

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**PATRICIA MARIA AZEVEDO DIGER DOS SANTOS**

**PACIENTE SEGURO: CRIANDO ESTRATÉGIAS PARA REDUZIR ERROS  
DECORRENTES DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

**PATRICIA MARIA AZEVEDO DIGER DOS SANTOS**

**PACIENTE SEGURO: CRIANDO ESTRATÉGIAS PARA REDUZIR ERROS  
DECORRENTES DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora: Msc Sabrina Guterres da Silva**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **PACIENTE SEGURO: CRIANDO ESTRATÉGIAS PARA REDUZIR ERROS DECORRENTES DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS** de autoria da aluna **PATRICIA MARIA AZEVEDO DIGER DOS SANTOS** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência

---

**Profa. Msc. Sabrina Guterres da Silva**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)  
2014

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho à minha família pelo amor e compreensão,  
Ao meu filho, razão do meu viver, pelo sorriso que ilumina todos os meus dias,  
Aos amigos pelas palavras de conforto e incentivo.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus pelo maravilhoso dom da vida,

À Profa. Msc. Sabrina Guterres da Silva pela orientação, paciência e incentivo,

À Coordenadora Meire Andrade pelo apoio e confiança,

Aos colegas de trabalho, em especial Enf. Darci Barbosa e Enf Ana Luisa El Bachá pelo profissionalismo, criatividade e amor que me inspiram todos os dias.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>01</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>03</b>
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>05</b>
<b>4 RESULTADO E ANÁLISE.....</b>	<b>08</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>12</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>13</b>
<b>APÊNDICES E ANEXOS.....</b>	<b>16</b>

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Gráfico 1.</b> Distribuição da devolução de antimicrobianos nos meses nos meses pré e pós-implantação do <i>checklist</i> . Salvador, BA, 2012.....	<b>09</b>
--	-----------

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> Quantitativo de medicamentos devolvidos à farmácia nos meses pré e pós-implantação do <i>checklist</i> .....	<b>09</b>
<b>Tabela 2.</b> Quantitativo de antimicrobianos devolvidos à farmácia nos meses pré e pós-implantação do <i>checklist</i> .....	<b>10</b>



## RESUMO

O estudo objetivou construir e aplicar um *checklist* como estratégia na redução de erros decorrentes da administração de medicamentos antimicrobianos em uma unidade de internação hospitalar, promovendo assim a segurança do paciente. Trata-se de um projeto de intervenção em que o produto é uma tecnologia de cuidado e de administração. O local de desenvolvimento foi uma unidade de clínica médica de um hospital geral do município de Salvador/BA. A fim de verificar a eficácia do *checklist* foi realizado um quadro comparativo antes e após a aplicação do instrumento entre os meses de outubro e novembro de 2012. Identificou-se um decréscimo de 52% na devolução de antimicrobianos à farmácia após a implantação do *checklist* sugerindo sua efetividade e contribuição ainda que indireta na redução de erros decorrentes de administração desses medicamentos. Estratégias simples, de baixo custo e fácil aplicabilidade como ações de educação permanente, treinamento em serviço, utilização de *checklist* permitem uma reflexão sobre a temática abordada, conscientização da equipe e transformação das práticas de trabalho. A relevância deste estudo consiste em apresentar novas práticas como medidas de enfrentamento relacionadas a erros na administração de medicamentos, bem como incentivar a aplicação destas medidas no cotidiano do serviço.

**Palavras Chave:** Administração de medicamentos, Segurança do paciente, Cuidados de enfermagem.

## 1 INTRODUÇÃO

Os medicamentos são substâncias químicas amplamente utilizadas na prevenção e tratamento dos mais variados tipos de patologias. A via escolhida para sua administração depende de alguns fatores intrínsecos ao fármaco e relacionados ao paciente.

No ambiente hospitalar a administração de medicamentos é uma atribuição da equipe de enfermagem nela compreendido o Enfermeiro, o Técnico e o Auxiliar de enfermagem. A esta equipe compete entre outros, promover uma assistência livre de danos de quaisquer natureza o que se traduz em garantir que o paciente seja assistido de modo que nenhum prejuízo seja a ele atribuído durante o seu tratamento (FAKIH; FREITAS; SECOLI, 2009).

A não administração de medicamentos ou a administração em horário via ou dose errada são exemplos de erros que podem resultar em prejuízos ao paciente. As consequências de um erro de administração variam em diferentes níveis de gravidade que vão desde a falha terapêutica até ao aumento das taxas de mortalidade (MARQUES et al, 2008).

A ocorrência de erros relacionados à terapia medicamentosa é alarmante; segundo Bates (2007) cada paciente em tratamento hospitalar está sujeito a um erro de medicação por dia de internamento. Corroborando, um estudo multicêntrico realizado por Marques et al (2008), identificou 1500 (30,24%) erros de medicação do total de 4958 observações realizadas durante a fase de administração de medicamentos.

Frente a essa realidade, estratégias para garantir a segurança do paciente têm sido discutidas e desenvolvidas em todo o mundo. No Brasil uma ação de notoriedade se refere ao Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), recentemente instituído pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a). O PNSP é composto por seis protocolos básicos, entre os quais se destaca o “Protocolo de Segurança na prescrição, Uso e Administração de Medicamentos” no qual constam orientações e cuidados a serem observados em todas as etapas da terapia medicamentosa (BRASIL, 2013b).

Na unidade de internação hospitalar onde atuo como enfermeira assistencial há sete anos, a terapêutica medicamentosa sempre foi objeto de preocupação (coordenação e enfermeiras assistenciais). Isso porque, observamos que diariamente havia “sobra” de medicamentos a qual fugia aos limites do esperado (recusa, alta, óbito, impossibilidade de nova punção venosa etc) sugerindo que as medicações não estavam sendo administradas. Apesar de atuarmos junto a

equipe, demonstrando a importância da administração dos medicamentos, a ocorrência de “sobras” continuaram frequentes, principalmente os antimicrobianos.

Diante dessa problemática viu-se a necessidade de criar estratégias para melhorar a qualidade assistencial, no que tange a administração de medicamentos pela equipe de enfermagem. Uma ferramenta de enfrentamento que vem sendo largamente utilizada em diferentes áreas na assistência hospitalar é o “*checklist*”, especialmente para os pacientes de alta complexidade, pois além de ser possível adaptá-lo à realidade e necessidade das instituições, quando utilizado adequadamente constitui-se em uma importante estratégia de prevenção ao erro (RÉA-NETO et al, 2010).

Nesta perspectiva, buscando a segurança do paciente e qualidade assistencial o presente projeto tem como objetivo: Construir e aplicar um *checklist* como estratégia na redução de erros decorrentes da administração de medicamentos antimicrobianos em uma Unidade de internação hospitalar.

A identificação dos erros de medicação com antimicrobianos pode auxiliar no desenvolvimento de medidas que garantam o uso adequado e racional dos medicamentos, aumentando, assim, a segurança do paciente (MARQUES, et al 2008).

A relevância deste estudo consiste em apresentar novas práticas como medidas de enfrentamento relacionadas a erros na administração de medicamentos, bem como incentivar a aplicação destas medidas no cotidiano do serviço.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Amplamente discutida no cenário mundial a temática da segurança do paciente ganhou relevância em virtude do número significativo de pacientes que sofreram lesões ou foram vítimas de erros nas instituições de saúde (ROSA; PERINI, 2003). Desde 460 a 370 a. C Hipócrates, considerado o pai da medicina já trazia como postulado *Primum non nocere* que significa primeiro não cause o dano. Hipócrates já demonstrava a ideia de que a assistência pode resultar em dano ao paciente (BRASIL, 2013c).

Visando modificar este cenário em 2004 foi lançado pela OMS a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, esta aliança aborda a necessidade de discutir e repensar as estratégias de prevenção e redução de danos bem como envolver os gestores sobre os problemas evidenciados e a necessidade de comprometimento com ações para aumentar a segurança do paciente (ANVISA, 2013).

No Brasil, foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS) o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), através da Portaria MS/GM n 529, de 1 de Abril de 2013. Este programa tem como objetivo geral, além do caráter impulsionador fornecer elementos para a qualificação do cuidado em todas as instituições de saúde e em todos os níveis de atenção. Vale destacar, que o PNSP objetiva de forma específica difundir a cultura da segurança do paciente para além da comunidade acadêmica, envolvendo o paciente, a família e a sociedade em geral (BRASIL, 2013 a).

O PNSP tem como eixos norteadores a inclusão do tema segurança do paciente nas instituições de ensino; o envolvimento do paciente nas ações que visem assegurar uma assistência livre de danos; promover uma assistência segura; estimular e apoiar pesquisas na temática (BRASIL, 2013c).

No contexto hospitalar a segurança do paciente também é objeto de preocupação, principalmente o uso do medicamento que é o recurso mais utilizado no tratamento do paciente (CHARLES, 2010). Estudos demonstram que 2 a 14% dos pacientes que estão em tratamento em unidade hospitalar são vítimas de erros relacionados a medicamentos (LEAPPE et al 1991).

Quando a classe farmacológica são os antimicrobianos a frequência de erros varia de 4,9% a 39% (RISSATO, 2005). Um dado que merece atenção, uma vez que os antimicrobianos

tem a função de prevenir a morte ou inibir o crescimento de microrganismos e a inadequação no seu uso pode contribuir para a falha terapêutica (TAVARES et al, 2007)

Segundo Flynn et al (2002) erro de medicação pode ser definido como qualquer discordância entre o que foi prescrito e o que foi administrado. O erro de medicamentos pode ocorrer em qualquer etapa do processo que vai desde a prescrição, aprazamento, dispensação, administração, supervisão. São diversos os fatores que podem contribuir para a sua ocorrência dentre eles pode-se citar: ilegibilidade, aprazamento, falta de atenção, supervisão de enfermagem deficiente, falta de conhecimento, sobrecarga de trabalho, ruídos, transcrição de medicamentos prescritos, cuidado de alta complexidade (ROSA; PERINI, 2003).

Aliado a estes fatores predisponentes têm-se ainda a predominância do erro individualizado em detrimento do erro sistêmico no qual o profissional é visto como o único responsável pelo erro cometido, sem considerar que antes de alcançar o paciente a falha pode ter ocorrido em qualquer uma das etapas do processo (ROSA; PERINI, 2003).

A ênfase na punição do profissional aumenta o risco de omissão que por consequência possibilita a ocorrência de novos erros e diminui a possibilidade de prevenção (SILVA et al, 2007).

O erro de medicação pode ser prevenido através da implantação de estratégias que funcionam como barreiras organizacionais, reduzindo a possibilidade deste alcançar o paciente (GIMENES, 2007).

### **3 MÉTODO**

Trata-se de um projeto de intervenção em que o produto é uma tecnologia de cuidado e de administração. Neste trabalho a tecnologia utilizada foi a Tecnologia de Cuidado, onde “o produto é uma nova modalidade assistencial e tem como ponto forte contribuir para a melhoria da prática por meio de uma padronização de procedimentos da equipe, sob bases científicas” (REIBNITZ et al, 2013, p.37).

#### **3.1 Cenário**

O presente estudo foi desenvolvido em uma unidade de clínica médica de um hospital geral do município de Salvador/BA. Esta unidade dispõe de 28 leitos com uma taxa de ocupação de aproximadamente 90%. Os pacientes atendidos nesta unidade são em sua maioria totalmente dependentes dos cuidados de enfermagem, provenientes da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e outras unidades de internação desta instituição.

#### **3.2 Tecnologia de Cuidado**

Para elaboração da tecnologia de cuidado deste projeto, foi inicialmente realizado a identificação de um problema na realidade assistencial que necessitava de uma intervenção. Essas etapas metodológicas serão descritas a seguir:

##### **3.2.1 Identificação do problema**

Durante o processo de trabalho foi verificado que houve um aumento do número de medicações devolvidas a farmácia consideradas como “sobras”. Estas “sobras” sempre existiram mais dentro do esperado já que existiam situações que inviabilizavam a administração como por exemplo uma reação alérgica. O que mais chamou a atenção da equipe para uma necessidade de intervenção foi a quantidade de antibióticos que eram devolvidos que por sua especificidade exige cumprimento das doses e de horários. Durante reunião mensal realizada com a

coordenadora foi idealizado a construção de *checklist* como um instrumento voltado para a prática da supervisão, a fim de identificar os motivos que estavam ocasionando o aumento no número de medicações devolvidas e atuar na resolução dos problemas identificados.

Todas as medicações não administradas independente do motivo eram devolvidas ao setor de farmácia, porém, nem sempre era realizado o registro destas devoluções. A partir da idealização do *checklist* foi solicitado a secretária do setor a realização de registro em impresso próprio e em duas vias de todas as medicações devolvidas. A segunda via após recebimento pelo profissional da farmácia era arquivada.

### 3.2.2 Construção e implantação da tecnologia de cuidado

A tecnologia de cuidado construída nesse trabalho é um *checklist* para auxiliar a administração de medicamentos (antimicrobianos), a fim de promover qualidade assistencial e segurança do paciente (APÊNDICE A). O *checklist* é uma forma de assegurar que seja feito o que deve ser feito. É de fácil operacionalização, baixo custo e fácil adaptação aos objetivos propostos (RÉA- NETO et al 2010).

O *checklist* construído foi baseado na prescrição médica e para sua elaboração utilizou-se o programa *Word*®. Neste impresso foi contemplado informações referentes ao leito, nome do paciente, medicação, via, dose e horário de administração.

A partir da construção desse instrumento acordou-se entre as enfermeiras da unidade como seria sua operacionalização, ficando então definido que sua atualização seria diária e realizada pela Enfermeira logo após todos os pacientes terem sido prescritos pelos médicos diaristas. Ao final de cada plantão (12 horas) a enfermeira responsável deveria se dirigir a sala de preparo de medicações proceder a checagem dos boxes dos pacientes com base nas informações contidas no *checklist*. Caso fosse constatado que algum medicamento que já devia ter sido administrado ainda permanesse no box deveriam ser tomadas às seguintes condutas:

- confirmação na prescrição médica se o medicamento realmente havia sido prescrito, bem como dose, via e horário (pois durante atualização do *checklist* podia ocorrer erro de digitação).
- solicitar a presença do técnico de enfermagem responsável pelo paciente, para dirimir as dúvidas em relação a não administração (motivo) do medicamento.

-se constatado que houvesse subadministração ou não administração do medicamento, sem um motivo relevante, era solicitado à administração imediata e caso fosse necessário modificado os horários das doses subsequentes.

A fim de obter um resultado mais preciso sobre a eficácia do *checklist* foram escolhidos dois meses para traçar um quadro comparativo entre o total de devoluções de medicamentos, sobretudo, os antimicrobianos, antes e após a utilização do instrumento. O mês de outubro de 2012 foi escolhido para não aplicação do instrumento em decorrência de redução do número de enfermeiros por férias, licenças entre outros e no mês de Novembro de 2012 foi aplicado o *checklist* após sensibilização de todos os enfermeiros da unidade nos períodos do dia e da noite.

### **3.3 Aspectos Éticos**

Por não se tratar de pesquisa, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais (apenas a tecnologia produzida).



#### 4 RESULTADO E ANÁLISE

Inicialmente os dados permitiram quantificar o total de medicamentos em geral, devolvidas à farmácia antes e após a utilização do *checklist*. Conforme descrito no método o período de observação pré-implantação correspondeu ao mês de outubro de 2012, já o período de observação pós-implantação correspondeu ao mês de novembro do mesmo ano. Esses dados podem ser observados na tabela 1.

Tabela 1- Quantitativo de medicamentos devolvidos à farmácia nos meses pré e pós-implantação do *checklist*. Salvador, BA, 2012.

<b>Medicações devolvidas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Mês pré-implantação do <i>checklist</i></b>	644	72
<b>Mês pós-implantação do <i>checklist</i></b>	249	28
<b>Total</b>	894	100

A tabela acima revela que houve maior devolução de medicamentos à farmácia 644(72%) no mês pré-implantação do *checklist*, quando comparado ao mês de implantação 249(28%). Isso sugere que o uso do *checklist* contribuiu para a redução de medicações devolvidas à farmácia com queda de 395 (62%).

O papel do enfermeiro como supervisor é de extrema importância em todas as etapas da terapia medicamentosa. Estudo realizado em um hospital no interior paulista mostra que dentre as ações propostas pelos profissionais para redução de erros na medicação, a supervisão de enfermagem foi citada por 23,1% dos entrevistados (SILVA et al, 2007).

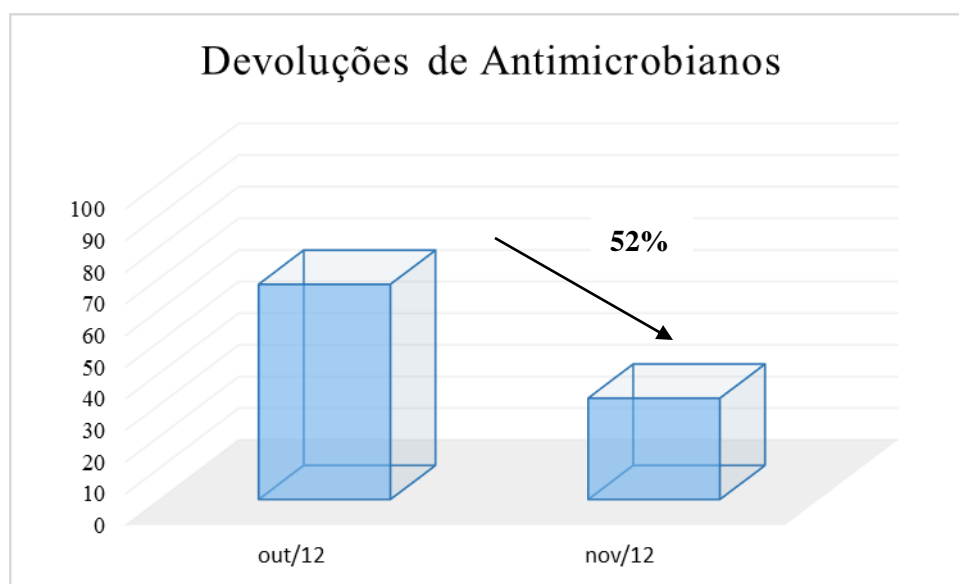
Da mesma forma que os medicamentos em geral a devolução dos antimicrobianos à farmácia também diminuiu após a implantação do *checklist* conforme mostra a tabela 2.

Tabela 2- Quantitativo de antimicrobianos devolvidos à farmácia nos meses pré e pós-implantação do *checklist*. Salvador, BA, 2012.

<b>Antimicrobianos devolvidos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Mês pré-implantação do <i>checklist</i></b>	87	68
<b>Mês pós-implantação do <i>checklist</i></b>	41	32
<b>Total</b>	128	100

Percebe-se com esses dados que a devolução dos antimicrobianos teve um decréscimo de 46 (52%) após a implantação do *checklist*, sugerindo que este instrumento foi efetivo, ou seja, permitiu um controle e contribuiu indiretamente para que esses medicamentos fossem administrados na dose e horário certo. A diminuição de devoluções de antimicrobianos após a implantação do checklist pode ser visualizada no gráfico 1.

Gráfico 1- Distribuição da devolução de antimicrobianos nos meses nos meses pré e pós-implantação do *checklist*. Salvador, BA, 2012.



Estima-se que a maior parte dos antimicrobianos devolvidos a farmácia, eram decorrentes de omissão de dose, administração de dose inferior à prescrita, administração em horário posterior ao aprazado e os restantes eram decorrentes de outros motivos como recusa do paciente e ou acompanhante, dificuldade em punção venosa, alta hospitalar, transferência, ausência em virtude de realização de exames e óbito. Vale ressaltar que por vezes ocorria do profissional médico prescrever no turno da tarde ou noite o que resultava em atraso no horário de administração do medicamento.

Os antimicrobianos estão entre os fármacos mais utilizados na terapêutica médica na prevenção ou tratamento de quadros infecciosos. Comumente no ambiente hospitalar a via escolhida para a administração destes fármacos é a endovenosa por permitir uma ação mais rápida (MOTA et al, 2009).

Corroborando com os dados encontrados neste projeto, um estudo multicêntrico conduzido por Marques et al (2008) identificou que o horário de administração de antimicrobianos foi a categoria de erro mais frequente, onde de um total de 277 (100%) erros de medicação com antimicrobianos, 243(87,7%) era relativa ao horário. Os mesmos autores ainda acrescentam que pode-se considerar erro de horário quando o medicamento é administrado com um período de atraso ou antecedência superior a 60 minutos do que está aprazado na prescrição médica.

Os antimicrobianos são a classe de medicamentos que necessitam de pontualidade na administração e o intervalo entre as doses precisa ser respeitadas, uma vez que esses cuidados garantem o sucesso terapêutico (MARQUES et al, 2008; BRASIL, 2013).

No que tange ao erro de dose de medicamentos, Mota et al (2009) afirma que esse é caracterizado por administrações de quantidades maiores ou menores do que a prescrita. Esse mesmo autor identificou 59(33,9%) erros relacionados a dose de antimicrobianos administrados do total de 174 observações. Destes 59 erros relacionados a dose, 28 (47,5%) relacionava-se a administração em dose inferior ao que estava prescrito. Outro estudo Marques et al (2008) apontou o erro de dose como segunda categoria mais frequente de erro (6,9%).

A administração de antimicrobianos em dose menor do que o recomendado pode resultar em uma concentração plasmática inferior a necessária para inibir o microorganismo, aumentando a possibilidade de se desenvolver uma resistência bacteriana (HOEFEL; LAUTERT, 2006).

Diante desta contextualização percebe-se a importância na administração correta dos medicamentos, em especial os antimicrobianos em virtude de suas especificidades já descritas acima. Sendo assim, a utilização do checklist construída e implementada nesse projeto se mostrou eficiente e capaz de contribuir indiretamente para administração segura de antimicrobianos.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A segurança do paciente não pode ser vista apenas sob a ótica de programa ou da necessidade de estar em conformidade com o que é preconizado. O conceito de paciente seguro precisa estar enraizado de forma que a teoria e a prática possam convergir em busca do cuidado de qualidade.

A possibilidade de erro existe e precisa ser analisada de forma ampla considerando todos os envolvidos no processo, a fim de que seja possível prevenir novos acidentes. Para tanto faz-se necessário que estratégias sejam criadas e ou adaptadas à realidade da instituição bem como ao perfil dos pacientes atendidos.

No que tange a terapia medicamentosa ficou evidenciado que a utilização do instrumento contribuiu indiretamente para a prevenção de erros de administração.

Estratégias simples, de baixo custo e fácil aplicabilidade como ações de educação permanente, treinamento em serviço, utilização de *checklist* permitem uma reflexão sobre a temática abordada, conscientização da equipe e transformação das práticas de trabalho.

## REFERÊNCIAS

ANVISA (Brasil). Boletins Informativo - **Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde**. 2013. Disponível em:

<<http://www.Anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%201%20-%20Assistencia%20Segura.pdf>>. Acesso em: 07/04/2014.

BATES, D.W. Preventing medication errors: a summary. **Am.J. Health Syst. Pharm.**v.64, p.S3-S9, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529**, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, 2013a. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html) >. Acesso em: 09/03/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos**. Brasília, 2013b. Disponível em:

<<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/julho/Protocolo%20Identificac%C3%A7%C3%A3o%20do%20Paciente.pdf>>. Acesso em : 10/01/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, 2013c. Disponível em: <

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)>. Acesso em: 05/04/2014.

CAMERINI, F. G; SILVA, L. D. da. Segurança do paciente: análise do preparo de medicação intravenosa em hospital da rede sentinela. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 20, n. 1, Mar. 2011 Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072011000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000100005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em :18/04/2014.

CHARLES V. **Segurança do paciente: 1. Orientações para evitar os eventos adversos**. Porto Alegre (RS):Yendis, 2010.

FAKIH, F.T; FREITAS, G.F; SECOLI, S.R. Medicação: aspectos ético-legais no âmbito da enfermagem. **Rev Bra Enferm**, Brasília 2009 jan-fev; 62(1):132-135.

FLYNN, E.A et al. Comparison of methods for detecting medication error in 36 hospitals and skilled-nursing facilities. **Am J Health System Pharm**, v.59, p.436-446, 2002.

GIMENES, F.R.E. **A segurança de pacientes na terapêutica medicamentosa**: análise da redação da prescrição médica nos erros de administração de medicamentos em unidades de clínica médica. Ribeirão Preto, 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-13112007-155334/pt-br.php>>. Acesso em: 10/04/2014.

HOEFEL, H.H.K; LAUTERT, L. Errors committed by nursing technicians and assistants in administering antibiotics. **Am. J. Infect. Control.**, v 34, p.437-442, 2006.

LEAPE, L.L et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Result of the Harvard Medical Practice Study II. *N.Engl J Med.* 1991; 324: 377-384.

MARQUES, T. C et al . Erros de administração de antimicrobianos identificados em estudo multicêntrico brasileiro. **Rev. Bras. Cienc. Farm.**, São Paulo , v. 44, n. 2, June 2008 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-93322008000200016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322008000200016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04/01/2014.

MOTA, M. L. S et al . Erros de dose relacionados a procedimentos de enfermagem na infusão endovenosa de antimicrobianos. **Cogitare enferm.**, Curitiba , v. 14, n. 4, dic. 2009 . Disponível em: <[http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-85362009000400007&lng=es&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362009000400007&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 10/04/2014.

PROQUALIS/ICICT/FIOCRUZ. (s.d.). Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente. Disponível em:< <http://proqualis.net/>>. Acesso em : 10/04/2014.

RÉA-NETO et al. **GUTIS- Guia da UTI segura**- 1ª Ed- São Paulo: Associação de Medicina Intensiva Brasileira 2010. Disponível em: [http://www.orgulhodeserintensivista.com.br/PDF/Orgulho\\_GUTIS.pdf](http://www.orgulhodeserintensivista.com.br/PDF/Orgulho_GUTIS.pdf). Acesso em 09/03/2014.

REIBNITZ, K.S et al. Módulo X. **Desenvolvimento do Processo do Cuidar**. Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem. Florianópolis, 2013.

RISSATO, M.A.R. **Eventos adversos relacionados a medicamentos no contexto hospitalar: revisão da literatura.** São Paulo, 2005.p.0142. [Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo].

ROSA, M. B et al . Erros na prescrição hospitalar de medicamentos potencialmente perigosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 43, n. 3, June 2009 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000300013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20/04/2014.

ROSA, M.B; PERINI, E. Erros de Medicação: Quem foi? **Rev. Assoc.Med. Bras.**, São Paulo, v49, n.3, Setembro de 2003. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302003000300041&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302003000300041&script=sci_arttext)>. Acesso em: 11/04/2014

SILVA, B.K et al. Erros de medicação: condutas e propostas de prevenção na perspectiva da equipe de enfermagem. Acesso e utilização de fórmula infantil e alimentos entre crianças nascidas de mulheres com HIV/AIDS. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [serial on line] 2007 Set-Dez; 9(3): 712-723. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v9/n3/pdf/v9n3a11.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v9/n3/pdf/v9n3a11.pdf)>. Acesso em: 15/04/2014.

SILVA, L.D et al. Erros com medicamentos no contexto hospitalar: uma revisão bibliográfica. **Evidentia** 2011 abr-jun; 8(34). Disponível em: <<http://www.evidentia.com.br/revista/n34/ev7357p.php>> Acesso em: 18/04/2014.

TAVARES et al. **Antibióticos e quimioterápicos para o clínico.** São Paulo: Atheneu, 2007.

TEIXEIRA, T.C.A; CASSIANI, S. H. De B. Análise de causa raiz: avaliação de erros de medicação em um hospital universitário. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 44, n. 1, Mar. 2010 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000100020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18/03/2014



## APÊNDICES



