

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENFERMAGEM

THIAGO HESSEL

**PREVENÇÃO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE EVENTOS ADVERSOS
RELACIONADOS AOS ERROS DE MEDICAÇÃO: revisão integrativa.**

Porto Alegre

2015

THIAGO HESSEL

**PREVENÇÃO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE EVENTOS ADVERSOS
RELACIONADOS AOS ERROS DE MEDICAÇÃO: revisão integrativa.**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado à Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a conclusão do curso e obtenção do título de Enfermeiro.

Professora Orientadora: Dra. Ana Luísa Petersen Cogo

Porto Alegre

2015

Agradecimentos

Agradeço ao meu grande Amor, Fernanda Bardini Hessel, pelo companheirismo, pelo carinho e pelos momentos de alegria nas horas mais difíceis. Ter encontrado você durante a graduação fez valer a escolha da Enfermagem como profissão.

Agradeço a minha querida mãe Eliana pelas palavras amigas e de conforto, pelo aconchego do seu abraço e pela “comidinha” deliciosa que me alimentou ao longo do caminho da graduação. Agradeço pela amizade e pelo exemplo de empatia e solidariedade com o próximo.

Agradeço meu pai Airton pelo exemplo de honestidade e luta, e pelos momentos de bom humor e descontração.

Agradeço aos pais que encontrei ao longo do caminho, Sérgio e Vera, e ao meu cunhado Rafael pelos “pães quentinhos”, pelo apoio incondicional, pelas caronas devido a problemas “médicos” e pelo carinho que sempre recebi no lar de vocês.

Agradeço a minha amada avó Dorinha, que sempre me acompanhou ao longo do caminho em suas preces cheias de devoção. O meu grande exemplo de força.

Agradeço aos professores, que foram essenciais na construção dessa caminhada com seus ensinamentos e experiência, em especial aos que me auxiliaram da melhor maneira, no momento em que mais precisei.

E por fim, a minha orientadora, Prof^a Ana Luisa Petersen Cogo, pela paciência, pela dedicação e principalmente por ter aceitado o convite da orientação do meu trabalho de conclusão.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo descrever as estratégias adotadas pela Equipe de Enfermagem para prevenção de eventos adversos ligados a erros de medicação em âmbito hospitalar. Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura orientada pela questão: quais são as atividades desenvolvidas pela Equipe de Enfermagem para prevenir os eventos adversos ligados a erros de medicação no âmbito hospitalar. As buscas foram realizadas nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), na SciVerse Scopus da Elsevier e na Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), no período de 2004 a 2014. Os descritores utilizados foram erros de medicação/*medication errors*, enfermagem/*Nursing*, segurança do paciente/*patient safety*, aprendizagem/*learning* e os termos eventos adversos/*adverse events*, educação da segurança/*safety education*. A amostra foi formada por 36 artigos, predominado estudos com abordagem qualitativa (39%), publicados com maior frequência no ano de 2014 (19,4%) e de origem americana (36%). Nos 36 artigos estudados foram identificados cinco temas, os quais foram: educação na saúde; implementação de escalas e/ou instrumentos na gestão de medicamentos; desenvolvimento de habilidades em comunicação interprofissional na gestão de medicamentos; percepção e manejo do erro de medicação; implementação de zonas seguras de não interrupção no preparo de medicação. A partir da análise destes estudos, conclui-se que há o aumento de estudos que relatam e avaliam ações a serem desenvolvidas pela equipe de enfermagem para prevenir erros de medicação. O grande número de estudos estrangeiros comparado aos poucos brasileiros sugere a importância de desenvolvimento de novos estudos que sejam aplicáveis a realidade do Sistema Único de Saúde e do processo de trabalho da enfermagem brasileira.

Descritores: enfermagem, erros de medicação, segurança do paciente.

ABSTRACT

This study aimed to describe the strategies adopted by the Nursing Team for prevention of adverse events related to medication errors in hospitals. This is an integrative review of the literature guided by the question: what are the activities developed by the nursing team to prevent adverse events related to medication errors in hospitals. The searches were conducted in the databases Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS), the Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), SciVerse Scopus at Elsevier and Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), from 2004 to 2014. The descriptors used were erros de medicação/medication errors, enfermagem/nursing, segurança do paciente/patient safety, aprendizagem/learning and the terms of eventos adversos/adverse events, educação da segurança/safety education. The sample consisted of 36 articles, predominated studies with a qualitative approach (39%), most frequently published in 2014 (19.4%) and from America (36%). In the 36 articles studied were identified five themes, which were: health education; implementation scales and/or instruments in medication management; skills development in interprofessional communication in medication management; perception and management of medication error; implementation of safe zones no interruption in the medication preparation. From the analysis of these studies, it is concluded that there is an increase in studies reporting and evaluate actions to be developed by the nursing staff to prevent medication errors. The large number of foreign studies compared the few Brazilians suggests the importance of developing new studies that apply the reality of the Unified Health System and the Brazilian nursing work process.

Keywords: medication errors, nursing, patient safety.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Associação de descritores utilizada para a busca de artigos para a Revisão Integrativa (RI).	17
Figura 1 - Diagrama do processo de seleção de artigos da revisão integrativa.....	18
Quadro 2 - Quadro sinóptico.	19
Tabela 1 - Número e percentual de artigos selecionados conforme idioma.....	22
Tabela 2 - País de produção dos artigos selecionados para a revisão integrativa....	23
Gráfico 1 - Distribuição dos artigos selecionados conforme ano de publicação.	24
Gráfico 2 - Distribuição dos tipos de estudos.	24
Tabela 3 - Distribuição dos artigos em relação aos temas categorizados.	25

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVO	14
3 METODOLOGIA	15
3.1 Formulação do Problema.....	15
3.2 Coleta de Dados	15
3.3 Avaliação dos Dados Coletados	16
3.4 Análise e interpretação dos dados	16
3.5 Apresentação dos Resultados	17
3.6 Aspectos Éticos	18
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	19
5 DISCUSSÃO.....	26
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	38
APÊNDICE A – Instrumento para a coleta de dados.....	44
ANEXO A – Aprovação do projeto	45

1 INTRODUÇÃO

É inerente a qualquer indivíduo recorrer ao auxílio de serviços de saúde quando há algum agravo em sua saúde física ou mental. Entretanto, o processo de hospitalização, para a devida busca da reabilitação ou do estado de saúde anterior ao do agravo, é cercado por inúmeros riscos ocultos. Riscos esses, referentes à segurança e à possibilidade do usuário do serviço de saúde ser vítima de eventos adversos (EA) que, segundo Reis, Martins e Laguardia (2013), transversalmente podem implicar desde danos individuais a prejuízos coletivos de ordem financeira e interferir nos índices de saúde, como morbidade e letalidade da população. Entre os eventos adversos encontram-se os erros no preparo e na administração de medicamentos.

A segurança e a qualidade do atendimento ao paciente são aspectos essenciais na prática da enfermagem em âmbito hospitalar. Todavia, inúmeras tarefas realizadas pela Enfermagem envolvem um importante grau de risco e, indiscutivelmente, o preparo e a administração de medicamentos representa uma das atividades mais sérias e de maior responsabilidade da enfermagem (ELLIOTT, 2010). Para a sua execução é necessária a aplicação de vários princípios científicos que fundamentam a ação do enfermeiro, de forma a prover a segurança do paciente (SILVA et al, 2007). A equipe de enfermagem constitui o elo final do processo de administração de medicamentos e, geralmente, seus atos marcam a transição de um erro previsível para um erro real. Desta forma, as ações referentes ao erro na administração de medicamentos devem ser analisadas em uma perspectiva ampliada dentro dos atuais entendimentos sobre a segurança do paciente.

Segundo a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (ICPS) (RUCIMAN et al, 2009), a segurança do paciente é a redução do risco de danos desnecessários, associados com cuidados de saúde, a um mínimo aceitável. Também, conforme a ICPS, um incidente relacionado à segurança do paciente é um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou foi resultado, de dano desnecessário a um paciente. Neste contexto, o EA é considerado uma lesão ou dano não intencional que resultou em incapacidade ou disfunção, temporária ou permanente, e/ou prolongamento do tempo de permanência ou morte como consequência do cuidado prestado (RUCIMAN et al, 2009). Pacientes podem sofrer

danos inerentes ao cuidado de saúde que não podem ser evitados (por exemplo, com o efeito colateral de um medicamento). Já o EA evitável representa o dano ao paciente que está associado a uma falha ativa ou a uma condição latente, ou mesmo a uma violação de normas e padrões (NASCIMENTO; TRAVASSOS, 2010).

A preocupação com a dimensão dos danos ou lesões, causadas aos pacientes e às famílias, atribuídas aos eventos adversos culminou na publicação *To err is Human do Institute of Medicine* (IOM), provocando a mobilização da classe médica e do público em geral, das organizações norte-americanas e de diversos países para as questões relacionadas à segurança do paciente. Parte dessa mobilização é fruto do reconhecimento de que o acontecimento de eventos adversos influencia no aumento dos custos sociais e econômicos, implicando em danos às famílias, aos pacientes e à sociedade. O relatório da IOM estimou a ocorrência de 44 a 98 mil óbitos a cada ano, nos Estados Unidos, decorrentes de EA (KOHN et al, 2000) .

Em resposta a esta situação alarmante, a Organização Mundial da Saúde - OMS lançou, em 2004, o programa Aliança Mundial para a Segurança do Paciente como uma iniciativa para o primeiro passo na busca de melhorias na segurança dos cuidados de saúde em todos os Estados-membros da Organização (WHO, 2004). Outra iniciativa pioneira, realizada pela OMS, foi identificar os principais conceitos de relevância com a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (ICPS) (RUNCIMAN et al, 2009). Um maior desenvolvimento da classificação apoia medidas de segurança ao paciente como, por exemplo, por meio de um sistema de dados com termos padronizados para assegurar a comparabilidade e o entendimento de termos e conceitos em todo o mundo (JHA et al, 2010).

Com base em dados empíricos publicados, estima-se que a incidência de pacientes internados com EA esteja em torno de 10% e que a proporção dos pacientes com EA evitável corresponda a cerca de 50 % do total de pacientes com EA (MENDES et al, 2013). No entanto, a maioria das evidências sobre a segurança do paciente vem de países desenvolvidos, embora haja crescente evidência epidemiológica dos desfechos clínicos devido aos cuidados de saúde inseguros em países em desenvolvimento e em transição (JHA et al, 2010).

Um estudo transversal estimou a prevalência de EA em 58 hospitais localizados na Argentina, Colômbia, Costa Rica, México e Peru. O estudo observou uma prevalência de EA de 10,5%. Dos EA identificados, 28% causaram

incapacidade nos pacientes, 6% foram associados à morte do paciente e 60% foram classificados como evitáveis (ARANAZ-ANDRÉS et al, 2011). No Brasil, um estudo realizado em três hospitais de ensino do Rio de Janeiro aferiu a incidência de pacientes que sofreram EA em 7,6% (84 de 1003 pacientes analisados). A proporção global de EA evitáveis foi de 66,7% (56 de 84 pacientes). A incidência de pacientes com EA nos três hospitais foi semelhante aos dados apresentados nos estudos internacionais. No entanto, a proporção de EA evitáveis foi muito maior em hospitais brasileiros, comparando-se a outros países como a Nova Zelândia (61,6%), Austrália (50%), Reino Unido (52%), Dinamarca (40,4%), França (27,6) e Espanha (42,6%). Esse contraste evidenciado sugere que os problemas de segurança do paciente são mais frequentes no Brasil do que em países desenvolvidos (MENDES et al, 2009).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde brasileiro instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), em 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, sendo públicos ou privados (BRASIL, 2013c). No que tange aos objetivos específicos do PNSP, destaca-se a promoção e o apoio à implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente, a ampliação do acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente, a produção, a sistematização e difusão dos conhecimentos sobre a segurança do paciente e, finalmente, fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico, de graduação e na pós-graduação na área da saúde (BRASIL, 2013b).

O PNSP estabelece que um conjunto de protocolos básicos, definidos pela Organização Mundial da Saúde, deva ser elaborado e implantado, entre os quais se destaca o protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Conforme orientação do Ministério da Saúde, este deve ser aplicado em todos os estabelecimentos que prestam cuidados à saúde, em todos os níveis de complexidade, nos quais medicamentos sejam usados para profilaxia, exames diagnósticos, tratamento e medidas paliativas (BRASIL, 2013b).

O conceito atual de segurança do paciente indica, como principais fatores responsáveis pela ocorrência de eventos adversos, as deficiências do sistema de prestação de cuidados de saúde, em sua concepção, organização e funcionamento. Segundo James Reason, professor de psicologia da Universidade de Manchester, no Reino Unido (REASON; CARTHEY; LEVAL, 2001), o entendimento do caráter

multifatorial como um fator decisivo à ocorrência de falhas de segurança é elucidado a partir da teoria do erro humano, conhecida como “queijo suíço”. Esta analogia coloca as vulnerabilidades do sistema de saúde como os buracos de um queijo suíço, na qual a fonte de problemas seria frequentemente desencadeada por múltiplos fatores; como se a ocorrência de Evento Adverso (EA) devesse-se ao alinhamento dos “buracos” do queijo, que seriam as falhas estruturais ou pontuais, a má prática ou descuido dos profissionais de saúde e o comportamento inseguro ou de risco por parte dos pacientes (REASON; CARTHEY; LEVAL, 2001).

A segurança e a qualidade do atendimento ao paciente são aspectos essenciais na prática da enfermagem em âmbito hospitalar. Todavia, inúmeras tarefas realizadas pela enfermagem envolvem um importante grau de risco e, indiscutivelmente, o preparo e a administração de medicamentos representa uma das atividades mais sérias e de maior responsabilidade da enfermagem (ELLIOTT, 2010). Portanto, conforme Silva et al (2007), para a sua execução é necessária a aplicação de vários princípios científicos que fundamentam a ação do enfermeiro, de forma a prover a segurança do paciente. A equipe de enfermagem constitui o elo final do processo de administração de medicamentos e, geralmente, seus atos marcam a transição de um erro previsível para um erro real.

Um dos mais comuns tipos de EA evitáveis é o erro de medicação, que é a causa mais frequente de morbidade e morte evitável em hospitais (ELLIOTT, 2010). Estudo realizado nos Estados Unidos da América revelou que cada paciente internado em um hospital norte-americano está sujeito a um erro de medicação por dia, sendo registrados anualmente nessas instituições, no mínimo 400.000 eventos adversos evitáveis relacionados a medicamentos (BRASIL, 2013a). Estima-se que os erros de medicação em hospitais provoquem mais de 7.000 mortes por ano nos Estados Unidos da América, acarretando importantes custos tangíveis e intangíveis (BRASIL, 2013a).

Erros de medicação têm sido identificados em pesquisas brasileiras e internacionais. A frequência de erros durante o processo de administração de medicamentos detectada nesses estudos varia de 14,9% a 59,5%. A variação expressiva detectada é devido a diferenças nos métodos de pesquisa utilizados, às características dos serviços de saúde e à tipologia do erro adotada. No Brasil, um estudo envolvendo cinco hospitais universitários evidenciou 1500 erros de administração de medicamentos (30,3%). Em 13% dos erros foram envolvidos

medicamentos potencialmente perigosos e, em 12,2% medicamentos com baixo índice terapêutico (REIS et al, 2010).

O Enfermeiro tem um papel importante no gerenciamento do cuidado do paciente e na prevenção de erros. Os erros de medicação podem assumir muitas formas, e podem ocorrer em diferentes fases do processo de administração de medicamentos (de prescrição pelo médico, da distribuição pelo farmacêutico, ou a da administração pela equipe de enfermagem). Segundo Elliott (2010), estudos evidenciam que o enfermeiro é responsável de 26% a 38% dos erros de medicação em pacientes hospitalizados, ressaltando que esse estudo abrangeu o modelo americano de assistência, onde os enfermeiros preparam e administram as medicações nos pacientes.

Na realidade brasileira, em que ocorre uma estratificação de qualificações na equipe de enfermagem, a administração de medicamentos, normalmente, fica a cargo do técnico de enfermagem ou do auxiliar de enfermagem, cabendo ao enfermeiro gerenciar e supervisionar esse processo (ANSEMI, 2007). Ao enfermeiro, cabem atividades ligadas ao planejamento do cuidado, a supervisão, ao controle, a avaliação e a educação continuada dos profissionais de enfermagem de nível técnico e básico. Todavia, angariar meios de capacitar efetivamente os profissionais envolvidos no processo de preparo e administração de medicamentos torna-se um desafio e uma necessidade eminente, pois os índices de erros são alarmantes e o maior prejudicado nesse contexto é o paciente.

A motivação para a realização do presente estudo emanou de uma necessidade percebida rotineiramente, sendo técnico em enfermagem e participando do preparo de fármacos e de sua administração em pacientes, somando-se a pouca ênfase atribuída à temática do erro de medicação dada na formação acadêmica de enfermeiros. Desse modo, é crucial ao enfermeiro conhecer os riscos que envolvem todos os passos da administração de medicamentos, para vislumbrar os meandros desse processo e desenvolver meios eficazes de tornar essa tarefa mais segura e fidedigna ao paciente e ao sistema de saúde.

A relevância da presente revisão integrativa é de apresentar achados na literatura específica que tratem do tema eventos adversos relacionados a erros de medicação, enfatizando a importância do papel da equipe de enfermagem na prevenção desses erros, beneficiando o paciente e o sistema de saúde. À luz dessa temática, o estudo pretendeu compilar trabalhos e experiências para nortear futuras

atividades relacionadas à educação na saúde e a capacitações acerca de erros de medicações a serem desenvolvidas por enfermeiros, em âmbito hospitalar.

2 OBJETIVO

Descrever as estratégias adotadas pela Equipe de Enfermagem para prevenção de eventos adversos ligados a erros de medicação em âmbito hospitalar.

3 METODOLOGIA

A revisão integrativa é um método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática (COOPER, 1984).

A possibilidade de síntese de estudos já desenvolvidos sobre determinado assunto, aliado ao apontamento de lacunas do conhecimento, faz com que a revisão integrativa seja uma importante ferramenta para propiciar suporte na tomada de decisões e na melhoria da prática clínica, além de possibilitar a realização mais objetiva de novas pesquisas (MENDES et al, 2008). Esta Revisão integrativa será composta por cinco etapas: formulação do problema, coleta dos dados, avaliação dos dados coletados, análise e interpretação dos dados, e apresentação dos resultados (COOPER, 1984).

3.1 Formulação do Problema

Esta etapa caracterizou-se pelo estudo teórico sobre o problema a ser pesquisado respondendo a uma questão proposta definindo as variáveis mais importantes e delimitando a questão de pesquisa (COOPER, 1984).

A presente revisão integrativa foi orientada pela seguinte questão norteadora: quais são as estratégias desenvolvidas pela Equipe de Enfermagem para a prevenção os eventos adversos ligados a erros de medicação no âmbito hospitalar?

3.2 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada a partir dos seguintes critérios:

Base de Dados Acessada: A Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), a *Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), a SciVerse Scopus da Elsevier e a *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE). As bases de dados supracitadas foram escolhidas por terem seu acervo atualizado regularmente e, por isso, propiciarem aos pesquisadores um acesso eficiente aos conhecimentos produzidos na área da saúde, sendo que a base de dados CINAHL é específica à enfermagem. Será utilizado o marcador booleano AND em cada cruzamento.

Descritores da Biblioteca Virtual em Saúde (Decs): Erros de medicação/*Medication errors*, Enfermagem/*Nursing*, Segurança do Paciente/*Patient Safety*, Aprendizagem/*Learning*, e os termos Eventos Adversos/*Adverse Events*, educação da segurança/*Safety education*. Foi utilizado o marcador booleano AND em cada cruzamento.

CrITÉrios de Inclusão: Publicações nacionais e internacionais, em inglês, espanhol ou português, no período de 2004 a 2014, resultantes de pesquisas qualitativas, quantitativas, quanti-qualitativas, relatos de experiências e reflexões teóricas, disponíveis on-line, de forma completa.

CrITÉrios de Exclusão: Teses, dissertações e textos governamentais que não tenham acesso ao texto completo.

Período da busca: 2004 a 2014.

3.3 Avaliação dos Dados Coletados

Nesta etapa foi feita uma avaliação da qualidade e da relevância dos dados obtidos para a pesquisa. Para o registro das informações, um instrumento (APÊNDICE A) foi criado, contendo os seguintes dados:

- Identificação do artigo (título, autor, ano de publicação, descritores);
- Objetivo;
- Metodologia, tipo de estudo, aspectos éticos;
- Resultados;
- Limitações, recomendações.

3.4 Análise e interpretação dos dados

Nesta etapa ocorreu a avaliação inicial dos artigos selecionados, os mesmos foram comparados entre si, buscando-se dialogar as semelhanças e pontuar as diferenças. Após, os dados obtidos foram registrados na forma de quadro sinóptico, que possibilitou uma interpretação mais sintetizada e comparativa dos dados encontrados.

3.5 Apresentação dos Resultados

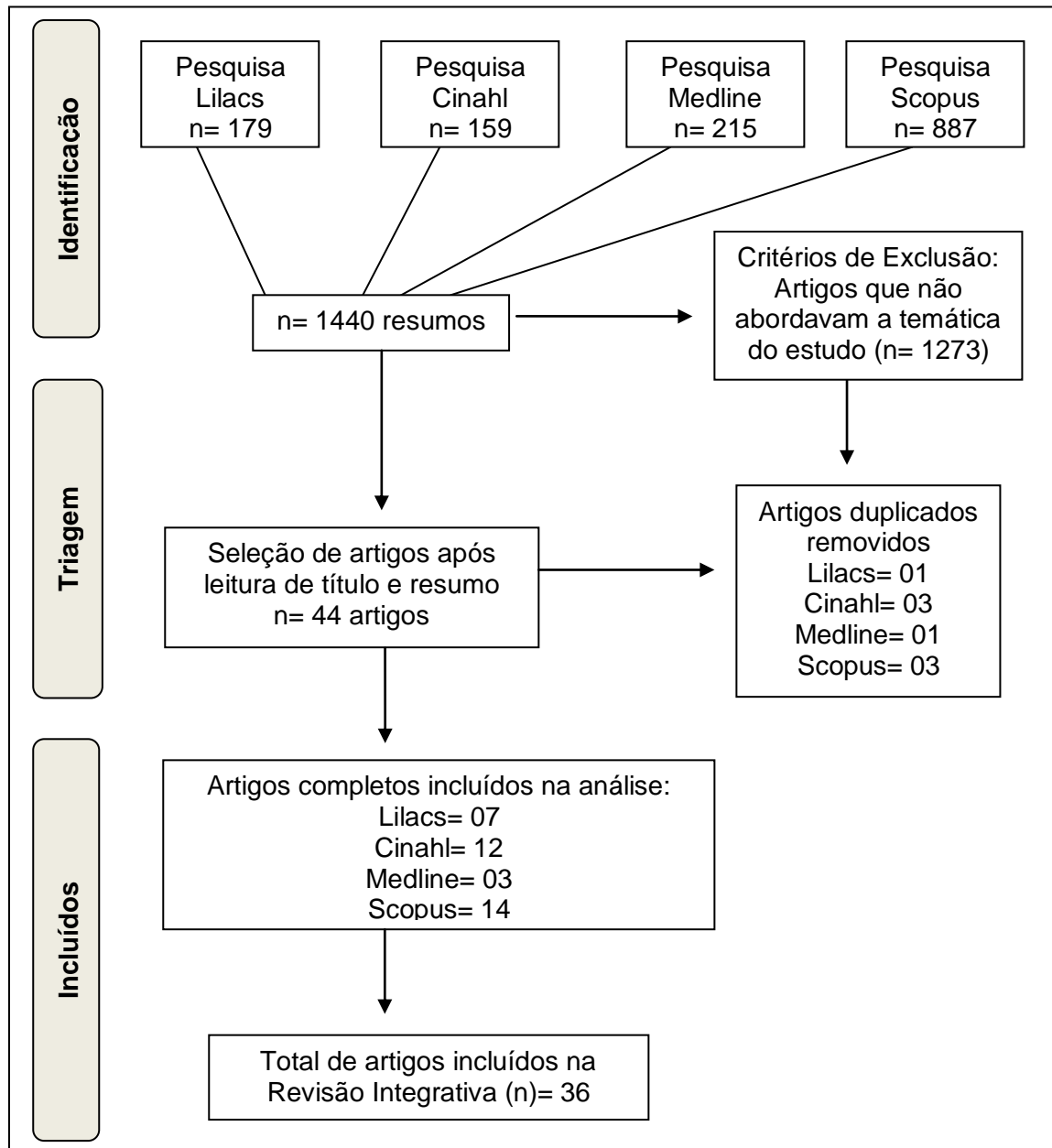
Na etapa de apresentação dos achados da revisão integrativa, os mesmos foram apresentados em quadros sinópticos e gráficos desenvolvidos para esse fim. O fluxograma com os resultados das buscas e os cruzamentos dos descritores para cada base de dados é apresentado a seguir (Quadro 1 e Figura 1).

Quadro 1 - Associação de descritores utilizada para a busca de artigos para a Revisão Integrativa (RI). Porto Alegre, RS, Brasil, 2015.

Lilacs	Cinahl	Medline	Scopus
Educação da segurança AND erros de medicação Artigos (n): 28 Incluídos na RI (n): 03	<i>Safety education AND medication errors</i> Artigos (n): 11 Incluídos na RI (n): 02	<i>Safety education AND medication errors</i> Artigos (n): 00 Incluídos na RI (n): 00	<i>Safety education AND Medication errors</i> Artigos (n): 09 Incluídos na RI (n): 00
Aprendizagem AND erros de medicação Artigos (n): 27 Incluídos na RI (n): 02	<i>Learning AND Medication errors</i> Artigos (n): 33 Incluídos na RI (n): 02	<i>Learning AND Medication errors</i> Artigos (n): 05 Incluídos na RI (n): 00	<i>Learning AND Medication errors</i> Artigos (n): 19 Incluídos na RI (n): 00
Erros de Medicação AND Enfermagem Artigos (n): 36 Incluídos na RI (n): 03	<i>Nursing AND medication errors</i> Artigos (n): 74 Incluídos na RI (n): 06	<i>Nursing AND medication errors</i> Artigos (n): 154 Incluídos na RI (n): 03	<i>Nursing AND medication errors</i> Artigos (n): 462 Incluídos na RI (n): 10
Erros de medicação AND segurança do paciente Artigos (n): 48 Incluídos na RI (n): 00	<i>Medication errors AND patient safety</i> Artigos (n): 27 Incluídos na RI (n): 03	<i>Medication errors AND patient safety</i> Artigos (n): 42 Incluídos na RI (n): 01	<i>Medication errors AND patient safety</i> Artigos (n): 202 Incluídos na RI (n): 03
Erros de medicação AND eventos adversos Artigos (n): 40 Incluídos na RI (n): 00	<i>Medication errors AND adverse events</i> Artigos (n): 00 Incluídos na RI (n): 00	<i>Medication errors AND adverse events</i> Artigos (n): 03 Incluídos na RI (n): 00	<i>Medication errors AND adverse events</i> Artigos (n): 19 Incluídos na RI (n): 01
Enfermagem AND Segurança do Paciente AND Erro de medicação Artigos (n): 00 Incluídos na RI (n): 00	<i>Nursing AND Patient Safety AND Medication Errors</i> Artigos (n): 14 Incluídos na RI (n): 02	<i>Nursing AND Patient Safety AND Medication Errors</i> Artigos (n): 11 Incluídos na RI (n): 00	<i>Nursing AND Patient Safety AND Medication Errors</i> Artigos (n): 176 Incluídos na RI (n): 03

Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 1 - Diagrama do processo de seleção de artigos da revisão integrativa. Porto Alegre, RS, Brasil, 2015.



Fonte: Dados da pesquisa.

3.6 Aspectos Éticos

Esta RI levou em consideração os aspectos éticos, sendo mantidas as autenticidades das idéias, conceitos e definições dos autores pesquisados e as devidas citações e referências de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). O projeto foi encaminhado e provado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (ANEXO A).

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A amostra final foi de 36 (100%) artigos selecionados para submissão os quais estão discriminados no quadro sinóptico (Quadro 2). O periódico com maior número de publicações foi o *Journal of Nursing Management* com quatro (11%) ocorrências, seguido pelo *Nurse Education Today* com três (8%) ocorrências. Destes 31 (86%) estavam escritos no idioma inglês e cinco (14%) em português (Tabela 1).

Quadro 2 - Quadro sinóptico. Porto Alegre, RS, Brasil, 2015.

Nº	Título	Procedência	Periódico
01	An intervention to improve inpatient medication management: a before and after study (XU, C. et al.;2014)	China	Journal of Nursing Management
02	Implementing evidence-based medication safety interventions on a progressive care unit (WILLIAMS, T. et al; 2014).	Estados Unidos	The American Journal of Nursing
03	An education intervention to improve nursing students' understanding of medication safety (HEWITT, J.; TOWER, M.; LATIMER, S.;2014).	Austrália	Nurse Education In Practice
04	(How) do we learn from errors? A prospective study of the link between the ward's learning practices and medication administration errors (DRACH-ZAHAVY, A. et al;2014).	Israel	International Journal of Nursing Studies
05	An evaluation of the drug calculation skills of registered nurses (FLEMING, S.; BRADY, A.; MALONE, A.;2014)	Irlanda	Nurse Education in Practice
06	Interprofessional learning for medication safety (HARDISTY, J. et al; 2014).	Inglaterra	The Clin. Teacher
07	Medication monitoring in a nurse-led respiratory outpatient clinic: pragmatic randomised trial of the West Wales Adverse Drug Reaction Profile (GABE, M. E. et al;2014)	Estados Unidos	Plos One
08	Reducing interruptions to improve medication safety (FREEMAN, R. et al;2013)	Estados Unidos	Journal of Nursing Care Quality
09	Nurses' knowledge of high-alert medications: a	Taiwan	Nurse Education

	randomized controlled Trial (LU, Min-Chin et al;2013).		Today
10	Strategies for Improving Patient Safety: Linking Task Type to Error Type (MATTOX, E. A.;2012).	Estados Unidos	Critical Care Nurse
11	Interprofessional education for the quality use of medicines: designing authentic multimedia learning resources (LEVETT-JONES, T. et al; 2012).	Austrália	Nurse Education Today
12	The Effect of a Safe Zone on Nurse Distractions, Interruptions, and Medication Administration Errors (YODER, M.; SCHADEWALD, D.;2012).	Estados Unidos	Western journal of nursing research
13	Improving the Medicine Administration Process by Reducing Interruptions (CAPASSO, V.; JOHNSON, M;2012).	Estados Unidos	Journal of Healthcare Management
14	Avoidable interruptions during drug administration in an intensive rehabilitation ward: improvement Project (BUCHINI, S.; QUATTRIN, R.;2012).	Itália	Journal of Nursing Management
15	Construção e validação de conteúdo da escala de predisposição à ocorrência de eventos adversos (LOBÃO, W. M.; MENEZES, I. G;2012).	Brasil	Revista Latino-Americana de Enfermagem
16	Nurses' perceptions of medication errors and their contributing factors in South Korea (KIM, K. S. et al.;2011).	Coréia do Sul	Journal of Nursing Management
17	Interruptions Experienced by Registered Nurses Working in the Emergency Department (KOSITS, L. M.; JONES, K.;2011).	Estados Unidos	Journal of Emergency Nursing
18	Estratégia educacional como contribuinte ao gerenciamento de risco hospitalar: estudo quase-experimental (SILVA, R. F. A. et al;2011).	Brasil	Online Brazilian Journal of Nursing
19	Learning mechanisms to limit medication administration errors (DRACH-ZAHAVY, A.;	Israel	Journal of Advanced Nursing

	PUD, D.;2010).		
20	No Interruptions Please: Impact of a No Interruption Zone on Medication Safety in Intensive Care Units (ANTHONY, K. et al;2010)	Estados Unidos	Critical Care Nurse
21	Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem (PAIVA, M. C. M. S.; PAIVA, S. A. R.; BERTI, H. W.;2010).	Brasil	Revista da Escola de Enfermagem da USP
22	Nurses' role in medication safety (CHOO, J.; HUTCHINSON, A.; BUCKNALL, T.;2010).	Austrália	Journal of Nursing Management
23	Impact of simulation-based learning on medication error rates in critically ill patients (FORD, D. G. et al;2010).	Estados Unidos	Intensive Care Medicine
24	Prevalence, risk factors, consequences and strategies for reducing medication errors in Australian hospitals: a literature review (EVANS, J.;2009).	Austrália	Contemporary Nurse
25	Work Interruptions and Their Contribution to Medication Administration Errors: An Evidence Review (BIRON, A. D.; LOISELLE, C. G.; LAVOIE-TREMBLAY, M.;2009).	Canadá	Worldviews on Evidence-based Nursing
26	Nurses' Responses to Medication Errors: Suggestions for the Development of Organizational Strategies to Improve Reporting (COVELL, C. L.; RITCHIE, J. A.;2009).	Canadá	Journal of Nursing Care Quality
27	Characteristics of Work Interruptions During Medication Administration (BIRON, A. D.; LAVOIE-TREMBLAY, M.; LOISELLE, C. G.;2009).	Canadá	Journal of Nursing Scholarship
28	The preparation and administration of intravenous drugs before and after protocol implementation (TROMP, M.; NATSCH, S.; VAN ACHTERBERG, T.;2009).	Holanda	Pharmacy World & Science
29	Avaliação dos fatores de risco relacionados às falhas durante a administração de medicamentos (FREITAS, D.F.; ODA,	Brasil	Arq. Ciênc. Saúde Unipar

	J.Y.;2008).		
30	A medication safety education program to reduce the risk of harm caused by medication errors (DENNISON, R. D.;2007).	Estados Unidos	Journal of Continuing Education in Nursing
31	Establishing a culture for patient safety - the role of education (MILLIGAN, F. J.;2007).	Inglaterra	Nurse Education Today
32	The impact of a closed-loop electronic prescribing and administration system on prescribing errors, administration errors and staff time: a before-and-after study (FRANKLIN, B. D. et al;2007).	Inglaterra	Quality and Safety in Health Care
33	Nurses' perceptions of causes of medication errors and barriers to reporting (ULANIMO, V. M.; O'LEARY-KELLEY, C.; CONNOLLY, P. M.;2007).	Estados Unidos	Journal of Nursing Care Quality
34	Effective strategies to increase reporting of medication errors in hospitals (FORCE, M. V. et al;2006).	Estados Unidos	Journal of Nursing Administration
35	O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação (MIASSO, A. I. et al;2006)	Brasil	Revista Latino-Americana de Enfermagem
36	Innovative approaches to reducing nurses' distractions during medication administration (PAPE, T. M. et al;2005)	Estados Unidos	Journal of Continuing Education in Nursing

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 1 - Número e percentual de artigos selecionados conforme idioma. Porto Alegre, RS, Brasil, 2015.

Idioma	Artigos Selecionados	
	n	%
Inglês	31	86%
Português	5	14%
Espanhol	0	0%
Total	36	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação ao país de produção dos artigos selecionados para a revisão integrativa, houve uma predominância de artigos dos Estados Unidos, com 13 (36%) artigos da amostra, seguido de brasileiros com cinco (14%) e australianos com quatro (11%) estudos (Tabela 2).

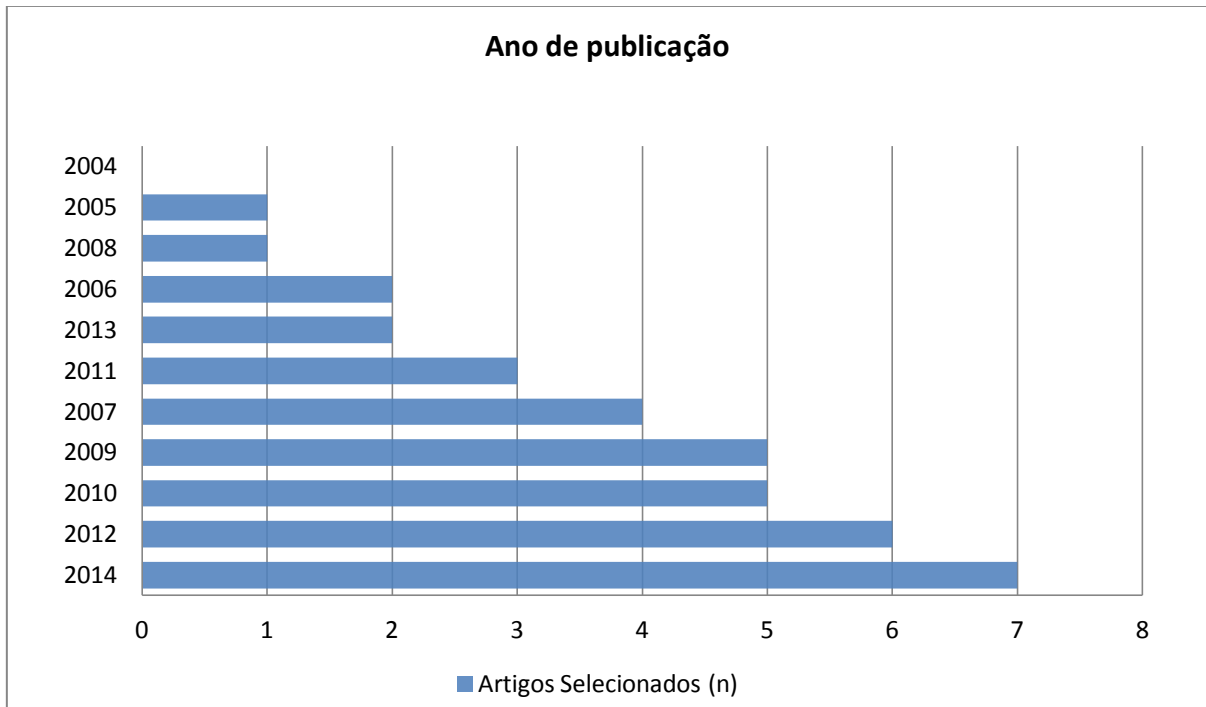
Tabela 2 - País de produção dos artigos selecionados para a revisão integrativa. Porto Alegre, RS, Brasil, 2015.

País/Origem	Artigos Selecionados	
	n	%
Austrália	4	11%
Brasil	5	14%
Canadá	3	8%
China	1	3%
Coréia do Sul	1	3%
Estados Unidos	13	36%
Holanda	1	3%
Inglaterra	3	8%
Irlanda	1	3%
Israel	2	6%
Itália	1	3%
Taiwan	1	3%
Total	36	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

Com relação ao ano de publicação, o ano de 2014 foi o que contou com o maior número de publicações, com sete estudos (19%), seguido do ano de 2012 com seis estudos (17%). O aumento do interesse e pelo tipo de estudo nos últimos anos sinaliza o crescente aumento dos temas segurança do paciente e prevenção de eventos adversos ligados a erros de medicação nos últimos anos (Gráfico 1).

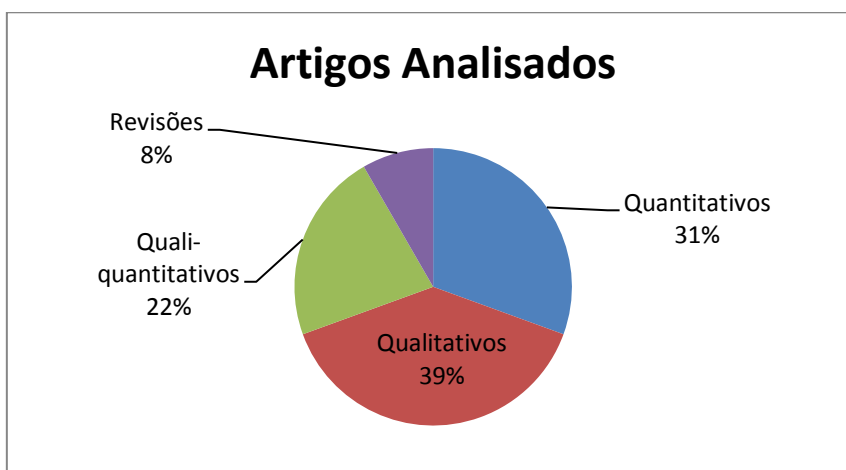
Gráfico 1 - Distribuição dos artigos selecionados conforme ano de publicação. Porto Alegre, RS, Brasil, 2015.



Fonte: Dados da pesquisa.

Das 36 (100%) publicações selecionadas para a revisão, 14 (38%) são estudos qualitativos, 11 (30%) são estudos quantitativos, oito (22%) são quali-quantitativos e três (8%) são revisões (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Distribuição dos tipos de estudos. Porto Alegre, RS, Brasil, 2015.



Fonte: Dados da pesquisa.

Nos 36 (100%) artigos estudados, foram identificados cinco temas principais que nortearam as publicações: educação na saúde; implementação de escalas e/ou instrumentos na gestão de medicamentos; desenvolvimento de habilidades em comunicação interprofissional na gestão de medicamentos; percepção e manejo do erro de medicação; implementação de zonas seguras de não interrupção no preparo de medicação (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos artigos em relação aos temas categorizados. Porto Alegre, RS, Brasil, 2015.

Categorização do temas abordados	Artigos Selecionados
Implementação de zonas seguras de não interrupção no preparo de medicação	02, 08, 12, 13, 14, 17, 20, 25, 27
Educação na Saúde	04, 05, 09, 18, 19, 23, 29, 30, 31, 35.
Percepção e manejo do erro de medicação	01, 07, 10, 16, 24, 26, 33, 34.
Implementação de escalas e/ou instrumentos na gestão de medicamentos	15, 21, 28, 32, 36.
Desenvolvimento de habilidades em comunicação interprofissional na gestão de medicamentos	03, 06, 11, 22.

Fonte: Dados da pesquisa.

5 DISCUSSÃO

Enquanto prepara medicamentos em ambientes de cuidados de saúde, a equipe de enfermagem é frequentemente distraída ou interrompida, o que pode acarretar a erros de medicação que podem afetar adversamente os resultados clínicos dos pacientes. A **“Implementação de zonas seguras de não interrupção no preparo de medicação”** foi o tema abordado em nove (25%) artigos. O estabelecimento de “zonas seguras” contribuiriam para diminuir ou até mesmo cessar essas perigosas interrupções, propiciando assim mais concentração por parte da equipe no momento de preparo dos fármacos (CAPASSO; JOHNSON, 2012).

Identificar quais foram as interrupções mais comuns e de que maneira interferiram na rotina de trabalho foi o objetivo de três estudos (KOSITS, JONES, 2011; BUCHINI, QUATRIN, 2012; BIRON, LAVOIE-TREMBLAY, LOISELLE, 2009). O estudo de Kosits e Jones (2011) observou 200 interrupções durante 60 horas de observação, uma média de 3,3 interrupções por hora, sendo a maioria dessas ocasionadas por outros enfermeiros. O número total de interrupções relacionadas às atividades de preparo e administração de medicações foi de 55 (27,5% do número total de interrupções) (KOSITS; JONES, 2011). Com o propósito de registrar a frequência das interrupções e suas causas, Buchini e Quattrin (2012) desenvolveram um projeto observando 3000 horas de trabalho da equipe de enfermagem no preparo de medicações. Durante o período do estudo foram observados 1.170 interrupções por 14 causas distintas, e dessas, pelo menos nove poderiam ter sido evitadas. Esta pesquisa propôs um projeto de melhoria para reduzir interrupções e distrações desnecessárias para evitar cometer erros (BUCHINI; QUATRIN, 2012).

Da mesma forma, Biron, Lavoie-Tremblay e Loisel (2009) documentaram as características de interrupções de trabalho dos enfermeiros durante a administração de medicamentos. O estudo identificou 374 interrupções em 59 horas de administração de medicamentos, correspondendo a 6,3 interrupções por hora. Os motivos mais frequentes para essas interrupções ocorreram durante a fase de preparação do medicamento, ocasionado pelos colegas de enfermagem ($n = 36$; 29,3%), seguido por falhas no sistema, tais como medicamentos ou equipamentos em falta ($n = 28$; 22,8%). Os enfermeiros foram interrompidos durante a fase de preparação principalmente para resolver as falhas do sistema ($n = 33$; 26,8%) ou

para a coordenação dos cuidados ($n = 30$; 24,4%) (BIRON; LAVOIE-TREMBLAY; LOISELLE, 2009).

Como apresentado anteriormente, existe uma preocupação com a distração e possibilidade de ocorrência de erros dos profissionais de enfermagem durante o preparo e a administração de medicamentos. A fim de minimizar essas ocorrências é que há a implementação de projetos de melhoria destinados a diminuir o número de interrupções e distrações durante o processo de preparo das medicações, descritos em quatro (11%) publicações (WILLIAMS et al, 2014; YODER, SCHADEWALD, 2012; ANTHONY et al, 2010; FREEMAN et al, 2013). Williams et al (2014) desenvolveu um projeto de melhoria de qualidade em uma unidade cirúrgica de 32 leitos de cuidados progressivos em um centro médico acadêmico. Este projeto desenvolveu cinco intervenções de segurança de medicamentos destinados a diminuir as distrações e as interrupções durante o preparo de medicamentos as quais foram a educação do pessoal de enfermagem, o uso de um colete de segurança, para servir de alerta durante o preparo de medicamentos, a delimitação de uma “zona de não interrupção”, a sinalização, e um cartão de instrução aos enfermeiros sobre como proceder nos casos de interrupções. Após a implementação deste projeto, as distrações e as interrupções diminuíram significativamente, como também o número total de eventos adversos diminuiu 60% (WILLIAMS et al, 2014).

Yoder e Schadewald (2012) mensuraram o efeito de uma zona segura para o preparo de medicamentos evitando distrações e erros na administração de medicamentos. Este projeto adaptou um protocolo baseado em medidas de segurança do setor aéreo para diminuir as distrações e interrupções durante a administração de medicamentos (YODER; SCHADEWALD, 2012). Da mesma forma, Anthony et al (2010) desenvolveu um projeto de “zona de não interrupção” (*No Interruption Zone*) com o objetivo de também mensurar o seu efeito. Em ambos os estudos, houve decréscimo significativo no número de interrupções, indicando o efeito benéfico das “*No Interruption Zone*” (YODER, SCHADEWALD, 2012; ANTHONY et al, 2010). Freeman et al (2013) descreveu um pacote de intervenções de segurança que reduziu o número médio de interrupções durante a administração de medicamentos. O método PDCA (*plan, do, check, act*) foi usado neste projeto para a melhoria da qualidade. O número de interrupções por encontro e de relatos de erros de medicação diminuíram ao longo de um período de três meses (FREEMAN et al, 2013).

Capasso e Johnson (2012) desenvolveram o programa “*NO Interruption Team*” com o objetivo de corrigir esse problema complicado e perigoso relacionado a interrupções durante o preparo de medicações. Para isso, a equipe adotou a metodologia DMAIC (tradução de definir, medir, analisar, melhorar, controlar). Depois de 30 dias a partir do início da iniciativa de melhoria, o número de interrupções por “passagem de medicação” caiu em média de quatro para um. O tempo por interrupção caiu de uma média de 6 minutos para 0,3 minutos, disponibilizando assim para a equipe de enfermagem cerca de 15.000 horas por ano, o equivalente a ganhar sete membros da equipe (CAPASSO; JOHNSON, 2012).

Os temas abordados na presente revisão relacionados a “**educação na saúde**” testaram abordagens de aprendizagem com a equipe de enfermagem relacionado a erros de medicação. Dez artigos utilizaram-se dessa temática, representando 27% da amostra analisada na presente revisão integrativa, os quais serão detalhados a seguir.

Explorar a eficácia de uma abordagem educativa sobre o conhecimento de enfermeiros sobre a administração de medicamentos de alto risco foi o estudo desenvolvido por Lu et al (2013). Segundo os autores, a intervenção educacional pareceu ser eficaz no reforço do conhecimento de medicamentos de alto risco. Dennison (2007) utilizou de uma abordagem semelhante, desenvolvendo um programa de educação para a segurança de medicação, que consistia em os participantes realizarem dois módulos de informática de 30 minutos com foco em segurança de medicamentos. Houve uma melhora na aquisição de conhecimentos evidenciado em pós-teste, no entanto não houve mudança nos escores ligados ao clima de segurança¹. Este estudo contribuiu ao demonstrar a necessidade de um forte apoio administrativo para promover mudanças de comportamento, que podem levar a uma redução no dano causado por erros de medicação (DENNISON, 2007).

Outra forma utilizada para avaliar as atividades educativas desenvolvidas é comparar as taxas de erros na administração de medicamentos antes e após a participação em palestra didática tradicional ou treinamento baseado em simulação. Na comparação das duas estratégias de ensino a educação baseada em simulação

¹Segundo Carvalho et al (2012), clima de segurança pode ser definido como a medida temporal do estado da cultura de segurança da instituição e pode ser medido pelas percepções individuais sobre as atitudes da organização quanto à cultura de segurança.

resultou que seus participantes demonstraram uma redução de erros de administração de medicamentos ao longo do tempo. A palestra didática tradicional não teve efeito sobre a redução de erros na administração de medicamentos por enfermeiros durante as atividades profissionais posteriores a participação no mesmo, apesar de terem apresentado melhorias das pontuações do questionário (FORD et al, 2010).

Um dos propósitos entre os pesquisadores foi avaliar a eficácia dos mecanismos de análise dos erros na administração de medicamentos transformando em um processo educativo. Os dados da entrevista revelaram quatro padrões de mecanismos empregados na tentativa de aprender com os erros que ocorreram na administração de medicamentos, os quais são denominados integrado, não integrado, de supervisão e de aprendizagem desigual. O mecanismo de aprendizagem é integrado se os seus "operadores" e (ou seja, os membros da organização, que são respectivamente responsáveis por gerar e aplicar as "lições aprendidas") "clientes" são as mesmas pessoas. Em contraste, um mecanismo é não integrado se os operadores e os clientes não são as mesmas pessoas. A aprendizagem de supervisão assume total responsabilidade pela coleta de dados, análise de dados, conclusões e implementação de mudanças. O padrão desigual consiste em uma aprendizagem menos estruturada, com limitações de compartilhamento de conhecimento ao coletivo. Os resultados demonstraram que enquanto o padrão integrado foi associado com uma diminuição de erros, o padrão não integrado foi associado ao aumento de erros. A supervisão e a aprendizagem desigual não foram associados com erros (DRACH-ZAHAVY; PUD, 2010).

Miasso et al (2006) analisou o processo do preparo e administração de medicamentos de quatro hospitais brasileiros identificando os problemas existentes e propôs medidas de melhorias, a partir dos dados investigados, da experiência profissional dos participantes do estudo e da literatura investigada. Entre as recomendações para melhorar a qualidade e segurança na assistência aos pacientes estavam a formação de uma comissão multidisciplinar para avaliar o sistema, grupos de discussão entre a enfermagem, melhorias do ambiente, cursos e treinamento contínuos e presença efetiva do enfermeiro no processo de administração de medicamentos (Miasso et al, 2006).

Outro estudo brasileiro também propôs ações educativas após ter identificado os erros mais comuns durante a administração de medicamentos

realizados pela equipe de enfermagem (FREITAS; ODA, 2008). Os mesmos relataram que, na opinião dos profissionais de Enfermagem entrevistados, o treinamento e maior atenção no processo de preparo e administração de medicamentos podem diminuir os fatores de risco associados aos erros de medicação. Entre as sugestões feitas pelos profissionais de Enfermagem, a fim de prevenir os erros na administração de medicamentos, foram apresentados o treinamento dos profissionais (68%), a conversa com o profissional na ocorrência do erro (34%), a diminuição da sobrecarga de trabalho (28%), o debate com o profissional sobre o erro ocorrido (24%), a supervisão durante as técnicas (19%), a avaliação do profissional (13%) (FREITAS; ODA, 2008).

Associar a estratégia de sensibilização dos profissionais, através de cartazes e folhetos contendo informações sobre os conceitos que estão associados à Rede Sentinela e o aumento de notificações de EA foram as estratégias utilizadas por Silva et al (2011). O efeito dessa medida proposta ocasionou o aumento nas notificações relacionadas à Tecnovigilância e Farmacovigilância e Processo de Risco, exceto em Hemovigilância (SILVA et al, 2011).

Um estudo irlandês realizado por Fleming, Brady e Malone (2014) teve como objetivo avaliar as habilidades de cálculo de dose para a administração de medicamentos por enfermeiros iniciantes no trabalho em cinco grandes hospitais universitários acadêmicos na República da Irlanda. Os resultados deste estudo indicaram que há inconsistências nos conteúdos de farmacologia e de cálculo de medicamentos nos currículos de cursos de graduação em enfermagem. O tipo mais frequente de erros de cálculo de medicamentos foram atribuídos a erros conceituais relacionados a erros de dosagem e gotejamento, conversões métricas e dosagem de fluídos. Em vista disso, os participantes identificaram a educação como um caminho para melhorar as habilidades de cálculo de medicamentos pelos enfermeiros. O estudo recomendou que a educação sobre medicação, abrangendo habilidades de cálculos matemáticos e conceituais, deve ser identificado como uma competência distinta nos currículos de enfermagem e programas de educação continuada (FLEMING; BRADY; MALONE, 2014).

O desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente exige mudanças na forma como é desenvolvida a educação na saúde (MILLIGAN, 2007). A *Human Factors Analysis and Classification System* (HFACS) foi desenvolvida para identificar mais especificamente falhas que levam a acidentes na aviação. Embora isto possa

soar um pouco afastado das realidades da prática assistencial, o HFACS é um modelo que pode ser transposto para ajudar a elucidar as origens do erro nos cuidados de saúde, tendo como exemplo o processo de administração de medicamentos. Segundo o autor, o *HFACS* é um exemplo dos recursos disponíveis de outras áreas críticas que exigem precisão para serem seguras que podem colaborar na segurança do paciente (MILLIGAN, 2007).

Testar quatro tipos de aprendizagem (práticas de aprendizagem integradas, não integradas, de supervisão e aprendizagens desiguais) na eficácia de limitar os erros na administração de medicamentos foi o objetivo do estudo de Drach-Zahavyet al (2014). Das práticas de aprendizagem, a aprendizagem de supervisão foi a única prática significativamente ligada a diminuição de erros na administração de medicamentos. Esse estudo também evidenciou a que a carga de trabalho foi significativamente associada a erros na administração de medicamentos.

Otimizar a administração de medicamentos por meio da **“percepção e manejo do erro de medicação”** é um artifício utilizado para prevenir erros de medicação abordado como temática por oito estudos da presente revisão, correspondendo a 22% da amostra.

Segundo Mattox (2012), entender como cada tipo de tarefa contribui para evitar o erro de medicação aumenta a capacidade dos enfermeiros para fazer mudanças significativas nos sistemas de saúde. Com a revisão de como ocorreu o erro, enfermeiros e outros profissionais de saúde podem navegar com mais sucesso na prestação de cuidados de saúde e, finalmente, prestar cuidados mais seguros para os pacientes. A diminuição de subnotificações de eventos adversos relacionados ao uso de medicações para o sistema respiratório, segundo o estudo de Gabe et al (2014), pode ser otimizado por meio de perfis estruturados e padronizados de reações adversas a essas drogas, além de monitoramento pró-ativo de possíveis reações adversas.

Para melhorar os processos de administração de medicamentos, enfermeiros e farmacêuticos devem relatar os problemas ocorridos relacionados a erros de medicação. Normalmente, as equipes compostas por esses profissionais apóiam a realização de relatórios de erros de medicação, no entanto, acabam por não relatar os mesmos, devido ao medo inerente de retaliações, ações punitivas e humilhação no ambiente profissional ao admitirem falha no processo de administração ou preparo do fármaco. A construção de uma cultura não punitiva no ambiente de

trabalho é um modo de aumentar as notificações de erros e assim trabalhá-los com a equipe (EVANS, 2009). O estudo de Force et al (2006) implementou e avaliou um programa chamado *LifeSavers*. Seu propósito era construir uma cultura não punitiva e aumentar o relatório de erros de medicação pela equipe. Em um ano, o programa *LifeSavers* aumentou as divulgações de erro de medicação de 14 para 72 relatórios por mês. O sucesso do desenvolvimento de uma cultura não-punitiva por meio de relatório de erros de medicação possibilitou identificar a fonte dos problemas com a consequente melhoria do sistema de administração de medicamentos identificados (FORCE et al, 2006).

A utilização de sistemas de informação tanto na dispensação como também no processo de notificação de erros acarretam um maior controle e fidedignidade no processo de gestão de medicamentos. Uma pesquisa com enfermeiros apontou que a tecnologia da informação contribui com a diminuição dos erros, entretanto os erros continuam a ocorrer, mesmo com sistemas de tecnologia da informação sofisticados (ULANIMO; O'LEARY-KELLEY; CONNOLLY, 2007).

Compreender de modo abrangente como os enfermeiros respondem aos erros de medicação e identificar estratégias que os mesmos acreditam que podem melhorar foi o objetivo do estudo de Covell e Ritchie (2009). Os resultados sugerem que os enfermeiros usam um processo de tomada de decisão ao relatar erros de medicação. O relatório de erros de medicação pode ser melhorado através da instauração de uma abordagem de resolução de problemas para gerenciar respeitosamente o evento e fornecer aos enfermeiros orientações claras, ensino de recuperação, e feedback em tempo útil (COVELL; RITCHIE, 2009).

Um hospital chinês desenvolveu uma estratégia de intervenção de gestão de cinco pontos. Comparando os dados pré-intervenção com os dados de pós-intervenção, a taxa de cumprimento exato das políticas e procedimentos de medicação aumentou de 86,7% (645/744 doses observados) para 97,5% (725/744). A taxa de sucesso dos procedimentos de administração de medicamentos aumentou de 94,0% (466/496 doses observados) para 96,8% (480/496). Os relatórios de erros de medicação aumentaram de 77,1% (101/131) para 95,1% (58/61). Reclamações relacionadas à administração de medicamentos pela enfermagem diminuíram de 23 para seis casos (redução de 73,9%). No entanto, apesar das melhorias apresentadas no pós-intervenção, ainda necessitam de estudos randomizados controlados para testar a sua eficácia (XU, 2014).

Um estudo sul coreano desenvolvido por Kim et al (2011) identificou as percepções de erros de medicação dos enfermeiros. Um total de 224 dos 330 (67,9%) questionários foram devolvidos. Mais da metade (63,6%) dos participantes tinha sido envolvido em erros de medicação, uma vez ou mais no mês passado. Para os fatores que contribuem para os erros de medicação, 99 enfermeiros (45,0%) responderam "preparação de drogas avançadas e administração sem reverificação (dupla checagem)" (KIM et al, 2011, p. 349). Somente 13,5% dos participantes informaram aos pacientes e suas famílias de erros de medicação e 28,3% dos participantes apresentou um relatório sobre o incidente ocorrido. Os resultados deste estudo demonstraram que muitos casos de erros de medicação não foram relatados aos supervisores e nem aos pacientes, tendo como principal razão o medo de punição (KIM et al, 2011). Tornar o ambiente hospitalar menos punitivo pode criar atitudes mais construtivas e positivas em relação ao relato de erros de medicação.

A temática ligada a **“implementação de escalas e/ou instrumentos”** para aferir os erros de medicação foi abordada por cinco publicações, correspondendo a 14% dos estudos da presente revisão.

Um estudo brasileiro de Lobão e Menezes (2012) apresentou os resultados da construção e validação de conteúdo da Escala de Predisposição à Ocorrência de Eventos Adversos (EPEA). O objetivo é de que a EPEA ofereça subsídios que contribuam para viabilizar a criação de barreiras mais eficazes de proteção ao paciente, possibilitar investigação sobre as causas das falhas latentes, investigar os erros de forma sistêmica e consolidar a cultura de segurança do paciente em vez da cultura do erro da enfermagem (LOBÃO; MENEZES, 2012).

Uma publicação brasileira analisou a utilização do Boletim de Notificação de Eventos Adversos (BNEA) como meio de comunicação entre os profissionais de enfermagem e sua direção e identificou a frequência, tipo, natureza e período dos eventos adversos e incidentes. No que concerne aos eventos relacionados a pacientes, isto é, os eventos adversos/incidentes, os mais frequentes foram os relacionados à medicação, quedas, cateteres, sondas e drenos e à integridade da pele. Consideraram que o BNEA cumpriu a finalidade para a qual foi delineado e implantado, que é a de estabelecer um meio de comunicação prático de eventos entre os profissionais de enfermagem e a administração geral da instituição. Entretanto, é possível que não tenha captado a totalidade dos eventos

adversos/incidentes ocorridos na instituição devido a subnotificação (PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010).

A implementação de um novo protocolo para a preparação e administração de medicamentos por via intravenosa desenvolvido por Tromp, Natsch e Van Achterberg (2009) mostrou-se efetivo. Este estudo evidenciou que a aplicação de um protocolo pode reduzir o número de erros. Um estudo americano realizado por Pape (2005), examinou os efeitos de protocolos padrão para preparo e administração de medicamentos e de sinalização para não perturbar em locais de máxima atenção, como dispensador de medicamentos e nos locais de preparo dos fármacos, dentro de um ambiente hospitalar. Como resultado, uma lista de verificação de administração de medicamentos melhorou o foco e a prática padronizada. A sinalização visível também reduziu distrações dos enfermeiros e o foco na execução do procedimento melhorou (PAPE, 2005).

A implementação de tecnologias no processo de gestão de medicamentos mostrou-se benéfico no estudo ministrado por Franklin et al (2007). A prescrição eletrônica de circuito fechado e a dispensação com sistema de identificação de código de barras dos pacientes reduziu os erros de prescrição e erros na administração de medicamentos. E aumentou também a confirmação da identidade do paciente antes da administração. No entanto, o tempo gasto em tarefas relacionadas com a medicação também aumentou.

O **“desenvolvimento de habilidades em comunicação interprofissional na gestão de medicamentos”** tem o objetivo de promover o engajamento de toda a equipe multiprofissional na gestão de medicamentos, co-responsabilizando cada integrante da equipe multiprofissional. Essa temática foi estudada por quatro publicações, representando 11% da amostra da revisão integrativa.

A abordagem interprofissional em uma intervenção educativa realizada com alunos de graduação em enfermagem australianos promoveu a conscientização dos mesmos dos sistemas de questões, associadas com os eventos adversos e erros de medicação. Esmagadoramente, os alunos percebem a intervenção educativa de modo útil, por destacar os sistemas complexos e interprofissionais que influenciam os erros de medicação. A intervenção educativa permite a transferência através de outros provedores de educação na saúde. As intervenções que destacam estes fatores podem desempenhar um papel importante na sensibilização para as

questões voltadas a erros de medicação e incentivar os alunos a realizar essas habilidades em sua prática clínica (HEWITT; TOWER; LATIMER, 2014).

A realização de seminários interprofissionais para a segurança de medicamentos e terapias foram desenvolvidos e realizados em todo nordeste da Inglaterra. Os seminários foram assistidos por mais de 400 alunos (de medicina, farmácia e enfermagem). A maioria das oficinas foram facilitadas por uma equipe interprofissional composta por farmacêuticos, médicos e enfermeiros, com todos os alunos trabalhando em pequenos grupos com os participantes de cada um dos grupos profissionais, sempre que possível. O feedback dos alunos mostrou que o seminário foi particularmente bem sucedido em destacar e melhorar a compreensão dos papéis e responsabilidades de cada um dos alunos em relação à segurança na administração de medicamentos (HARDISTY et al, 2014).

Segundo Levett-Jones et al (2012), o desenvolvimento de recursos multimídia autênticos que permitem experiências participativas, interativas e envolventes de aprendizagem fornecem oportunidades para estudantes de examinar criticamente cenários clínicos nas quais a segurança de medicamentos esteja ou tem o potencial para ser comprometida e desenvolver habilidades em comunicação interprofissional que irão prepará-los para gerenciar esses tipos de situações na prática clínica. Segundo os autores do estudo, a comunicação interprofissional inadequada contribui para erros de medicação, mudar esse quadro é necessário, e o primeiro passo deve ser dado na graduação (LEVETT-JONES et al, 2012).

Explorar o papel do enfermeiro no processo de gestão de medicamentos e identificar os desafios à gestão de medicamentos seguros na prática clínica contemporânea. Uma revisão de literatura desenvolvida por Choo, Hutchinson e Bucknall (2010) apontou que a gestão de medicamentos requer uma abordagem multidisciplinar e interdisciplinar de comunicação. Além disso, conforme o estudo constata, as tecnologias da informação podem ajudar a reduzir alguns erros de medicação através da erradicação de erros de transcrição e de dosagem. A adoção de medidas de segurança durante a tomada de decisão que são paralelos aos dos procedimentos de segurança da indústria da aviação podem fornecer algumas estratégias para prevenir erros de medicação. Inovações em tecnologia da informação oferecem mecanismos potenciais a evitar eventos adversos em gestão de medicamentos para os enfermeiros (Choo; Hutchinson; Bucknall, 2010).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão integrativa teve o propósito de caracterizar as ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem para prevenir eventos adversos ligados a erros de medicação no âmbito hospitalar. A amostra de 36 artigos analisada demonstrou uma predominância de estudos produzidos nos Estados Unidos, cerca de um terço da amostra, seguido de publicações brasileiras e australianas. O ano de 2014 foi o que obteve o maior número de artigos, seguido de 2012. Isso caracteriza uma crescente preocupação da comunidade científica com os alarmantes números relacionados a erros de medicação no âmbito hospitalar.

Foram identificados cinco temas principais indicativos das medidas de prevenção dos eventos adversos relacionados ao preparo de medicação, os quais foram implementação de zonas seguras de não interrupção no preparo de medicação, a educação na saúde, a percepção e o manejo do erro de medicação, a implementação de escalas e/ou instrumentos e o desenvolvimento de habilidades em comunicação interprofissional na gestão de medicamentos.

Desde abordagens práticas, como delimitar espaços de não interrupção para o preparo de medicações pela equipe de enfermagem, até atividades de ensino nos cursos de formação estimulando o convívio interprofissional na gestão de medicamentos, foram propostas que vem sendo implementadas pela Enfermagem. A realização de atividades educativas com equipes de enfermagem foram realizadas e avaliadas demonstrando serem necessárias para otimizar os conhecimentos teóricos e práticos da equipe, empoderando a mesma para decisões seguras e eficazes no que tange o processo de preparo e administração de fármacos. Da mesma forma, as escalas e os instrumentos de aferição e notificação de erros de medicação são ferramentas importantes para notificar, diagnosticar, avaliar e quantificar situações e fatores relacionadas a erros de medicação no âmbito hospitalar.

Encarar o erro de medicação no processo de trabalho como uma oportunidade de aprendizado para evitar futuras ocorrências, e não de maneira punitiva, é de suma importância. A gestão de medicamentos atribui à equipe interprofissional co-responsabilização na segurança dos medicamentos, desde a dispensação, a prescrição, ao preparo até a administração do fármaco no paciente.

Esta revisão integrativa da literatura contribuiu na discussão de uma temática de fundamental importância para a segurança do cuidado prestado pela equipe de enfermagem, destacando a necessidade de colocar em prática, no âmbito hospitalar, ações para prevenir erros de medicação. O grande número de estudos estrangeiros comparado aos poucos brasileiros sugere a importância de novos estudos aplicando a realidade do nosso sistema de saúde e de nosso sistema de trabalho na enfermagem, que se organiza de modo estratificado, diferente do evidenciado nas publicações estrangeiras estudadas. Como limitação do presente estudo destaca-se a recente inclusão de descritores específicos nesta área do conhecimento como 'segurança do paciente', o que pode ter excluído involuntariamente, artigos publicados no período inicial da busca bibliográfica.

REFERÊNCIAS

ANSELMINI, M. L.; PEDUZZI, M.; DOS SANTOS, C. B. Errors in the administration of intravenous medication in Brazilian hospitals. **Journal of clinical nursing**, v. 16, n. 10, p. 1839-1847, 2007.

ANTHONY, K. et al. No interruptions please: impact of a no interruption zone on medication safety in intensive care units. **Critical Care Nurse**, Secaucus NJ, v. 30, n. 3, p. 21-29, 2010.

ARANAZ-ANDRÉS, J. M. et al. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the 'Iberoamerican study of adverse events'(IBEAS). **BMJ quality & safety**, p. bmjqs.2011.051284, 2011.

BIRON, A. D.; LAVOIE-TREMBLAY, M.; LOISELLE, C. G. Characteristics of work interruptions during medication administration. **Journal of Nursing Scholarship**, Indianapolis, v. 41, n. 4, p. 330-336, 2009.

BIRON, A. D.; LOISELLE, C. G.; LAVOIE-TREMBLAY, M. Work interruptions and their contribution to medication administration errors: an evidence review. **Worldviews on evidence-based nursing**, Malden, v. 6, n. 2, p. 70-86, 2009.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. **Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Fundação Oswaldo Cruz. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de segurança do paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

BUCHINI, S.; QUATTRIN, R. Avoidable interruptions during drug administration in an intensive rehabilitation ward: improvement project. **Journal of nursing management**, Oxford, v. 20, n. 3, p. 326-334, 2012.

CAPASSO, V.; JOHNSON, M. Improving the Medicine Administration Process by Reducing Interruptions. **Journal of Healthcare Management**, Chicago, v. 57, n. 6, p. 384, 2012.

CARVALHO, Silvia Helena De Bortoli Cassiani et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 5, p. 728-35, 2012.

CHOO, J.; HUTCHINSON, A.; BUCKNALL, T. Nurses' role in medication safety. **Journal of nursing management**, Oxford, v. 18, n. 7, p. 853-861, 2010.

COOPER, H. M. **The integrative research review: a systematic approach**. Beverly Hills, CA: Sage Publications, 1984.

COVELL, C. L.; RITCHIE, J. A. Nurses' responses to medication errors: suggestions for the development of organizational strategies to improve reporting. **Journal of nursing care quality**, Frederick, v. 24, n. 4, p. 287-297, 2009.

DENNISON, R. D. A medication safety education program to reduce the risk of harm caused by medication errors. **Journal of continuing education in nursing**, New Jersey, v. 38, n. 4, p. 176, 2007.

DRACH-ZAHAVY, A. et al. (How) do we learn from errors? A prospective study of the link between the ward's learning practices and medication administration errors. **International journal of nursing studies**, Oxford, v. 51, n. 3, p. 448-457, 2014.

DRACH-ZAHAVY, A.; PUD, D. Learning mechanisms to limit medication administration errors. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 66, n. 4, p. 794-805, 2010.

ELLIOTT, M.; LIU, Y. The nine rights of medication administration: an overview. **British Journal Of Nursing**, London, p. 300-305, jan. 2010.

EVANS, J. Prevalence, risk factors, consequences and strategies for reducing medication errors in Australian hospitals: a literature review. **Contemporary nurse**, New South Wales, v. 31, n. 2, p. 176-189, 2009.

FLEMING, S.; BRADY, A.; MALONE, A. An evaluation of the drug calculation skills of registered nurses. **Nurse education in practice**, Edinburgh, v. 14, n. 1, p. 55-61, 2014.

FORCE, M. V. et al. Effective strategies to increase reporting of medication errors in hospitals. **Journal of nursing administration**, Wakefield, v. 36, n. 1, p. 34-41, 2006.

FORD, D. G. et al. Impact of simulation-based learning on medication error rates in critically ill patients. **Intensive Care Medicine**, New York, v. 36, n. 9, p. 1526-1531, 2010.

FRANKLIN, B. D. et al. The impact of a closed-loop electronic prescribing and administration system on prescribing errors, administration errors and staff time: a before-and-after study. **Quality and Safety in Health care**, London, v. 16, n. 4, p. 279-284, 2007.

FREEMAN, R. et al. Reducing interruptions to improve medication safety. **Journal of nursing care quality**, Frederick, v. 28, n. 2, p. 176-185, 2013.

FREITAS, D.F.; ODA, J.Y. Avaliação dos fatores de risco relacionados às falhas durante a administração de medicamentos. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v. 12, n. 3, p. 231-237, set./dez. 2008.

GABE, M. E. et al. Medication monitoring in a nurse-led respiratory outpatient clinic: pragmatic randomised trial of the West Wales Adverse Drug Reaction Profile. **PloS one**, San Francisco, v. 9, n. 5, p. e96682, 2014.

HARDISTY, J. et al. Interprofessional learning for medication safety. **The clinical teacher**, Oxford, v. 11, n. 4, p. 290-296, 2014.

HEWITT, J.; TOWER, M.; LATIMER, S. An education intervention to improve nursing students' understanding of medication safety. **Nurse Education In Practice**. Edinburgh, v. 15, n. 01, p. 17-21, 2014.

JHA, A. K. et al. Patient safety research: an overview of the global evidence. **Quality and Safety in Health Care**, v. 19, n. 1, p. 42-47, 2010.

KIM, K. S. et al. Nurses' perceptions of medication errors and their contributing factors in South Korea. **Journal of Nursing Management**, Oxford, v. 19, n. 3, p. 346-353, 2011.

KOHN, L. T. et al. **To Err Is Human: Building a Safer Health System**. Washington: Academy Press, 2000.

KOSITS, L. M.; JONES, K. Interruptions experienced by registered nurses working in the emergency department. **Journal of Emergency Nursing**, East Lansing, v. 37, n. 1, p. 3-8, 2011.

LEVETT-JONES, T. et al. Interprofessional education for the quality use of medicines: designing authentic multimedia learning resources. **Nurse Education Today**, Callaghan, v. 32, n. 8, p. 934-938, 2012.

LOBÃO, W. M.; MENEZES, I. G. Construção e validação de conteúdo da escala de predisposição à ocorrência de eventos adversos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 4, p. 796-803, 2012.

LU, Min-Chin et al. Nurses' knowledge of high-alert medications: a randomized controlled trial. **Nurse education today**, Edinburgh, v. 33, n. 1, p. 24-30, 2013.

MATTOX, E. A. Strategies for improving patient safety: linking task type to error type. **Critical care nurse**, Secaucus NJ, v. 32, n. 1, p. 52-78, 2012.

MENDES, K. S. et al. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 04, n. 17, p.758-764, 2008.

MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**, [S.l.], v. 21, n. 4, p. 279-284, 2009.

MENDES, W. et al. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 59, n. 5, p. 421-428, 2013.

MIASSO, A. I. et al. O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 354-63, maio/jun. 2006.

MILLIGAN, F. J. Establishing a culture for patient safety-the role of education. **Nurse education today**, Edinburgh, v. 27, n. 2, p. 95-101, 2007.

NASCIMENTO, N. B.; TRAVASSOS, C. M. R. O erro médico e a violação às normas e prescrições em saúde: uma discussão teórica na área de segurança do paciente. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 02, n. 20, p.625-651, 2010.

PAIVA, M. C. M. S.; PAIVA, S. A. R.; BERTI, H. W. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 287-294, 2010.

PAPE, T. M. et al. Innovative approaches to reducing nurses' distractions during medication administration. **Journal of continuing education in nursing**, New Jersey, v. 36, n. 3, p. 108-16; quiz 141-2, 2005.

REASON, J. T.; CARTHEY, J.; DE LEVAL, M. R. Diagnosing “vulnerable system syndrome”: an essential prerequisite to effective risk management. **Quality in health care**, [S.l.], v. 10, n. suppl 2, p. ii21-ii25, 2001.

REIS, A. M. M. et al. Errors in medicine administration-profile of medicines: knowing and preventing. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 181-186, 2010.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde—um olhar sobre a literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2029-2036, 2013.

ROMAN, A. R.; FRIEDLANDER, M. R.. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. **CogitareEnfermagem**, Curitiba, v. 3, n. 2, p.109-112, nov. 1998.

RUNCIMAN, W. et al. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **International Journal for Quality in Health Care**, [S.l.], v. 21, n. 1, p. 18-26, 2009.

SILVA, B. K. et al. Erros de medicação: condutas e propostas de prevenção na perspectiva da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s.l.], v. 3, n. 9, p.712-723, set. 2007.

SILVA, R. F. A. et al. Estratégia educacional como contribuinte ao gerenciamento de risco hospitalar: estudo quase-experimental. **Online brazilian journal of nursing**, Niterói, v. 10, n. 1, 2011.

SOUZA, M. T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1 Pt 1, p. 102-106, 2010.

TROMP, M.; NATSCH, S.; VAN ACHTERBERG, T. The preparation and administration of intravenous drugs before and after protocol implementation. **Pharmacy world & science**, Dordrecht, v. 31, n. 3, p. 413-420, 2009.

ULANIMO, V. M.; O'LEARY-KELLEY, C.; CONNOLLY, P. M. Nurses' perceptions of causes of medication errors and barriers to reporting. **Journal of nursing care quality**, Frederick, v. 22, n. 1, p. 28, 2007.

WILLIAMS, T. et al. Implementing Evidence-Based Medication Safety Interventions on a Progressive Care Unit. **The American Journal of Nursing**, New York, v. 114, n. 11, p. 53-62, 2014.

World Alliance for Patient Safety: forward programme 2005. **World Health Organization. Dept. of Health System Policies and Operations**. Geneva: World Health Organization, 2004.

XU, C. et al. An intervention to improve inpatient medication management: a before and after study. **Journal of nursing management**, Oxford, v. 22, n. 3, p. 286-294, 2014.

YODER, M.; SCHADEWALD, D. The Effect of a safe zone on nurse distractions, interruptions, and medication administration errors. **Western journal of nursing research**, Beverly Hills, v. 34, n. 8, p. 1068-1069, 2012.

APÊNDICE A – Instrumento para a coleta de dados

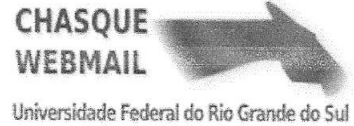
1. Identificação do artigo	
Titulo:	Autor(es):
Ano de publicação:	Descritores:
2. Objetivos	
3. Metodologia	
Tipo de estudo:	Aspectos éticos:
4. Resultados	
5. Limitações, recomendações	

ANEXO A – APROVAÇÃO DO PROJETO PELA COMISSÃO DE PESQUISA PELA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFRGS

19/05/2015

Chasque Webmail :: Projeto de Pesquisa na Comissão de Pesquisa de Enfermagem

Assunto Projeto de Pesquisa na Comissão de Pesquisa de Enfermagem
Remetente <ferlaalcindo@gmail.com>
Para <00054404@ufrgs.br>
Data 2015-05-19 12:08



Prezado Pesquisador ANA LUISA PETERSEN COGO,

Informamos que o projeto de pesquisa PREVENÇÃO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS AOS ERROS DE MEDICAÇÃO: revisão integrativa. encaminhado para análise em 13/05/2015 foi aprovado quanto ao mérito pela Comissão de Pesquisa de Enfermagem com o seguinte parecer:

PROJETO Nº: 29369

TÍTULO DO PROJETO: “Prevenção pela equipe de enfermagem de eventos adversos relacionados aos erros de medicação: revisão integrativa”

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Ana Luisa Petersen Cogo

Autor do TCC: Thiago Hessel

Instituição de origem: Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Escola de Enfermagem da UFRGS.

ASPECTOS CIENTÍFICOS:

Título: O título “Prevenção pela equipe de enfermagem de eventos adversos relacionados aos erros de medicação: revisão integrativa” é compatível com o projeto.

Introdução e revisão de literatura: A introdução apresenta o tema e o problema de pesquisa de forma adequada, justificando a pesquisa. A revisão de literatura é pertinente e abrange as principais questões relativas ao problema de pesquisa e à abordagem prevista no projeto. A fundamentação teórica é adequada.

Objetivos: O objetivo da pesquisa (“Caracterizar as ações desenvolvidas pela Equipe de Enfermagem para prevenir os eventos adversos ligados a erros de medicação em âmbito hospitalar”) é compatível com o desenho da pesquisa.

Aspectos Metodológicos: Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura.

Cronograma: É compatível com as ações propostas para o projeto.

Orçamento: adequado ao projeto, com previsão de utilização de recursos próprios da pesquisadora.

Referências: adequadas à temática.

ASPECTOS REGULATÓRIOS E ÉTICOS:

Projeto atende às diretrizes e normas de ética em pesquisa.

COMENTÁRIOS GERAIS:

O projeto está bem delineado, descreve os passos metodológicos a serem executados, apresenta-se bem fundamentado pela literatura e sua realização está bem justificada. Os resultados poderão trazer subsídios para a área de enfermagem no sentido de aprimorar o atendimento em relação a eventos adversos relacionados a erros de medicação, contribuindo para a qualificação do trabalho de enfermagem no ambiente hospitalar.

Devido as suas características este projeto foi encaminhado nesta data para avaliação por .

Atenciosamente, Comissão de Pesquisa de Enfermagem