

Conferir atentamente a dose prescrita para o medicamento. Doses escritas com “zero”, “vírgula” e “ponto” devem receber atenção redobrada, conferindo as dúvidas com o prescritor sobre a dose desejada, pois podem redundar em doses 10 ou 100 vezes superiores à desejada. Certificar-se de que a infusão programada é a prescrita para aquele paciente. Verificar a unidade de medida utilizada na prescrição, em caso de dúvida ou medidas imprecisas (colher de chá, colher de sopa, ampola), consultar o prescritor e solicitar a prescrição de uma unidade de medida do sistema métrico. Conferir a velocidade de gotejamento, a programação e o funcionamento das bombas de infusão contínua em caso de medicamentos de infusão contínua.

Realizar dupla checagem dos cálculos para o preparo e programação de bomba para administração de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância. Medicações de uso “se necessário” deverão, quando prescritas, ser acompanhadas da dose, posologia e condição de uso. Solicitar complementação do prescritor em caso de orientações vagas, tais como “fazer se necessário”, “conforme ordem médica” ou “a critério médico”, para possibilitar a administração. **Importante: Não deverão ser administrados** medicamentos em casos de prescrições vagas como: “fazer se necessário”, “conforme ordem médica” ou “a critério médico”.

VI. Registro certo da administração

Registrar na prescrição o horário da administração do medicamento. Checar o horário da administração do medicamento a cada dose. Registrar todas as ocorrências relacionadas aos medicamentos, tais como adiamentos, cancelamentos, desabastecimento, recusa do paciente e eventos adversos.

VII. Orientação correta

Esclarecer dúvidas sobre a razão da indicação do medicamento, sua posologia ou outra informação antes de administrá-lo ao paciente junto ao prescritor. Orientar e instruir o paciente sobre qual medicamento está sendo administrado (nome), justificativa da indicação, efeitos esperados e aqueles que necessitam de acompanhamento e monitorização. Garantir ao paciente o direito de conhecer o aspecto (cor e formato) dos medicamentos que está recebendo, a frequência com que será ministrado, bem como sua indicação, sendo esse conhecimento útil na prevenção de erro de medicação.

VIII. Forma certa

Checar se o medicamento a ser administrado possui a forma farmacêutica e via administração prescrita. Checar se forma farmacêutica e as via de administração prescrita estão apropriadas à condição clínica do paciente. Sanar as dúvidas relativas à forma farmacêutica e a via de administração prescrita junto ao enfermeiro, farmacêutico ou prescritor. A farmácia deve disponibilizar o medicamento em dose unitária ou manual de diluição, preparo e administração de medicamentos, caso seja necessário realizar a trituração e suspensão do medicamento para administração por sonda nasogástrica ou nasoentérica³⁴.

IX. Resposta certa

Observar cuidadosamente o paciente, para identificar, quando possível, se o medicamento teve o efeito desejado. Registrar em prontuário e informar ao prescritor, todos os efeitos diferentes (em intensidade e forma) do esperado para o medicamento. Deve-se manter clara a comunicação com o paciente e/ou cuidador. Considerar a observação e relato do paciente e/ou cuidador sobre os efeitos dos medicamentos administrado, incluindo respostas diferentes do padrão usual. Registrar todos os parâmetros de monitorização adequados (sinais vitais, glicemia capilar).

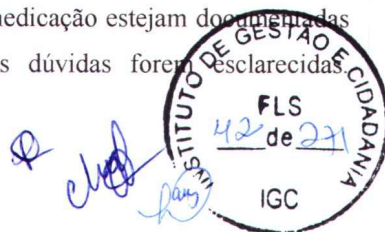
Intervenções específicas

Instituir a prática de dupla checagem por dois profissionais, para os cálculos de diluição e administração de medicamentos potencialmente perigosos ou medicamentos de alta vigilância.

REMOVER do estoque das unidades de internação os eletrólitos concentrados (especialmente cloreto de potássio injetável) e bloqueadores neuromusculares. Deverão permanecer nas unidades de internação **APENAS** os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância que sejam absolutamente necessários à assistência ao paciente.

Procedimento operacional padrão para administração de medicamentos

Implementar a prática de verificação dos nove certos da terapia medicamentosa. Certificar-se de que as informações sobre o processo de medicação estejam documentadas corretamente. Somente administrar medicamento se as dúvidas forem esclarecidas.



Estabelecer protocolos institucionais de administração de medicamentos e atualizá-los periodicamente.

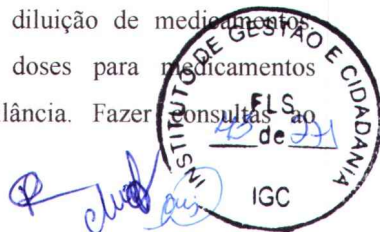
Utilizar materiais e técnicas assépticas para administrar medicamentos por via intravenosa e para outras vias que exijam esse tipo de técnica. Registrar, conforme protocolo da instituição, todas as ações imediatamente após a administração do medicamento.

O enfermeiro deve supervisionar o preparo e a administração de medicamentos realizados por técnicos e auxiliares de enfermagem. Seguir o protocolo da instituição quanto ao preparo de pacientes para exames ou jejum que possam interferir na administração do medicamento. Em casos de preparo de pacientes para exames ou jejum, não administrar nem adiar a administração de doses sem discutir conduta com o prescritor.

Registrar adequadamente a omissão de dose e comunicar ao enfermeiro. Adequar os horários de administração dos medicamentos à rotina de uso já estabelecida pelo paciente antes da internação, sempre que possível. Evitar, dentro do possível, interações medicamento-medicamento e medicamento-alimento quando realizar o aprazamento de medicamentos.

Discutir a prevenção das interações medicamentosas com a equipe multiprofissional (médico, farmacêutico e nutricionista). Seguir o protocolo institucional quanto à verificação das prescrições na passagem de plantão. Seguir o protocolo institucional quanto aos cuidados para que não haja a administração de medicamentos suspensos pelo médico. Padronizar o armazenamento adequado e a identificação completa e clara de todos os medicamentos que estão sob a guarda da equipe de enfermagem. Monitorar a temperatura da geladeira de acondicionamento de medicamentos, observando-se o parâmetro mínimo e máximo de temperatura diariamente, dirimindo dúvidas com o farmacêutico. Organizar local adequado para o preparo de medicamentos, preferencialmente sem fontes de distração e que permita ao profissional concentrar-se na atividade que está realizando.

A instituição deve disponibilizar e atualizar guias de prevenção de incompatibilidades entre fármacos e soluções e guias de diluição de medicamentos. Solicitar revisão por um colega sempre que calcular doses para medicamentos potencialmente perigosos ou medicamentos de alta vigilância. Fazer consultas



farmacêutico e em fontes de informações atualizadas e idôneas em caso de dúvidas sobre o nome do medicamento, posologia, indicações, contraindicações, precauções de uso, preparo e administração. Utilizar instrumentos de medida padrão no preparo de medicamentos (ex: seringas milimetradas) para medir doses com exatidão. Seguir os sistemas de identificação do paciente e do leito ou sala de medicação estabelecida nos protocolos institucionais. Padronizar equipamentos como bombas de infusão, limitando a variedade de opções. Seguir a prescrição de enfermagem para o uso de bombas de infusão para administração segura de medicamentos. Levar ao local, no horário de administração de medicamentos, apenas o que está prescrito a um único paciente, **não** fazendo uso de bandeja contendo diversos medicamentos para diferentes pacientes.

Preparar o medicamento imediatamente antes da administração, a não ser que haja recomendação especial do fabricante para procedimento diferente. Manter registro adequado dos frascos de medicamentos preparados que serão armazenados (com data e horário da manipulação, concentração do medicamento, nome do responsável pelo preparo e validade). Administrar medicamento por ordem verbal somente em caso de emergência, utilizando método de dupla checagem para administração com registro por escrito da ordem verbal. Registrar corretamente a administração do medicamento prescrito no prontuário do paciente, certificando que foi administrado ao paciente e evitando a duplicação da administração do medicamento por outro profissional. Informar ao paciente e à família sobre eventuais incidentes relacionados à terapia medicamentosa, registrando-os em prontuário e notificando-os à Gerência de Riscos e/ou ao Núcleo de Segurança do Paciente. Comunicar ao paciente qual o medicamento está sendo administrado e qual a sua ação no momento da administração. Devolver à farmácia as sobras de medicamentos não administrados, pois estoques de medicamentos nas enfermarias é fonte importante de erros de administração³⁷.

Monitoramento e indicador para a administração segura de medicamento

Os eventos adversos relacionados à administração de medicamentos devem ser notificados ao Núcleo de Segurança do Paciente.

Indicador

Nome do indicador Taxa de erros na administração de medicamentos.



Objetivo do indicador

Monitorar a ocorrência de erros na atividade de administração de medicamentos para atendimento ao paciente.

Fórmula do indicador

n° medicamentos administrados com erro de omissão \times 100 n° total de medicamentos administrados

Periodicidade mínima de verificação

Mensal.

Explicação da fórmula

Nº de medicamentos prescritos mas não administrados (erro de omissão): são os itens prescritos mas não administrados (checados).

Nº total de medicamentos administrados: todos os medicamentos prescritos em um determinado período de tempo.

Fonte de Informação

Registros de enfermagem na prescrição médica ou odontológica (eletrônica, transcrita ou manual).

Coleta de dados

Elaborar planilha para registro do número total de medicamentos prescritos, mas não administrados dividido pelo número total de medicamentos prescritos. Totalizar os dados e aplicar a fórmula.

Responsável Enfermeiro.

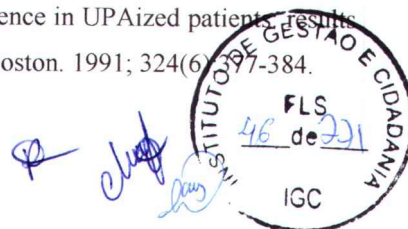
Estratégias de monitoramento e indicadores gerais para o uso seguro de medicamentos

O processo de uso dos medicamentos (prescrição, dispensação e administração) deve estar devidamente descrito em procedimentos operacionais padrão, atualizados e divulgados para os profissionais do estabelecimento de saúde. O estabelecimento de saúde deve possuir rotina para transferência interna e externa de pacientes e que contemple a segurança no processo de utilização dos medicamentos na transição do paciente. O estabelecimento de saúde deve proporcionar aos profissionais de saúde

educação permanente e treinamento em uso seguro de medicamentos. O estabelecimento de saúde deve possuir política de incentivo à melhoria da segurança do uso de medicamentos, centrado no trabalho em equipe, notificação e ambiente não punitivo.

Referências

1. Aspden P. *et al.* (ed.). Committee on identifying and preventing medication errors. preventing medication errors. institute of medicine of the national academies. Washington, DC: The National Academies Press, 2007; 544 p. (Quality Chasm Series).
2. Landrigan CP. *etal.* Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. N Engl J Med, Boston. 2010; 363(22):2124-34.
3. World Health Organization. WHO. Action on patient safety. High 5s. World alliance for patient safety. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/en>.
4. World Health Organization. WHO. World Alliance for Patient Safety: forward programme 2006-2007. Geneva. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/WorldHealth>.
5. Bates DW, Gawande AA. Error in medicine: what we have learned? Ann Intern Med, Philadelphia. 2000; 132(9):763-767.
6. Gerrett D, *et al.* Tallman lettering. Final report of the use of tallman lettering to minimize selection errors of medicine names in computer prescribing and dispensing systems. Loughborough University Enterprises Ltd., 2009. Disponível em: www.connectingforhealth.nhs.uk/systemsandservices/eprescribing/refdocs/.
7. Leape LL, *etal.* The nature of adverse events and negligence in UPAized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. N Engl J Med, Boston. 1991; 324(6):377-384.



8. Phillips DP, Christenfeld N, Glynn LM. Increase in US medication-error deaths between 1983 and 1993. *Lancet*, London. 1998; 351(9103):643-644.
9. Cohen MR. Medication errors. Washington, AmPharm Assoc. 2006; 680 p.
10. Federico F. Preventing harm from high-alert medications. *Jt. Comm. J Qual Patient Saf.* 2007; 33(9):537-542.
11. Institute for Healthcare Improvement. How-to guide: prevent harm from high alert medications. Cambridge, MA: Institute for Health Care Improvement; 2012. Disponível em: www.ihc.org.
12. Leape LL, Berwick DM, Bates DW. What practices will most improve safety? *JAMA.* 2002; 288(4):501-507. DOI:10.1001/jama.288.4.501.
13. Rosa MB, *et al.* Errors in UNIDADE prescriptions of high-alert medications. *Ver Saúde Pública*, São Paulo. 2009; 43(3):490-8.
14. Ferracini FT. Estrutura organizacional. *In:* Ferracini FT, Filho WM. *Prática farmacêutica no ambiente Hospitalar: do planejamento à realização.* São Paulo: Atheneu, 2005.
15. World Health Organization. Estrutura conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. Direção Geral da Saúde. 2011; 142p. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70882/4/WHO_IER_PSP_2010.2_por.pdf.
16. Institute for Safe Medication Practices Canada. Canadian Medication Incident Reporting and Prevention System. Definitions of Terms. Disponível em: www.ismpcanada.org/definitions.htm.



17. Dean B, Barber N, Schachter V. What is prescribing error? Qual Health Care, Oxford. 2000; 9:232-237.
18. Committee of Experts on Management of Safety and Quality in Health Care: Expert Group on Safe Medication Practices. Glossary of terms related to patient and medication safety. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/highlights/COE_patient_and_medication_safety_gl.pdf >.
19. Cohen MR, *et al.* Preventing dispensing errors. *In:* Cohen MR. (ed.). Medication errors. Washington, AmPharmAssoc. 2006; p. 205-232.
20. Beso A, Franklin BD, Barber N. The frequency and potential causes of dispensing errors in a UNIDADE pharmacy. Pharm World Sci. 2005; 27(3):182-90.
21. Taxis K, Barber N. Ethnographic study of incidence and severity of intravenous drug errors. BMJ. 2003; 326(7391):684-7.
22. Cohen MR. Preventing prescribing errors. *In:* Cohen MR. (ed.). Medication errors. Washington, Am Pharm Assoc. 2006; p. 175-203.
23. Néri EDR, *et al.* Erros de prescrição de medicamentos em um UNIDADE brasileiro. verAssoc Méd Bras. 2011; 57(3):306-314.
24. Abushaiqa ME, *et al.* Educational interventions to reduce use of unsafe abbreviations. Am J Health Syst Pharm. 2007; 64(11):1170-1173.
25. Cohen MR, *et al.* Errors-Prone abbreviations and dose expressions. *In:* Cohen MR. (ed.). Medication errors. Washington, AmPharmAssoc, 2006; p. 153-171.
26. Néri EDR. Determinação do perfil dos erros de prescrição de medicamentos em

um UNIDADE universitário. 2004. Disponível em:

http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/2064aa80474592999afade3fbc4c6735/dissertacao_perfil_errores_prescri%25E7%25E3o_UNIDADE.pdf?MOD=AJPERES.

27. Organização Mundial da Saúde. Programa de ação sobre medicamentos essenciais. Guia para a boa prescrição médica. Porto Alegre, ArtMed, 1998.

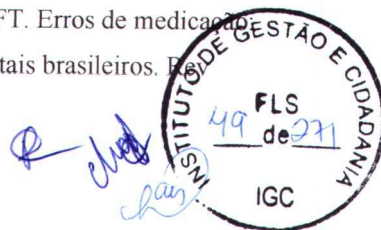
28. Shekelle PG, *et al.* Making health care safer II: an updated critical analysis of the evidence for patient safety practices. Comparative effectiveness review n. 211. (prepared by the Southern California-RAND Evidence-based Practice Center under Contract n. 290-2007-10062-I) AHRQ Publication n. 13-E001-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. March 2013. Disponível em: www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/ptsafetyuptp.html.

29. Néri EDR, Viana PR, Campos TA. (org). Dicas para uma boa prescrição Hospitalar. 2008. Disponível em: http://www.huwc.ufc.br/arquivos/biblioteca_cientifica/1261588761_49_0.pdf.

30. Institute for Safe Medication Practices. FDA and ISMP Lists of look-alike drug names with recommended tall man letters. 2011. Disponível em: www.ismp.org/tools/tallmanletters.pdf.

31. Telles Filho PCP, Cassiani SHB. Administração de medicamentos: aquisição de conhecimentos e habilidades requeridas por um grupo de enfermeiros. Rev Latino-Am Enfermagem [serial on the Internet]. 2004; 12(3): 533-540. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692004000300012 &lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000300012>.

32. Miasso AI, Grou CR, Cassiani SHB, Silva AEBC, Fakh FT. Erros de medicamentos: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. Esc Enferm, USP. 2006; 40(4): 524-532.



33. Malcolm E, Yisi L. The nine rights of medication administration: an overview. *Br J Nurs.* 2010; 19:(5):300-05.

34. Cassiani SHB, Deus NN, Capucho HC. Administración segura de medicamentos. *In: Cometto MC, Gómez PF, Dal-Sasso GTM, Grajales RAZ, Cassiani SHB, Morales CF. (org.). Enfermería y seguridad de los pacientes.* Washington, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. 1 ed. v. 1, 2011. p. 225-238.

35. Coren-SP/Rebraensp/SP. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Erros de medicação: definições e estratégias de prevenção. São Paulo, 2011; p. 35.

36. Nascimento MMG; Rosa MB; Harada, MJCS. Prevenção de erros de administração de medicamentos no sistema de saúde. *Rev Meio de Cultura Hospitalar.* n 52, 2013.p18-22.

37. Cohen MR, *et al.* Preventing drug administration errors. *In: Cohen MR. (ed.). Medication errors.* Washington, AmPharmAssoc, 2006; p. 235-274.44

B3. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ADULTO E PEDIÁTRICO

Os protocolos referentes aos procedimentos de atendimentos às urgências no HOSPITAL MATERNIDADE PROFESSOR WALDEMAR DE ALCÂNTARA ITAPIÚNA 24h, constarão especificadas no anexo desta proposta.

C) ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO – ACCR

Acolhimento é, antes de tudo, uma diretriz política e operacional do SUS. É postura ética, uma atitude em relação à garantia de acesso aos serviços de saúde, à qualidade e integralidade da atenção. Traduz-se em recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário. (MS/PNH, 2006).

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) é um dispositivo técnico-assistencial que permite, além da garantia de acesso, concretizar o princípio da equidade, pois possibilita a identificação das prioridades para atendimento, ou seja, atender segundo a necessidade de saúde/ gravidade/ risco ou vulnerabilidade de cada usuário.

Avaliar riscos e vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento e com maior grau de risco e vulnerabilidade.

O ACCR permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona a clínica no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e o acesso aos serviços. No entanto, não se pode focar apenas a avaliação de risco, pois perde-se potência de ação de saúde. Tampouco pode ser considerado prerrogativa exclusiva dos profissionais de saúde: o usuário e sua rede social devem também ser considerados neste processo.

A portaria 2.048 de 5 de novembro de 2002 do Ministério da Saúde coloca que o ACCR "... deve ser realizado por profissional de saúde de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento". A classificação de risco deve ser um processo dinâmico de identificação dos usuários que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.



Neste entendimento, o ACCR configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e realização da promoção da saúde em rede.

Tem se mostrado um dispositivo potente como reorganizador dos processos de trabalho, resultando em maior satisfação de usuários e trabalhadores, aumento da eficácia clínica e também como disparador de outras mudanças como a constituição de equipes de referência, a gestão compartilhada da clínica, a constituição de redes entre os vários serviços de saúde, a valorização do trabalho em saúde, a inclusão dos cuidadores nos Projetos Terapêuticos Singulares, a participação de trabalhadores e usuários na gestão.

A estratégia de implantação da sistemática do ACCR possibilita abrir processos de reflexão e aprendizado institucional de modo a reorganizar as práticas assistenciais e construir novos sentidos e valores, avançando em ações humanizadas e compartilhadas, pois a produção de saúde é, necessariamente, um trabalho coletivo e cooperativo, entre sujeitos. Possibilita a ampliação da resolutividade ao incorporar critérios de avaliação de riscos, que levam em conta toda a complexidade dos fenômenos saúde/doença, o grau de sofrimento dos usuários e seus familiares, a priorização da atenção no tempo, diminuindo o número de mortes evitáveis, sequelas e internações. É uma tecnologia capaz de acolher a mulher no ciclo gravídico puerperal e garantir um melhor acesso aos serviços de urgência/emergência nos hospitais e um desafio para a construção de projeto de redes aliadas de defesa da vida.

OBJETIVOS

- Humanizar o atendimento mediante escuta qualificada que busca os serviços de urgência/emergência dos hospitais.
- Organizar o processo de trabalho e ambiência da unidade.
- Melhorar a informação para as usuárias e seus familiares sobre sua situação de saúde e sua expectativa de atendimento e tempo de espera.
- Classificar, mediante protocolo, as queixas dos usuários que demandam os serviços de urgência/emergência, visando identificar as que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato.

BENEFÍCIOS



Para as pacientes:

- Atendimento ágil para os casos de maior risco com diminuição do tempo de espera para os casos agudos e os que demandam urgência, principalmente.
- Informação sobre o tempo de espera aos usuários e familiares.
- Melhoria da qualidade do atendimento.

Para os profissionais:

- Racionalização do processo de trabalho.
- Melhoria da eficácia e efetividade do serviço.
- Otimização e valorização do trabalho e trabalhador da saúde, incluído na construção das propostas.
- Melhor integração da equipe e envolvimento de todos os profissionais de saúde.
- Aumento do grau de satisfação dos profissionais de saúde, diminuição da ansiedade.

QUEM FAZ

O ACCR deve ser feito por uma equipe multiprofissional composta por: enfermeiro, técnico de enfermagem, serviço social, equipe médica, profissionais da portaria/ recepção e estagiários.

São consideradas habilidades importantes a capacidade de comunicação, boa interação com os demais profissionais da equipe, usuários e familiares, paciência, habilidade organizacional, agilidade, julgamento crítico, discricção, ética e solidariedade.

A QUEM SE DESTINA

A todos os pacientes atendidos na Unidade.

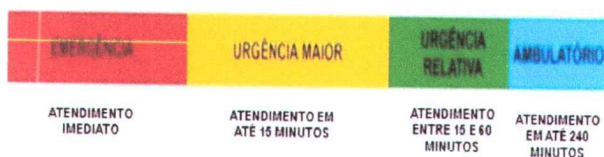
COMO SE APLICA

É um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de agravos à saúde ou grau de sofrimento.

Esse processo se dá mediante escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo, aliadas à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro.

Ao chegar à unidade demandando necessidade aguda ou de urgência, o usuário é acolhido pelos funcionários da portaria/recepção ou estagiários e encaminhado para preenchimento da ficha de atendimento.

Após a sua identificação, o usuário é encaminhado ao espaço destinado ao Acolhimento com Classificação de Risco onde serão aferido os dados vitais pela equipe de enfermagem e será classificada o risco pelo enfermeiro (devidamente treinado para esta prática), apoiado pelo médico que, utilizando informações da escuta qualificada e da tomada de dados vitais, se baseia no protocolo e classifica a usuária em:



• **1º Grupo – Prioridade Máxima (Vermelha)**

- Emergência Atender imediatamente encaminhar diretamente para atendimento médico.

• **2º Grupo – Prioridade I (Amarelo) –**

Urgência Atender em até 15 minutos e encaminhar para consulta médica prioritizada. Reavaliar periodicamente.

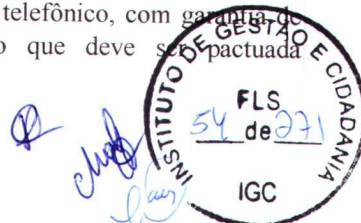
• **3º Grupo – Prioridade II (Verde)**

Urgência Relativa

Atender entre 15 e 60 minutos e encaminhar para consulta médica sem priorização.

Informar expectativa do tempo de atendimento e reavaliar periodicamente.

Pacientes classificados como VERDE podem também receber encaminhamento à unidade básica de referência pelo serviço social, via contato telefônico, com garantia de consulta médica e/ou cuidados de enfermagem, situação que deve ser pactuada previamente.



• **4º Grupo – Prioridade III (Azul)**

- Não urgente

Atender em até 4 horas e informar a possibilidade de encaminhamento para a Atenção Básica (UBS). Pacientes classificados como AZUL poderão ser encaminhados, através de documento escrito, para o acolhimento na Unidade Básica de Saúde de referência ou terão seus casos resolvidos pela Equipe de Saúde.

Todos os pacientes classificados como VERDE e AZUL, se desejarem, serão atendidos pela equipe médica.

Observação importante: Nenhum paciente poderá ser dispensado sem ser atendido, ou seja, sem ser acolhido, classificado e encaminhado de forma responsável a uma Unidade Básica de Saúde de referência.

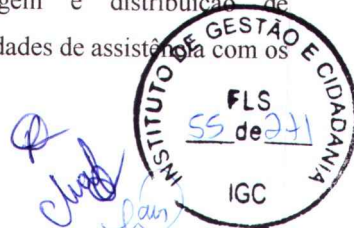
D - PROTOCOLOS E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA, INCLUINDO IMPLANTAÇÃO E DISPENSAÇÃO

1 Perfil

A Farmácia tem a finalidade de prestar assistência farmacêutica aos profissionais médicos e enfermeiros na administração de medicamentos, armazenar, dispensar e controlar medicamentos e produtos afins utilizados na unidade. É também responsável pela informação técnica, científica e controle de qualidade de medicamentos e correlatos utilizados pela unidade.

2 Atribuições Gerais

- Assessorar o corpo clínico com relação aos aspectos farmacológicos dos medicamentos;
- Estabelecer um sistema de recebimento, estocagem e distribuição de medicamentos, seguro e eficiente, capaz de suprir as unidades de assistência com os medicamentos prescritos pelo corpo clínico da unidade;



- Exercer de forma efetiva o gerenciamento do estoque de medicamentos e produtos afins, mantendo registro de consumo, perda e extravio de medicamentos;
- Controlar a movimentação de medicamentos e correlatos, e em especial, dos entorpecentes e psicotrópicos;
- Aviar as receitas formuladas pelo corpo clínico da unidade;
- Colaborar em pesquisas de assuntos farmacêuticos;
- Assessorar no controle de qualidade dos produtos químicos adquiridos para utilização na unidade.

A Unidade de Farmácia será regida com base na Padronização de Medicamentos. Esta é uma listagem dos fármacos disponíveis identificados pela nomenclatura genérica (nome farmacológico), conforme Denominação Comum Brasileira (DCB) e acrescida pelas formas de apresentação, concentrações, e suas respectivas indicações.

A padronização objetiva facilitar a prescrição médica, otimizar recursos e qualificar a assistência por meio de orientação e informações ao corpo técnico.

3 Rotinas / Fluxo Operacional

A Unidade de Farmácia será um órgão de abrangência assistencial e administrativa, onde serão desenvolvidas atividades ligadas à produção, armazenamento, controle, dispensação e distribuição de medicamentos e correlatos à unidade de saúde. Será igualmente responsável pela orientação de usuários internos e ambulatoriais, visando sempre à eficácia da terapêutica, além da redução dos custos. Servirá ao usuário, objetivando dispensar medicações seguras e oportunas.

O fornecimento de medicamentos incluirá:

- Conhecimento da dinâmica da demanda;
- Aquisição de medicamentos e matérias primas, produção e transformação de medicamentos;
- Sequência logística da administração, controle de estoques e relatórios gerenciais;



- Controle de qualidade;
- Sistema racional de distribuição de fármacos.

A eficácia terapêutica depende do bom funcionamento dos seguintes aspectos:

- Acompanhamento e discussão permanente, com os profissionais envolvidos, sobre a mais adequada utilização dos medicamentos e possíveis resultados do tratamento;
- Disposição e fornecimento de informações sobre conservação, dosagem, substitutos similares (genéricos), interações, efeitos colaterais;
- Manutenção de sistemas de farmacovigilância;
- Reciclagem e educação continuada dos funcionários.

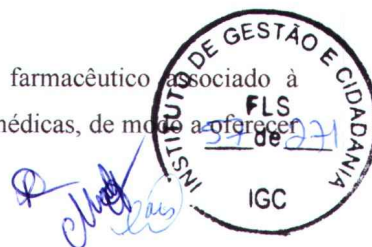
4 Atividades

Caberá à Unidade de Farmácia da Unidade:

- Atuar nas comissões Hospitalares (padronização de medicamentos e controle de infecção Hospitalar);
- Orientar a compra de medicamentos;
- Controle de eficácia terapêutica e da qualidade;
- Controlar medicamentos entorpecentes e psicotrópicos, de acordo com a Lei;
- Emitir relatórios técnicos e administrativos;
- Fornecer medicamentos aos usuários internados;
- Informar sobre medicamentos;
- Orientar os usuários;
- Promover a estocagem de medicamentos em condições adequadas;
- Promover a manipulação de medicamentos;
- Registrar a movimentação do estoque.

5 Dispensação e distribuição

Estende-se por dispensação de medicamentos o ato farmacêutico associado à entrega e distribuição mediante análise prévia das prescrições médicas, de modo a oferecer



informações da boa atualização da Farmácia, bem como da preparação das doses que devem ser administradas. A ordem de dispensação obedecerá a norma do estoque mais antigo em primeiro lugar.

A medicação será dispensada em dose individualizada, que consiste no atendimento individualizado das prescrições, no qual a medicação é fornecida por um período, em geral, de 24 horas.

Este método tem como vantagens a diminuição dos erros de medicação, dos estoques setoriais, melhorando a conservação de medicamentos; e das perdas e desvios.

Será utilizado o sistema de distribuição de medicamentos por dose unitária que consiste em dispensar, a partir da interpretação da ordem médica por parte do farmacêutico, as doses de medicamentos necessárias para cada usuário, previamente preparadas para que cubram um período determinado.

Com este método as doses são preparadas na medida exata para cada medicamento e usuário. Diminui-se o número de erros de medicação; a enfermeira não tem que fazer o pedido nem prepara a medicação que deve administrar aos usuários; a enfermagem se sente apoiada pela Unidade de Farmácia e pode dedicar mais tempo aos enfermos; o farmacêutico se integra na equipe assistencial, conseguindo, desta forma, a possibilidade de incidir na racionalização do uso dos medicamentos; pode haver maior conhecimento do custo da medicação por enfermo; e é possível o aumento da segurança e qualidade terapêutica do usuário.

6 Almoarifado de Medicamentos

O Serviço de Almoarifado tem a finalidade de gerenciamento dos suprimentos, representados pelos materiais permanentes e de consumo. As unidades de saúde têm a responsabilidade do planejamento dos suprimentos, desde a previsão de consumo, procedimentos de aquisição e garantia da integridade dos produtos utilizados através do correto acondicionamento e movimentação dos mesmos até a gestão dos estoques e dispensação às áreas requisitantes.

7 Organização



A Unidade de Suprimentos tem sob sua responsabilidade as atividades das seguintes áreas:

- Compras
- Almoxarifado

8 Atribuições Gerais

- Prever o consumo de material, a fim de proceder a aquisição e distribuição de material em tempo adequado, garantindo assim um bom nível de serviço prestado a todas as áreas;
- Comprar suprimentos em condições competitivas, mais favoráveis e econômicas e receber todos os itens de material utilizados na unidade;
- Estocar e distribuir de forma eficiente todos os itens existentes e utilizados na unidade. Observação: com exceção dos gêneros alimentícios perecíveis, gerenciados pelo Serviço de nutrição, ou medicamentos e drogas, gerenciados pela Farmácia;
- Manter controle dos itens e da sua movimentação interna, através da codificação e padronização de material estocado;
- Manter o registro centralizado e atualizado das entradas e saídas de todos os materiais;
- Notificar a Direção Administrativa Financeira com Relatórios de Consumo e suas respectivas previsões.

9 Atribuições específicas da área de compras

- Adquirir novos produtos e conhecer novos fornecedores no mercado de material médico e insumos;
- Estabelecer e manter atualizado um cadastro geral de materiais;
- Estabelecer e manter atualizado um cadastro de fornecedores;
- Emitir as tomadas de preços ou diretamente contatar os fornecedores e identificar as melhores condições de fornecimento;

- Obedecer às especificações técnicas dos materiais a serem adquiridos;
- Efetuar todas as compras em nome da instituição;
- Desenvolver os meios de transporte das mercadorias, caso seja necessário, assim como as respectivas empresas prestadoras desses serviços;
- Manter a Direção da unidade sempre informada quanto aos problemas de aquisição e/ou atrasos de entrega dos materiais comprados pela Instituição;
- Garantir o suprimento constante de todos os recursos materiais necessários ao funcionamento da unidade.

10 Atribuições Específicas do Almoarifado:

- Receber e verificar todos os materiais comprados, conferindo sua qualidade, quantidade e especificações técnicas;
- Realizar a devolução aos fornecedores, quando, em qualquer situação de recebimento for identificado divergências quantitativas, qualitativas e de especificação técnica dos materiais;
- Estabelecer e manter atualizados os arquivos a respeito do recebimento e distribuição de material;
- Enviar os gêneros alimentícios perecíveis ao Serviço de Nutrição para sua verificação e correta estocagem;
- Informar às áreas requisitantes o devido recebimento de seus pedidos;
- Proporcionar uma correta armazenagem dos materiais, respeitando as características técnicas e geométricas (volume) a fim de se evitar possíveis avarias e deterioração;
- Solicitar a compra de materiais que se fizerem necessários, momento este quando identificado o Ponto de Ressuprimento do produto estocado, a fim de garantir estoque suficiente para abastecimento da unidade;
- Manter a organização do depósito de materiais em perfeita harmonia com as condições ideais de trabalho, com as respectivas sinalizações, indicações, regras de

