

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**JOSÉ RICARDO FERREIRA DA FONSECA**

**SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS: DESENVOLVIMENTO  
DE UMA TECNOLOGIA EDUCATIVA**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**JOSÉ RICARDO FERREIRA DA FONSECA**

**SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS: DESENVOLVIMENTO  
DE UMA TECNOLOGIA EDUCATIVA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – 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: Eliana Cavalari Teraoka

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS: DESENVOLVIMENTO DE UMA TECNOLOGIA EDUCATIVA** de autoria do aluno **JOSÉ RICARDO FERREIRA DA FONSECA** 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. Ms. Eliana Cavalari Teraoka**  
Orientadora da Monografia

---

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

---

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

FLORIANÓPOLIS (SC)  
**2014**

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO.....</b>               | <b>01</b> |
| <b>2 OBJETIVO.....</b>                 | <b>03</b> |
| <b>3 DIAGNÓSTICO DA REALIDADE.....</b> | <b>03</b> |
| <b>4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>    | <b>04</b> |
| <b>5 PLANO DE AÇÃO.....</b>            | <b>07</b> |
| <b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>     | <b>09</b> |
| <b>7 REFERÊNCIAS.....</b>              | <b>10</b> |

## RESUMO

**Introdução:** Estratégias de segurança do paciente são fundamentais para prevenir danos aos pacientes decorrentes de erros por uma assistência insegura, e a educação permanente tem sido uma estratégia que vem contribuindo sobremaneira no constructo dessa cultura de segurança necessária aos profissionais de saúde e gestores para prevenção desses eventos. **Objetivo:** Desenvolver ação de educação permanente sobre segurança na administração de medicamentos para equipe de enfermagem de uma unidade de emergência com o fundamento de melhorar a segurança ao paciente e proporcionar uma assistência livre de erros e danos. **Método:** Trata-se de uma tecnologia educativa para o desenvolvimento de uma ação de educação permanente sobre segurança na administração de medicamentos. Será realizada em um hospital de emergência, referência no Amazonas, para auxiliares e técnicos de enfermagem de toda unidade. O planejamento será demonstrado por meio de um modelo lógico para compreender os objetivos do estudo, fazer avaliação das estruturas, processos e resultados da ação desenvolvida. **Considerações finais:** Os benefícios serão direcionados para minimização dos riscos inerentes a assistência, permitindo prática segura e reflexões sob uma perspectiva da qualidade do cuidado.

**Descritores:** segurança do paciente; enfermagem; educação permanente.

## 1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente tem sido um tema que vem ganhando espaço nas discussões sobre a assistência segura, uma vez que envolve a prevenção e o monitoramento de riscos decorrentes da assistência ao paciente.

A iniciativa nacional de instituir um programa nacional de segurança do paciente tem contribuído significativamente para isso por meio da portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013 que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que tem por objetivo contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em estabelecimentos de saúde do território nacional (BRASIL, 2013a).

A segurança do paciente é a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário ao cuidado de saúde, entendendo-se como dano, todo comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, de doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico (BRASIL, 2013a).

O dano vem do incidente que é o evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente, e evento adverso é o incidente que resulta em dano ao paciente (BRASIL, 2013b).

No passado, a segurança do paciente estava concentrada em eventos raros e muitas vezes trágicos. Porém, ao longo do tempo, ficou claro que a frequência dos erros e dos danos é muito maior do que se acreditava anteriormente (BRASIL, 2013b).

Atualmente, a segurança do paciente envolve as infecções relacionadas à assistência à saúde, os eventos adversos relacionados a medicamentos, as complicações e danos causados por quedas e úlceras por pressão entre outros. Para avaliar os danos causados pelo cuidado de saúde, precisamos considerar todos esses tipos de evento (SILVA; CAMERINI, 2012).

Os erros de medicação têm sido foco de atenção por parte dos profissionais, instituições e autoridades sanitárias por contribuírem com o aumento das taxas de morbidade, tempo de internação hospitalar e custos, por envolverem questões éticas e legais, além de comprometerem a qualidade da assistência prestada ao paciente. Têm sido tema de debate crescente no Brasil, com a finalidade de garantir a segurança do paciente (BEBELA; PETERLINI; PEDREIRA, 2010).

Os eventos adversos relacionados aos erros de administração de medicamentos, além de outras causas, estão também associados à equipe de enfermagem, uma vez que o preparo e a administração é de competência da equipe de enfermagem.

A enfermagem representa cerca de 60% do quadro de pessoal das instituições hospitalares no Brasil, e desempenha nessas instituições hospitalares, importante papel na realização segura e eficaz dos procedimentos e cuidados de enfermagem, além de ações assistenciais, orientação e educação preventiva, contribuindo desta maneira para garantir a segurança dos procedimentos e qualidade da assistência (SILVA; SEIFFERT, 2009).

O trabalho do Profissional de enfermagem necessita caminhar paralelo ao desenvolvimento tecnológico, necessitando de estratégias e tecnologias educacionais que favoreçam a sua formação contínua para promover uma assistência segura livre de danos decorrente de erros. A formação continuada, também conhecida como educação continuada ou educação em serviço contribui sobremaneira para a manutenção da qualidade da assistência prestada por profissionais de enfermagem (SILVA; SEIFFERT, 2009; BRASIL, 2013b).

Na concepção de Silva e Seiffert (2009); Silva e colaboradores (2008), a educação continuada trata-se de um processo permanente e essencial que promove a formação integral dos profissionais, que pode ser realizada em serviço problematizando os acontecimentos do trabalho, o ambiente real das atividades em saúde e os estudos dos problemas da realidade em que o sujeito está inserido.

Assim, a proposta apresentada de uma tecnologia educativa sobre segurança na administração de medicamentos é extremamente relevante e atual, uma vez que políticas internas com esta iniciativa ainda são poucas na unidade que se propõe a intervenção.

Trata-se de uma ação fundamentada na pesquisa Convergente-Assistencial, resultante de estudos conduzidos em inserção direta com a realidade, com a finalidade de resolver problemas ou introduzir inovações em situações e contextos específicos das práticas em enfermagem e saúde (TRENTINI; BELTRAME, 2006).

Nessa ação será feito o exercício de ação-reflexão-ação proposta por Paulo Freire, em sua pedagogia da problematização, que se diferencia da tradicional, centralizando as atividades no aluno e não no professor, valorizando assim, as experiências e os saberes trazidos na construção do conhecimento do educando durante o ato de educar, enquanto que o papel de educador é o de facilitador, coordenador e mediador (FREIRE, 2005; SIQUEIRA JÚNIOR, 2006).

## **2 OBJETIVO**

Desenvolver ação de educação permanente sobre segurança na administração de medicamentos para equipe de enfermagem de uma unidade de emergência com o fundamento de melhorar a segurança ao paciente e proporcionar uma assistência livre de erros e danos.

## **3 DIAGNÓSTICO DA REALIDADE**

O esforço em melhorar algumas demandas emergentes para melhoria da qualidade da assistência tem sido desenvolvido na unidade de saúde foco desta intervenção, mas, ainda são incipientes iniciativas que priorizem a segurança na administração de medicamentos em todos os setores de atenção, o que gera preocupação, uma vez que dados brasileiros sobre eventos adversos, que advém de ações profissionais e que causam danos ao paciente, são cada vez mais frequentes no ambiente hospitalar.

A unidade de saúde propósito da intervenção é um hospital de emergência de médio porte, que atende em média 15 mil pacientes a cada mês, possui mais de 400 profissionais de enfermagem. Dados de gestão não apontam ou apresentam números sobre os danos ou eventos adversos sofridos pelo paciente, no entanto, na prática diária esses acontecimentos são frequentes, especialmente relacionados aos cuidados com administração de medicamentos.

Políticas nacionais e pesquisas têm apontado falhas no processo de administração de medicamentos, sendo estas falhas destacadas como problemas decorrentes da ação profissional. Pois, a competência de administração de medicamentos é da equipe de enfermagem, responsável pelo preparo e administração desses medicamentos no paciente, portanto é o profissional adequado para pensar e desenvolver estratégias para prevenção desses riscos e agravos.

Políticas de segurança do paciente, de educação permanente, entidades de classe, instituições de ensino tem atuado na tentativa de evitar os erros causados no processo de administração de medicamentos, adotando estratégias como os 5 certos: dose certa, hora certa, medicamento certo, paciente certo e diluição certa. Essas medidas têm contribuído para a redução dos riscos e agravos ocasionados pelos erros profissionais na administração de medicamentos (BRASIL, 2012b).

## 4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O tema da Segurança do Paciente vem sendo amplamente difundido em diversos países, o que se reflete na grande quantidade de estudos sobre a ocorrência de eventos adversos (EA) (PAVÃO, 2011).

A preocupação com a segurança do paciente nas instituições de saúde é global. Este movimento da segurança do paciente teve início na última década do século XX, após a publicação do relatório *To Err is Human* do *Institute of Medicine* (IOM), dos EUA que mostram 33,6 milhões de internações com 44 a 98 mil mortes a cada ano em decorrência de eventos adversos (EA) constata que esses eventos envolvem custos sociais e econômicos consideráveis, podendo implicar em danos irreversíveis aos pacientes e suas famílias (SILVA, 2010; REIS; LAGUARDIA, 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem demonstrado sua preocupação com a segurança do paciente e adotou esta questão como tema prioritário, em 2004 criou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, com o objetivo de conscientizar e conquistar o compromisso político, tem a missão de coordenar, disseminar e acelerar melhorias para a segurança do paciente mundialmente.

Em 2005, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente identificou seis áreas de atuação, uma delas foi o desenvolvimento de soluções para a segurança do paciente com o propósito de promover melhorias específicas em áreas que são problemáticas na assistência. Foram definidas seis metas internacionais de Segurança: Identificar os pacientes corretamente; melhorar a efetividade da comunicação entre profissionais da Assistência; melhorar a segurança de medicações de alta vigilância (*high alert Medications*); assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde; Reduzir o risco de lesões aos pacientes, decorrentes de quedas.

O Brasil estabelece a segurança do paciente como um dos requisitos de boas práticas para funcionamento dos serviços de saúde no país por meio da resolução RDC n. 36 de 25 de novembro de 2011, fundamentada na qualificação, na humanização da atenção e na gestão, bem como na redução e controle de riscos aos usuários e meio ambiente (ANVISA, 2013).

O Ministério da Saúde cria por meio da portaria 529 de 1 de abril de 2013 o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) que tem por objetivo contribuir para a qualificação

do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (BRASIL, 2013a).

Apesar dos avanços, o maior desafio enfrentado é a criação de uma cultura de segurança pelos profissionais de saúde entendida como o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde; e a compreensão por parte dos gestores de que a causa de erros é multifatorial e que pode ocorrer quando há falhas nos planejamentos dos processos técnicos e organizacionais. Esses processos são executados por pessoas, o que também traz possibilidade de riscos e danos aos pacientes (SILVA, 2010; BRASIL, 2013b).

A autora aponta outro problema, a falta de informações sobre os eventos adversos que ocorrem e sobre seus fatores causais, comprometendo o conhecimento, avaliação e a discussão sobre as consequências destes eventos para os profissionais, usuários e familiares. Isso prejudica o planejamento de estratégia, pelos gestores, focadas nas práticas seguras, redução dos eventos adversos e melhoria da qualidade da assistência, colocando em risco a segurança dos pacientes (SILVA, 2010).

Entre os desafios para a enfermagem quando se trata do assunto estão: a criação de Comitês de Segurança do Paciente nas instituições de saúde constituída por equipe multidisciplinar, visando desenvolver uma cultura de segurança dentro das instituições e o fortalecimento da Rede de Enfermagem e Segurança do Paciente (Internacional, Nacional e Regional) promovendo a comunicação rápida e efetiva das evidências, experiências e recomendações destinadas a garantir a segurança dos pacientes (SILVA, 2010).

Uma das metas do PNSP é a segurança na administração de medicamentos para evitar ocorrência de erros. Um erro de medicação caracteriza-se por um evento evitável, ocorrido em qualquer fase do processo de uso do medicamento, que pode ou não causar danos ao paciente. A presença do dano em decorrência de um erro de medicação caracteriza o evento adverso ao medicamento do tipo evitável, definido como um prejuízo ou lesão, temporária ou permanente, decorrente do uso incorreto, incluindo a falta do medicamento (BEBELA; PETERLINI; PEDREIRA, 2010).

Erros envolvendo medicamentos ocorrem frequentemente em hospitais, sendo classificados como eventos adversos preveníveis, podendo ou não resultar em danos aos

pacientes e, em média, um paciente hospitalizado é vítima de, pelo menos, um erro de medicação por dia (SILVA; CAMERINI, 2012).

Para o Ministério da Saúde a etapa de administração de medicamento é a última barreira para evitar um erro de medicação derivado dos processos de prescrição e dispensação, aumentando, com isso, a responsabilidade do profissional de enfermagem, que administra os medicamentos. Um erro na administração de medicamento pode trazer graves consequências aos pacientes, devendo-se observar a ação, as interações e os efeitos colaterais, assim, é de suma importância a educação e o treinamento dos profissionais para reduzir o risco de erro (BRASIL, 2013c).

Pesquisa sobre erros de medicamentos de Silva e Camerini (2012) apontam taxas de erros em todos os setores e maiores de 80% para as categorias: não conferir medicamento, não avaliar permeabilidade do cateter e não avaliar presença de flebite. Não houve erros em via e dose. A administração do medicamento com atraso em 69,75% das doses possivelmente afetou o resultado terapêutico de alguns medicamentos, podendo ocorrer consequências indesejáveis aos pacientes.

As autoras grifam a necessidade de aprofundar as pesquisas que abordam o erro na administração de medicamentos, associado ao processo de trabalho da enfermagem, como a influência da tecnologia na prevenção do erro, como por exemplo, o acesso a etiquetas para identificar medicamentos. O efeito final não é totalmente previsível, mas é fundamental que se estude o seu impacto, principalmente, associado ao trabalho da enfermagem (SILVA; CAMERINI, 2012).

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, os sistemas de saúde devem avançar no desenvolvimento de serviços que prestem uma atenção integral de qualidade. As ações previstas na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente podem direcionar as práticas seguras para surgimento de uma forte cultura de segurança nos serviços de saúde (ANVISA, 2013).

A cultura de segurança bem difundida pode permitir às organizações e seus profissionais disporem de dados e ferramentas para trabalhar em prol da melhoria da assistência à saúde. No Brasil, a Segurança do Paciente já faz parte da agenda política para que os objetivos sejam alcançados e a educação e o treinamento profissional vem sendo um caminho para isso (ANVISA, 2013).

## 5 PLANO DE AÇÃO

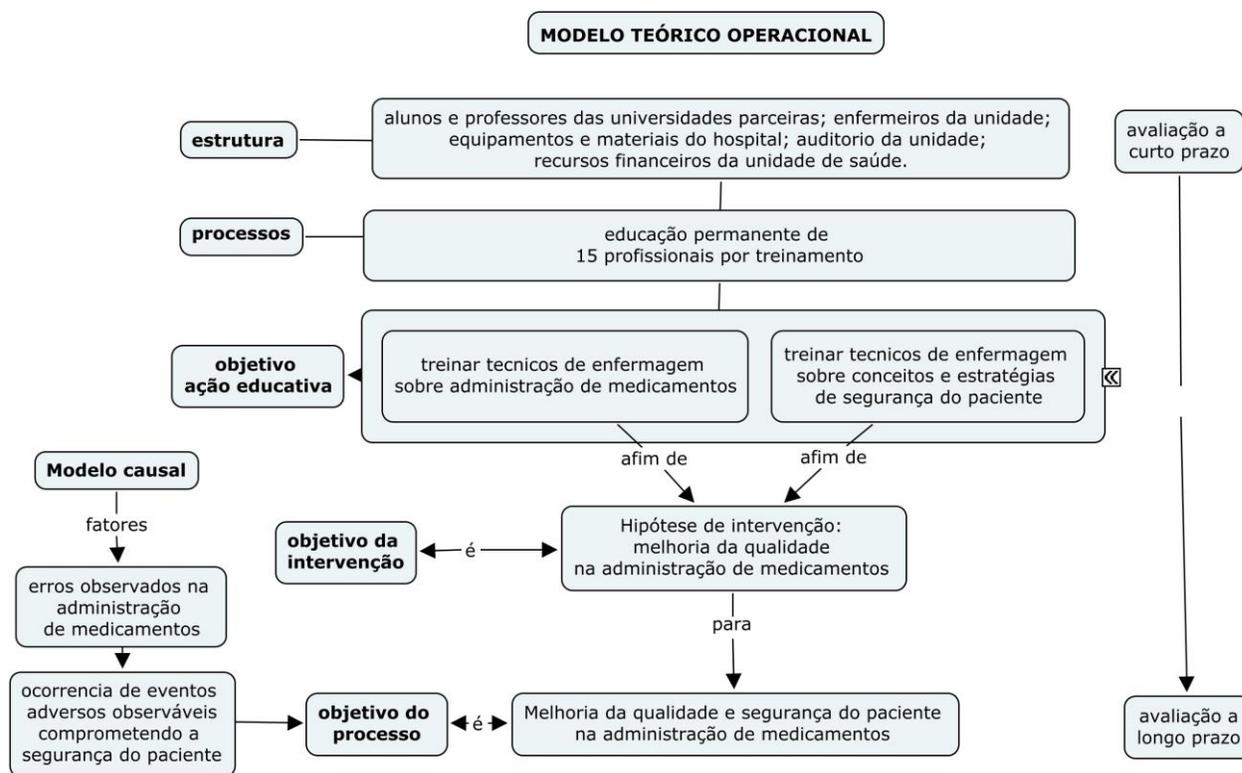
Trata-se de uma tecnologia educativa para o desenvolvimento de uma ação de educação permanente sobre segurança na administração de medicamentos, pois, os conceitos básicos são fundamentais para o trabalho do profissional de enfermagem, responsável pelo cuidado direto ao paciente. Esta é uma temática que está em constante discussão e ainda apresenta fragilidades identificadas na ação diária dos profissionais de enfermagem, também identificada em estudos científicos (SILVA; CAMERINI, 2012).

O local do desenvolvimento da ação educativa será um hospital de emergência, referência no Amazonas, atente atualmente aproximadamente 15 mil pacientes por mês e possui 376 leitos. O serviço de enfermagem em diversos serviços na unidade representa mais de 400 profissionais de enfermagem atuantes em todo o hospital. A demanda de atendimentos diário considerando as 24 horas é em média 500 pessoas, além daqueles já internados nas enfermarias de observação.

A ação de educação será desenvolvida para auxiliares e técnicos de enfermagem de toda unidade para que possam desenvolver uma assistência segura ao paciente na administração de medicamentos.

O planejamento da ação educativa será demonstrado por meio de um modelo lógico, que serve para documentar o sentido de um programa, neste caso uma ação educativa, para explicitar os vínculos entre uma intervenção e seus efeitos além de facilitar compreender os objetivos do estudo, permite fazer uma avaliação das estruturas, processos e resultados da ação desenvolvida (figura 1) (HARTZ; SILVA, 2005; CHAMPAGNE et al., 2011).

O modelo lógico operacional proposto apresenta um modelo causal dos problemas identificados na instituição e as estratégias a serem adotadas para resolução do problema até chegar nos objetivos da intervenção que é a melhoria da qualidade na administração de medicamentos, e objetivos do processo que é a melhoria da qualidade e segurança do paciente na administração de medicamentos.



**Figura 1:** Modelo teórico operacional da ação educativa sobre segurança na administração de medicamentos.

O programa contará com parceria de instituições de ensino e pesquisa do Amazonas por meio de atividades de extensão universitária sobre segurança do paciente, integrando ensino e serviço, vinculado à Escola de Enfermagem de Manaus, Universidade Federal do Amazonas.

A ação educativa será realizada por encontros presenciais e no horário de serviço dos profissionais no turno vespertino, pois possui menor volume de atividades. A capacitação será feita com pequenos grupos de até 15 pessoas no auditório da unidade, pois favorece a interação, otimiza o tempo, e estimula a participação dos sujeitos, além do acompanhamento dos participantes que favorece a adesão ao programa (FURLAN et al., 2009).

A avaliação dos profissionais participantes do programa será processual a curto e longo prazo o que permitirá identificar se os objetivos da ação educativa foram atingidos e se as estratégias metodológicas foram adequadas. Será realizado um método de avaliação de pré-teste e pós-teste contendo questões de conhecimento sobre segurança na administração de medicamentos, para identificar as mudanças que a ação educativa pode proporcionar na realidade dos sujeitos.

Será solicitado aos alunos para que opinem com relação à atividade de educação permanente por meio de instrumento de avaliação contendo enunciados sobre a atividade. O profissional deve indicar sua escolha concordando (ou concordando fortemente), discordando (ou discordando fortemente) ou mantendo-se neutro em relação a cada enunciado.

Será solicitada dispensa do comitê de ética e pesquisa por se tratar do desenvolvimento de uma tecnologia educativa, sem necessidade de coleta de dados dos participantes.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A atividade de educação permanente sobre segurança na administração de medicamentos traz como benefícios uma assistência de qualidade contribuindo para minimização dos riscos inerentes aos cuidados, manuseio e aplicação dos medicamentos. Permite uma prática segura dos procedimentos realizados pelos profissionais de enfermagem e reflexões sobre a prática diária profissional sob uma perspectiva de qualidade da assistência.

Entende-se que trazer estas discussões e capacitação pela educação permanente permite uma continuidade do processo educativo, uma vez que a segurança do paciente é um dos fatores mais importantes da prática do profissional de enfermagem e garante uma prática livre de erros e danos ao paciente.

Os eventos adversos são um problema para uma assistência de qualidade e estratégias de educação permanente têm sido recomendadas e fundamentais nesse processo para prevenção de danos decorrentes de uma assistência insegura que ocasiona erros e graves consequências aos pacientes.

## REFERÊNCIAS

ANVISA – Agência nacional de vigilância sanitária. Assistência Segura: Uma reflexão teórica aplicada à prática. Série: Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. Brasília: ANVISA, 2013.

BELELA, A. S. C.; PETERLINI, M. A. S.; PEDREIRA, M. L. G.. Revelação da ocorrência de erro de medicação em unidade de cuidados intensivos pediátricos. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v.22, n.3, set. 2010 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103507X2010000300007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103507X2010000300007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 14 mar. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. No 529, Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). 1o de abril de 2013 A. 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: 10 jan. 2014.

BRASIL. Anvisa. Proqualis. Medição e monitoramento da segurança. Brasília: MS, 2013 B.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência nacional de vigilância sanitária. Resolução - RDC nº 36, Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. 25 de julho de 2013 C 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: 14 Mar. 2014.

FREIRE, P. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FURLAN, C. E. F. B.; MENDES, I. A. C.; SEIXAS, C. A.; OLIVEIRA, A. S.. Relato de experiência: utilização do TelEduc com profissionais de saúde na rede pública. ConTIC Saúde 2009: Congresso Tecnologia e Humanização na Comunicação em Saúde, Ribeirão Preto, 15 e 16 de outubro de 2009.

PAVAO, A. L. B.; ANDRADE, D.; MENDES, W.; MARTINS, M.; TRAVASSOS, C. Estudo de incidência de eventos adversos hospitalares, Rio de Janeiro, Brasil: avaliação da qualidade do prontuário do paciente. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 14, n. 4, dez. 2011 . Disponível em:<[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415790X2011000400012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2011000400012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 14 mar. 2014.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J.. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 7, Jul. 2013 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000700018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 Mar. 2014.

SILVA, A. E. B. C.. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.l.], v. 12, n. 3, p. 422-4, set. 2010.

Disponível em: <<http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/11885>>. Acesso em: 14 Mar. 2014.

SILVA, G. M. Da; SEIFFERT, O. M. L. B. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 3, maio-jun, 2009, p. 362-6.

SILVA, L. D.; CAMERINI, F. G.. Análise da administração de medicamentos intravenosos em hospital da rede sentinela. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 21, n. 3, set. 2012 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072012000300019&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072012000300019&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em: 14 mar. 2014.

SILVA, M. F. da; CONCEIÇÃO, F. A. da; LEITE, M. M. J. Educação continuada: um levantamento de necessidades da equipe de enfermagem. *Revista o mundo da saúde*, São Paulo, v. 32, n. 1, jan-mar, 2008, p. 47- 55.

SIQUEIRA JÚNIOR, A. C.;; BUENO, S. M. V.. Utilização da pedagogia problematizadora na graduação de enfermagem para o atendimento do paciente agressivo. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 27, n. 2, jun, 2006, p. 291-300.

TRENTINI, M.; BELTRAME, V. A pesquisa convergente-assistencial (PCA) levada ao real campo de ação de enfermagem. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 11, n. 2, p. 156-160, 2006.