração duplicada do mesmo medicamento caso ele tenha sido administrado, mas não checado⁽⁸⁾.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente, criado pela Portaria MS/GM nº 529 de 2013, visa reduzir os erros e EAs na assistência à saúde, por meio da implementação de protocolos e manuais de segurança⁽⁹⁻¹¹⁾. Além disso, exige que as instituições de saúde do Brasil implementem Núcleos de Segurança do Paciente (NSPs), que são responsáveis pela coleta de dados, pela análise de indicadores e pela notificação de incidentes no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, utilizando o sistema NOTIVISA e o VigiMed⁽⁹⁻¹²⁾.

Um dos principais indicadores acompanhados pelos NSPs é a “Taxa de erros na administração de medicamentos”. Esse indicador é estipulado pelo Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos, coordenado pelo Ministério da Saúde e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz e a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, com o objetivo de garantir práticas seguras no uso de medicamentos em todas as

instituições de saúde⁽¹³⁾.

Estudos realizados no Brasil destacam a baixa qualidade dos registros nos prontuários, contendo erros como falhas na checagem de medicamentos nas prescrições, ausência de justificativa quando a medicação não é administrada e falta de identificação dos profissionais, seja por ausência de carimbo ou nome ilegível. Assim, observa-se que os erros de registro em prontuários representam um problema recorrente na assistência à saúde, afetando a comunicação entre a equipe, a qualidade da assistência prestada e a segurança do paciente^(7,14). Pesquisas que identificam e analisam os principais erros de registro e administração de medicamentos em instituições de saúde, bem como o contexto em que ocorrem, são fundamentais para direcionar a atenção para pontos críticos que requerem intervenção, adequação dos processos internos e capacitação dos profissionais, visando fornecer um cuidado seguro e de qualidade ao paciente.

OBJETIVO

Analisar os erros de registro de administração de medicamentos em um hospital de grande porte.

METODOLOGIA

Desenho

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, de abordagem quantitativa, delineamento transversal e retrospectivo.

Local do estudo

A pesquisa foi realizada em um hospital de grande porte em Belo Horizonte, Minas Gerais. A instituição dispõe de um NSP responsável pela coleta mensal de dados relacionados ao indicador “Taxa de erros na administração de medicamentos”. Os dados são extraídos a partir da seleção aleatória de prescrições médicas impressas anexadas em prontuários físicos. A amostra consiste em, no mínimo, 75 prescrições por mês, sendo esse quantitativo estabelecido por conveniência pela coordenação de segurança assistencial da instituição de estudo.

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu de julho a agosto de 2024. Foram utilizados os dados de julho de 2023 a julho de 2024 do banco de dados do NSP para esta pesquisa. Os dados são distribuídos em planilhas do *Microsoft Office Excel*[®], classificados em setores que incluem Pronto-socorro, Enfermaria, Unidade Semi-Intensiva (USI), Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e bloco cirúrgico, sendo esse referente às prescrições da sala de recuperação pós-anestésica (SRPA). Também são anexados dados referentes à checagem dos medicamentos prescritos, exceto os que não foram dispensados por falta ou suspensão

do tratamento, bem como as doses não administradas de acordo com as instruções médicas.

Os achados foram divididos em categorias, sendo: Medicamento prescrito que apresentou erro de registro; Classificação do medicamento que apresentou erro de registro; Via de administração; Setor; Símbolo de checagem (por turno diurno e noturno); Rubrica (por turno diurno e noturno); e Assinatura (por turno diurno e noturno).

Para a avaliação da conformidade dos registros, considerou-se que a checagem dos medicamentos deveria ocorrer individualmente para todos os itens e horários prescritos, utilizando-se a simbologia (✓) para indicar a administração realizada e (O) para indicar a administração não realizada. A rubrica corresponde à identificação abreviada do profissional responsável pela administração do medicamento, devendo estar posicionada acima do horário aprazado. A assinatura foi considerada a identificação nominal completa do profissional responsável pelo registro da assistência e/ou o carimbo profissional acompanhado da rubrica⁽⁷⁾.

As variáveis da categoria “Classificação do medicamento que apresentou erro de registro” estão de acordo com o “*Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2026*”⁽¹⁵⁾. Para a análise, os dados foram gerados e armazenados em um banco de dados do programa *Microsoft Office Excel*®, versão 365, e analisados pelo *software IBM SPSS Statistics*, versão 24.

Análise dos resultados e estatística

As variáveis contínuas foram analisadas descritivamente pela frequência observada, pela porcentagem, pela mediana, média e desvio padrão. O teste qui-quadrado de Pearson foi utilizado na associação dos desfechos com os seus possíveis fatores de risco. Mas quando este não teve suas premissas atendidas, foi utilizado o teste exato de Fisher. Foi também realizada a correção de Bonferroni para evitar o aumento do erro do tipo I (rejeitar uma hipótese nula verdadeira). O nível de significância utilizado em todas as análises foi de 5%.

Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 81238324.1.0000.5119. Foi realizada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, devido à natureza do estudo.

RESULTADOS

Foram avaliados dados de 1.094 prescrições, das quais 32,64% eram da UTI, 27,24%, da enfermaria, 22,76%, do pronto-socorro, 16,91%, da USI, e 0,45% eram do bloco cirúrgico. Entre essas prescrições, 43,60% (477) apresentaram pelo menos um erro de registro.

Os medicamentos dermatológicos foram os que mais apresentaram erros de registro (62,63%), seguidos pelos do trato alimentar e metabolismo (8,42%), do sistema nervoso (6,84%), do sistema musculoesquelético (5,79%), das preparações hormonais sistêmicas (5,79%), do sangue e dos órgãos hematopoiéticos (4,74%), do sistema respiratório (1,58%), do sistema cardiovascular (1,58%), dos órgãos sensoriais (1,58%) e dos anti-infecciosos para uso sistêmico (1,05%). Quanto à via de administração, a mais prevalente foi a tópica (63,68%), seguida das vias endovenosa (17,89%), oral (12,63%), subcutânea (4,21%) e inalatória (1,58%).

Houve relação significativa entre a ausência de checagem, o setor e o turno de trabalho diurno, sendo que a maior ausência ocorreu na UTI (31,68%), e a menor, no pronto-socorro (6,93%). Em contrapartida, o bloco cirúrgico não apresentou ausência de checagem em ambos os turnos, conforme mostrado na Tabela 1.

Tabela 1. Associação da ausência da realização de checagem com o setor entre os turnos de trabalho. Brasil, 2025.

Setor	Checagem: Diurno		Valor p^*	Checagem: Noturno		Valor p^*
	Ausente	Presente		Ausente	Presente	
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Pronto-socorro	7 ^a (6,93)	241 ^b (24,27)	< 0,001	14 ^a (15,56)	234 ^a (23,31)	0,098
Bloco cirúrgico	0 ^a (0,00)	5 ^a (0,50)		0 ^a (0,00)	5 ^a (0,50)	
Enfermaria	27 ^a (26,73)	271 ^a (27,29)		20 ^a (22,22)	278 ^a (27,69)	
USI	32 ^b (31,68)	154 ^a (15,51)		23 ^b (25,56)	163 ^a (16,24)	
UTI	35 ^a (34,65)	322 ^a (32,43)		33 ^a (36,67)	324 ^a (32,27)	
Total	101(100,0)	993 (100,0)		90 (100,0)	1004 (100,0)	

*Teste de qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher; ab – letras diferentes indicam diferenças entre as prevalências (Correção de Bonferroni); significativo se $p \leq 0,050$.

Houve relação significativa entre a ausência da rubrica, o setor e o turno de trabalho diurno, sendo a maior ausência na UTI (35,35%), e a menor, no pronto-socorro (7,07%). Em contrapartida, o bloco cirúrgico não apresentou ausência de rubrica em ambos os turnos, conforme mostrado na Tabela 2.

Tabela 2. Associação da ausência da realização da rubrica com o setor entre os turnos de trabalho. Brasil, 2025.

Setor	Rubrica: Diurno		Valor p^*	Rubrica: Noturno		Valor p^*
	Ausente n (%)	Presente n (%)		Ausente n (%)	Presente n (%)	
Pronto-socorro	7 ^a (7,07)	241 ^b (24,22)	< 0,001	14 ^a (16,28)	234 ^a (23,21)	0,087
Bloco cirúrgico	0 ^a (0,00)	5 ^a (0,50)		0 ^a (0,00)	5 ^a (0,50)	
Enfermaria	26 ^a (26,26)	272 ^a (27,34)		17 ^a (19,77)	281 ^a (27,88)	
USI	31 ^b (31,31)	155 ^a (15,58)		21 ^a (24,42)	165 ^a (16,37)	
UTI	35 ^a (35,35)	322 ^a (32,36)		34 ^a (39,53)	323 ^a (32,04)	
Total	99(100,0)	995(100,0)		86(100,0)	1008(100,0)	

*Teste de qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher; ab – letras diferentes indicam diferenças entre as prevalências (Correção de Bonferroni); significativo se $p \leq 0,050$.

Houve relação significativa entre a ausência de assinatura e o setor em ambos os turnos de trabalho. A maior ausência de assinatura ocorreu no pronto-socorro em ambos os turnos (46,75% e 46,96%, respectivamente). A menor ausência de assinatura ocorreu no bloco cirúrgico em ambos os turnos (1,30% e 1,21%, respectivamente), como descrito na Tabela 3.

Tabela 3. Associação da ausência da realização da assinatura com o setor entre os turnos de trabalho. Brasil, 2025.

Setor	Assinatura: Diurno		Valor p^*	Assinatura: Noturno		Valor p^*
	Ausente n (%)	Presente n (%)		Ausente n (%)	Presente n (%)	
Pronto-socorro	108 ^b (46,75)	140 ^a (16,22)	< 0,001	116 ^b (46,96)	132 ^a (15,58)	< 0,001
Bloco cirúrgico	3 ^b (1,30)	2 ^a (0,23)		3 ^b (1,21)	2 ^a (0,24)	
Enfermaria	40 ^a (17,32)	258 ^b (29,90)		48 ^a (19,43)	250 ^b (29,52)	
USI	38 ^a (16,45)	148 ^a (17,15)		21 ^a (8,50)	165 ^b (19,48)	
UTI	42 ^a (18,18)	315 ^b (36,50)		59 ^a (23,89)	298 ^b (35,18)	
Total	231(100,0)	863(100,0)		247(100,0)	847(100,0)	

*Teste de qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher; ab – letras diferentes indicam diferenças entre as prevalências (Correção de Bonferroni); significativo se $p \leq 0,050$.

Observou-se relação significativa entre o setor, a via de administração e a classificação do medicamento que apresentou erro. O setor de pronto-socorro apresentou maior prevalência de erros de registro da via de administração endovenosa (50%) e dos medicamentos do sistema musculoesquelético (33,33%). Os setores da USI, UTI e enfermaria apresentaram maior prevalência de erros da via tópica

(80%, 72,31% e 44,68%, respectivamente) e de medicamentos dermatológicos (78,33%, 72,31% e 44,68%, respectivamente), de acordo com as Tabelas 4 e 5.

Tabela 4. Associação da via de administração dos medicamentos que apresentaram erros de registro com o setor. Brasil, 2025.

Via de administração	Setor				Valor p^*
	Pronto-socorro	Enfermaria	USI	UTI	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Endovenosa	9 ^b (50,00)	10 ^a (21,28)	4 ^a (6,67)	11 ^a (16,92)	< 0,001
Inalatória	0 ^a (0,00)	1 ^a (2,13)	1 ^a (1,67)	1 ^a (1,54)	
Oral	2 ^{ab} (11,11)	13 ^b (27,66)	6 ^a (10,00)	3 ^a (4,62)	
Subcutânea	2 ^a (11,11)	2 ^a (4,26)	1 ^a (1,67)	3 ^a (4,62)	
Tópica	5 ^a (27,78)	21 ^a (44,68)	48 ^b (80,0)	47 ^b (72,31)	
Total	18(100,0)	47(100,0)	60(100,0)	65(100,0)	

*Teste de qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher; ab – letras diferentes indicam diferenças entre as prevalências (Correção de Bonferroni); significativo se $p \leq 0,050$.

Tabela 5. Associação da classificação dos medicamentos que apresentaram erros de registro com o setor. Brasil, 2025.

Classificação do medicamento	Setor				Valor p^*
	Pronto-socorro	Enfermaria	USI	UTI	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Anti-infecciosos para uso sistêmico	0 ^a (0,00)	0 ^a (0,00)	0 ^a (0,00)	2 ^b (3,08)	< 0,001
Dermatológicos	4 ^a (22,22)	21 ^a (44,68)	47 ^b (78,33)	47 ^b (72,31)	
Órgãos sensoriais	1 ^a (5,56)	0 ^a (0,00)	1 ^a (1,67)	1 ^a (1,54)	
Preparações hormonais sistêmicas	2 ^a (11,11)	3 ^a (6,38)	4 ^a (6,67)	2 ^a (3,08)	
Sangue e órgãos hematopoiéticos	1 ^a (5,56)	2 ^a (4,26)	3 ^a (5,00)	3 ^a (4,62)	
Sistema cardiovascular	0 ^a (0,00)	2 ^a (4,26)	0 ^a (0,00)	1 ^a (1,54)	
Sistema musculoesquelético	6 ^b (33,33)	5 ^a (10,64)	0 ^a (0,00)	0 ^a (0,00)	
Sistema nervoso	0 ^a (0,00)	8 ^a (17,02)	2 ^a (3,33)	3 ^a (4,62)	
Sistema respiratório	0 ^a (0,00)	1 ^a (2,12)	1 ^a (1,67)	1 ^a (1,54)	
Trato alimentar e metabolismo	4 ^a (22,22)	5 ^a (10,64)	2 ^a (3,33)	5 ^a (7,69)	
Total	18(100,0)	47(100,0)	60(100,0)	65(100,0)	

*Teste de qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher; ab – letras diferentes indicam diferenças entre as prevalências (Correção de Bonferroni); significativo se $p \leq 0,050$.

DISCUSSÃO

O desafio “Medicação sem Danos” estipulado pela OMS busca o desenvolvimento de sistemas de saúde mais seguros e eficientes em cada etapa do processo de medicação, visando à redução dos danos relacionados aos medicamentos⁽⁶⁾. Na presente pesquisa, os erros de registro estiveram presentes em 43,60% das prescrições analisadas, demonstrando uma fragilidade significativa dentro do processo da administração de medicamentos e evidenciando a necessidade de rever, ajustar e otimizar os processos institucionais para alcançar os objetivos desse desafio.

Um estudo realizado em um hospital no Nordeste do Brasil, que avaliou a qualidade dos registros de enfermagem em prontuário, evidenciou que 10% das prescrições médicas não foram checadas adequadamente; 6% dos documentos avaliados não possuíam assinatura do profissional responsável pelo registro; e 32% não possuíam o número do Conselho Regional de Enfermagem junto à assinatura⁽¹⁶⁾. Nesse contexto, os autores argumentam que a Resolução do COFEN 545/2017, que dispõe sobre a obrigatoriedade do uso do carimbo pelos profissionais, poderá contribuir para que haja uma melhor identificação do profissional⁽¹⁶⁾.

No que tange à classificação dos medicamentos, observa-se uma elevada incidência de erros de registro associados aos medicamentos dermatológicos, que são administrados principalmente por via tópica. No hospital da pesquisa, antissépticos para higiene oral e medicamentos utilizados para a hidratação da pele, a prevenção e o tratamento de lesões cutâneas são alguns dos medicamentos tópicos dermatológicos mais comumente prescritos.

Um estudo realizado em um hospital de médio porte em São Paulo revelou que, embora a maioria da equipe de enfermagem reconheça a importância da higiene oral dos pacientes, 75,4% dos profissionais relataram não realizar esse cuidado⁽¹⁷⁾. Cabe destacar que o estudo citado avaliou a execução da higiene oral por meio do relato dos profissionais, ao passo que o presente estudo analisou os erros de registro de administração dos medicamentos prescritos. Embora a ausência da checagem na prescrição não permita concluir, isoladamente, que o medicamento não foi administrado, a elevada frequência de erros de registro dos antissépticos orais, em conjunto com as evidências de baixa adesão à higiene bucal descritas na literatura, pode sugerir que parte desses registros pode refletir a não realização do cuidado.

Os medicamentos para o tratamento de lesões cutâneas também se fazem presentes nas prescrições médicas, uma vez que se sabe que pacientes internados, especialmente em enfermarias e UTIs, possuem alta incidência de lesão por pressão, necessitando constantemente de medidas preventivas e terapêuticas⁽¹⁸⁾.

A administração de medicamentos por via tópica apresenta diversas vantagens, incluindo menor risco para o paciente em comparação com as vias oral ou intravenosa⁽¹⁹⁾. Nesse contexto, levanta-se a hipótese de que a percepção dos profissionais de saúde de que esses medicamentos estão menos associados a riscos pode resultar em uma menor prioridade no registro de sua administração. Embora o risco envolvido seja baixo, ele não é inexistente, e representa um potencial perigo ao paciente⁽¹⁹⁾. Além disso, práticas como o compartilhamento desses medicamentos entre pacientes podem contribuir para a omissão do registro adequado, uma vez que o medicamento já se encontra disponível à beira-leito, não sendo necessária sua dispensação pela farmácia.

Medicamentos anti-infecciosos e aqueles que atuam no sistema nervoso e cardiovascular são amplamente utilizados no ambiente hospitalar e frequentemente são classificados como medicamentos potencialmente perigosos (MPPs)⁽²⁰⁻²¹⁾. Nesse contexto, observou-se uma menor incidência de erros de registro relacionados, sugerindo uma maior vigilância por parte dos profissionais no registro correto desses medicamentos, considerando os riscos e o comprometimento da segurança do paciente.

O pronto-socorro é um ambiente crítico e dinâmico, voltado ao atendimento de urgências e emergências, com alta rotatividade de pacientes⁽²²⁾. Nesse cenário, a via endovenosa é a via preferencial para a administração de medicamentos, propiciando um efeito imediato do fármaco⁽²³⁾. Devido à dinamicidade do ambiente e à complexidade do cuidado, sugere-se que os profissionais tendem a priorizar a administração do fármaco em detrimento do registro adequado. Adicionalmente, erros de registro podem ocorrer pela falta de atenção às mudanças nas prescrições médicas, como a alteração de medicamentos anteriormente indicados como “se necessário” para horários fixos.

A SRPA tem o objetivo de oferecer assistência imediata aos pacientes que ainda estão sob efeito de anestesia após um procedimento cirúrgico⁽²⁴⁾. Contudo, devido à alta demanda por leitos de UTI, a SRPA tem sido cada vez mais utilizada como suporte para pacientes críticos após cirurgias, que necessitam de cuidados intensivos e de alta vigilância⁽²⁴⁾. A ausência de erros de checagem e de rubrica observados nesta pesquisa pode indicar uma preocupação com a documentação da administração desses medicamentos em pacientes críticos. No entanto, esse mesmo nível de atenção não se reflete na assinatura da prescrição, o que pode ser atribuído ao esquecimento do profissional, já que a checagem, considerada prioritária em casos críticos, já foi realizada.

Dessa forma, apesar de haver falhas significativas no processo de registro da administração de medicamentos, levanta-se a hipótese de que a equipe prioriza o registro adequado daqueles que apresentam maior risco ao paciente, como os MPPs e os administrados por via endovenosa, em comparação com os medicamentos dermatológicos ou aplicados por via tópica. Nesse contexto, questiona-se se esses medicamentos são considerados menos importantes para registro pela equipe de

enfermagem, uma vez que estão menos relacionados a incidentes e EAs. Fatores como o compartilhamento de medicações tópicas e a omissão do registro da higiene oral do paciente também podem estar relacionados a esses registros incorretos.

Os erros relacionados à rubrica e ao símbolo de checagem dentro de um mesmo turno de trabalho apresentaram valores semelhantes. Isso pode ser atribuído à necessidade de ambos os elementos estarem presentes em cada horário que foi administrado o medicamento, possibilitando uma maior probabilidade de ausência conjunta do que da presença de um sem o outro⁽⁸⁾. A falta de assinatura, por sua vez, mostrou-se mais prevalente entre os erros de registro. Dada a alta rotatividade e a gravidade dos pacientes em setores como o pronto-socorro e o fato de a assinatura ser requerida apenas no final da prescrição médica e não em cada ato de administração, levanta-se a hipótese de uma maior frequência de omissão por parte dos profissionais.

Além disso, os turnos de trabalho diurno e noturno possuem rotinas distintas e desafios específicos. O turno diurno geralmente possui um maior fluxo de pacientes e um maior número de procedimentos e administração de medicamentos⁽²⁵⁾. Em contraste, o turno noturno está frequentemente associado ao cansaço físico e mental dos profissionais, principalmente devido à interrupção do ciclo natural de sono⁽²⁶⁾. Nesse cenário, a maior incidência de erros de checagem e rubrica no turno diurno pode ser atribuída à alta demanda desse período. Já os erros de assinatura no turno noturno podem estar relacionados à fadiga decorrente da privação de sono e à alternância dos horários de descanso. Nesse caso, os profissionais acabam negligenciando a finalização dos registros nas prescrições dos pacientes sob seu cuidado ao assumirem a responsabilidade por outros pacientes.

Os resultados demonstram que erros de registro, como a falta de checagem e a identificação inadequada dos profissionais tanto nas prescrições médicas quanto em outros documentos do prontuário, estão presentes em diferentes níveis de complexidade. Esses erros podem refletir diretamente a qualidade do cuidado ao paciente, uma vez que a ausência de registros ou informações incompletas pode levar à duplicidade de procedimentos, comprometendo a recuperação do paciente⁽²⁷⁾.

Embora os registros sejam essenciais para a segurança e a eficiência no atendimento, ainda persiste uma cultura na enfermagem que os considera de menor prioridade, restringindo seu foco apenas à assistência ao paciente, especialmente devido à sobrecarga de trabalho⁽²⁵⁾. Fatores organizacionais, como estresse e jornadas de trabalho prolongadas, afetam a produtividade, impactando diretamente tanto a qualidade da assistência quanto a qualidade dos registros^(28,29). Além disso, a alta rotatividade de pacientes, a grande demanda e a complexidade da assistência, principalmente em hospitais de grande porte, também podem contribuir para o aumento de erros relacionados à terapia medicamentosa.

Levanta-se a hipótese de que os profissionais de saúde tendem a priorizar o cuidado do paciente em detrimento das atividades burocráticas, dando uma ênfase maior ao “fazer” do que ao “registrar”. Essa prática representa um risco para a segurança do paciente e um desafio para a gestão de enfermagem, que precisa adotar medidas para monitorar e melhorar esse processo⁽²⁹⁾. Além disso, está em desacordo com as normas que baseiam a prática de enfermagem no Brasil, podendo gerar repercussões legais e implicando consequências jurídicas para os responsáveis⁽⁷⁾.

Limitações do Estudo

Este estudo apresenta algumas limitações. Como a amostra foi definida por conveniência e selecionada aleatoriamente, é possível que haja lacunas na representatividade dos dados e falhas no registro do instrumento de coleta. Evidenciou-se na literatura uma escassez de estudos que analisam os erros de registro da administração de medicamentos, limitando a análise de forma comparativa com outros resultados. Além disso, o protocolo de segurança na prescrição, na utilização e na administração de medicamentos define como omissão “os itens prescritos, mas não administrados (checados)”. Considerando que os dados coletados tratam do erro de registro na prescrição médica, não foi possível afirmar que o erro encontrado se refere à omissão da administração, uma vez que o medicamento pode ter sido administrado, mas não checado. A correlação entre a omissão da administração e a falta de checagem exige uma observação *in loco*, necessitando de tempo, metodologia e equipe capacitada, sendo impraticável no cotidiano das auditorias do NSP.

Contribuições para a Área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

O estudo possibilita um aprofundamento da problemática dos erros de registro da administração de medicamentos em um hospital de grande porte, considerando setores de diferentes níveis de complexidade. Compreender as principais fragilidades dessa atividade contribui para avaliar a natureza dos danos evitáveis e fortalecer os sistemas de monitoramento para detectar e rastrear esses danos, contribuindo, assim, para o cumprimento de um dos objetivos do desafio “Medicação sem Dano”⁽⁷⁾. Além disso, possibilita que sejam desenvolvidas estratégias que visem reduzir os erros identificados, melhorar o desempenho dos colaboradores, reduzir custos, além de aumentar a segurança e a qualidade da assistência prestada.

CONCLUSÕES

Este estudo demonstrou uma fragilidade significativa nos registros da administração de medicamentos, evidenciada pela elevada frequência de erros identificados nos dados das prescrições analisadas. O erro mais frequente foi a ausência de assinatura do profissional responsável, o que compromete a rastreabilidade da assistência, a comunicação entre a equipe e a segurança no processo

de administração de medicamentos. Esses achados reforçam a necessidade de otimização dos processos institucionais e contribuem para dois objetivos do desafio global da OMS “Medicação sem Danos”: (1) avaliar o escopo e a natureza dos danos evitáveis, fortalecendo os sistemas de monitoramento para detectar e rastrear esses danos; e (4) envolver as principais partes interessadas para conscientizar sobre o problema e buscar ativamente esforços para melhorar a segurança no uso de medicamentos.

Quase a metade dos prontuários analisados apresentou erros de registro, sendo os erros de ausência de assinatura os mais presentes, principalmente no período noturno e no pronto-socorro. Os medicamentos dermatológicos, predominantemente administrados por via tópica nos setores de UTI, USI e enfermaria, foram os mais relacionados aos erros de checagem e rubrica.

Novos estudos sobre erros de registro em prescrições médicas nos prontuários são necessários para esclarecer se essas ocorrências decorrem de inadequações na documentação ou também refletem a omissão da administração de medicamentos, bem como para investigar suas repercussões para a segurança do paciente. Os resultados poderão contribuir para o desenvolvimento de estratégias voltadas ao aprimoramento da qualidade dos registros e da assistência de enfermagem. É fundamental que treinamentos e campanhas de conscientização para as equipes assistenciais sejam implementados para prevenir EAs e destacar a importância do registro correto da administração de medicamentos embasada nas atribuições legais da profissão. Essas medidas são essenciais para o aperfeiçoamento dos processos de trabalho, favorecendo a prevenção de EAs, a qualificação da assistência, a otimização dos recursos e o fortalecimento da segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Brás CPC, Ferreira MMC, Figueiredo MCAB, Duarte JC. Patient safety culture in nurses' clinical practice. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2023:e3837. [citado 16 Dez 2023]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6231.3837>
2. World Health Organization. Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: World Health Organization; 2021 [citado 16 Dez 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
3. World Health Organization. Conceptual framework for the international classification for patient safety: final technical report. Geneva: World Health Organization; 2010 [citado 16 Dez 2023]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70882>
4. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level [Internet]. Paris: OECD; 2017 [citado 16 Dez 2023].

Disponível em: <https://doi.org/10.1787/5a9858cd-en>

5. Elliott RA, Camacho E, Campbell F, Jankovic D, James MS, Kaltenthaler E, et al. Prevalence and economic burden of medication errors in the NHS in England: rapid evidence synthesis and economic analysis [Internet]. Sheffield: University of Sheffield; 2018 [citado 16 Dez 2023]. Disponível em: <https://doi.org/10.15131/shef.data.25218950>

6. World Health Organization. Medication without harm: global patient safety challenge on medication safety [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [citado 28 Dez 2023]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/255263>

7. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem [Internet]. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem; 2016 [citado 25 Mai 2024]. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomendações-CTLN-Versão-Web.pdf>

8. Brasil. Conselho Regional de Enfermagem da Bahia. Parecer técnico nº 14/2016: padrão correto de checagem de medicação [Internet]. Salvador: Conselho Regional de Enfermagem da Bahia; 2016 [citado 20 Mai 2024]. Disponível em: <https://www.coren-ba.gov.br/parecer-coren-ba-nº-0142016/>

9. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado 20 Dez 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf

10. Garcia IM, Pimentel RRDS, Aroni P, Dias ADO, Silva LGDC, Haddad MDCFL. Patient safety incident notifications in a university hospital. Cienc Cuid Saude [Internet]. 2022; 21: e56674 [citado 24 Feb 2024]. Disponível em: https://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38612022000100227

11. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Incidentes relacionados à assistência à saúde: resultados das notificações realizadas no Notivisa - Brasil, janeiro a dezembro de 2023 [Internet]. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2023 [citado 24 Feb 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/relatorios-de-notificacao-dos-estados/eventos-adversos/2023/brasil>

12. Mota DM, Vigo Á, Kuchenbecker RDS. Formulários de notificação de reações adversas a medicamento nos sistemas de farmacovigilância do Brasil e outros doze países latino-americanos: análise comparativa. Cien Saude Colet [Internet]. 2021 [citado 24 Abr 2024];26(4):1245-57. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KvhCqHb6c3HvYyFNWDvVk9b/abstract/?lang=pt>

13. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos. Protocolo coordenado pelo Ministério da Saúde e ANVISA em parceria com FIOCRUZ e FHEMIG [Internet]. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2013 [citado 24 Fev 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/protocolo-de-seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos/view>
14. Setz VG, D'Innocenzo M. Evaluation of the quality of nursing documentation through auditing of patient records. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2009 [citado 25 Mai 2024];22(3):313-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000300012>
15. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2026 [Internet]. Oslo: WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology; 2024 [citado 17 Jun 2024]. Disponível em: https://atcddd.fhi.no/filearchive/publications/1_2026_guidelines_for_atc_classification_and_ddd_assignment.pdf
16. Silva VA, Mota RS, Oliveira LS, Jesus N, Carvalho CM, Magalhães LGS. Auditoria da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários em um hospital universitário. *Enferm Foco* [Internet]. 2019 [citado 17 Jun 2024];10(3):28-33. Disponível em: https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles_xml/2357-707X-enfoco-10-03-0028/2357-707X-enfoco-10-03-0028.pdf
17. Silva JAC da, Xavier IP, Silveira LM, Stabile AM, Cárnio EC, Gusmão JL de, et al. Oral hygiene: performance of the nursing team in a hospital environment. *Rev Enf Ref* [Internet]. 2020 [citado 18 Jul 2024];5(1):e19099. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV19099>
18. Melo DPL, Moura SRS, Rocha GMS. A prevalência de lesão por pressão em um hospital escola. *Rev Recien* [Internet]. 2021 [citado 18 Jul 2024];11(33):27-34. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/346>
19. Lourenço ARN. Administração tópica de fármacos: das restrições aos desafios [Internet]. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias; 2013 [citado 18 Jul 2024]. Tese (Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas). Disponível em: <https://recil.ulusofona.pt/server/api/core/bitstreams/abae17fc-2cc0-425b-a228-30aed086da69/content>
20. Assunção-Costa L, Costa de Sousa I, Alves de Oliveira MR, Ribeiro Pinto C, Machado JFF, Valli CG, et al. Drug administration errors in Latin America: a systematic review. *PLoS One* [Internet]. 2022 [citado 20 Jul 2024];17(8):e0272123. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272123>

21. Reis AMM, Marques TC, Opitz SP, Silva AEBDC, Gimenes FRE, Teixeira TCA, et al. Errors in medicine administration - profile of medicines: knowing and preventing. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2010 [citado 17 Jun 2024];23(2):181-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000200005>
22. Lima ELD, Valente FBG, Souza ACSE. Occurrence of errors in the preparation and administration of medications in an emergency care unit. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2022 [citado 14 Jun 2024];24:68956. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v24.68956>
23. Paiva JVB, Sousa JTM, Tavares TC, Almeida Junior VS, Silva BM. Administração segura de medicamentos via endovenosa. *RCientTo* [Internet]. 2023 [citado 14 Jun 2024];3(1):1-11. Disponível em: <https://itpacporto.emnuvens.com.br/revista/article/view/142>
24. Jardim DP, Lopes Machado LV, Viegas K. Profile and length of stay of intensive care patients admitted to the post-anesthesia care unit. *Rev SOBECC* [Internet]. 2020 [citado 20 Jul 2024];25(4):241-6. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/644>
25. Toffoletto MC, Padilha KG. Consequências dos erros de medicação em unidades de terapia intensiva e semi-intensiva. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2006 [citado 20 Jul 2024];40(2):247-52. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342006000200013>
26. Estrela MCL, Sousa MNA. Influência do turno de trabalho na qualidade do sono e da vida de enfermeiros da assistência terciária. *Bioethics Archives, Management and Health* [Internet]. 2023 [citado 17 Jun 2024];3(1):16-30. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/377356901_Influencia_do_turno_de_trabalho_na_qualidade_do_sono_e_da_vida_de_enfermeiros_da_assistencia_terciaria
27. Aquino MJN, Cavalcante TMC, Abreu RND, Scopacasa LF, Negreiros FDS. Anotações de enfermagem: avaliação da qualidade em unidade de terapia intensiva. *Enferm Foco* [Internet]. 2018 [citado 17 Jun 2024];9(1):7-12. Disponível em: <https://enfermfoco.org/article/anotacoes-de-enfermagem-avaliacao-da-qualidade-em-unidade-de-terapia-intensiva/>
28. Santos MAQFD, Santos CMD, Silva ALNVD, Orlandi TDS, Oliveira LDD. Audit of nursing: aspects of the quality of care and its registration in the medical record. *Glob Acad Nurs* [Internet]. 2020 [citado 17 Jun 2024];1(2). Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200033>
29. Lemos LF, Barbosa MA, Lima AR de A, Barreto RASS, Suzuki K, Prado MA do. Billing of level II wound treatment and records: nursing contributions. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2018 [citado 17 Jun 2024]; 27(3):e3360016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180003360016>

Agradecimentos: Não há.

Financiamento: Não há.

Disponibilidade de dados: Todos os dados estão apresentados no próprio manuscrito.

Contribuição dos autores: Concepção e desenho da pesquisa: Camila de Souza Gomes. Obtenção de dados: Camila de Souza Gomes. Análise e interpretação dos dados: Camila de Souza Gomes. Redação do manuscrito: Camila de Souza Gomes, Grazyelle Ferreira de Souza, Izabela Figueiredo de Sousa Honorato. Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual: Camila de Souza Gomes, Grazyelle Ferreira de Souza, Izabela Figueiredo de Sousa Honorato.

Editor-chefe: André Luiz Silva Alvim 