



**SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR DO MÉDIO PARNAÍBA LTDA – SESMEP  
FACULDADE DO MÉDIO PARNAÍBA – FAMEP  
INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO COMENIUS – ISEC  
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**CARLA DANIELLE SILVA NASCIMENTO**

**A ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE E A  
PREVENÇÃO DOS ERROS DE MEDICAÇÃO**

Teresina – PI

2018

**CARLA DANIELLE SILVA NASCIMENTO**

**A ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE E A  
PREVENÇÃO DOS ERROS DE MEDICAÇÃO**

Trabalho de Conclusão do Curso  
apresentado à Faculdade do Médio  
Parnaíba – FAMEP, como requisito para  
conclusão de graduação em Bacharelado  
em Enfermagem.

Orientador Prof. Dr. Everton Moraes  
Lopes

Teresina – PI

2018

**CARLA DANIELLE SILVA NASCIMENTO**

**A ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE E A  
PREVENÇÃO DOS ERROS DE MEDICAÇÃO**

Trabalho de Conclusão do Curso  
apresentado à Faculdade do Médio  
Parnaíba – FAMEP, como requisito para  
conclusão de graduação em Bacharelado  
em Enfermagem.

Orientador Prof. Dr. Everton Moraes  
Lopes

Monografia aprovada em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Orientador Everton Lopes

---

1º examinador

---

2º examinador

“Dedico esse trabalho ao meu pai e minha mãe que dedicaram as suas vidas para a realização do meu sonho. ”

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, pois nos momentos que me senti incapaz de suportar, ele nunca desistiu de mim! Pela força, coragem e serenidade para concluir mais uma etapa em minha vida. E por me capacitar e guiar durante todo esse tempo, ajudando a suportar essa batalha árdua que com muito esforço e dedicação me foi concebida com sucesso.

Aos meus pais e avós, por todo esforço e dedicação para comigo, pois eles foram, e sempre serão, minhas maiores inspirações. Ao meu noivo, por estar ao meu lado, me dando ânimo para atravessar essa jornada. E à toda família que, de certa forma, esteve presente durante todos esses anos, acreditando e torcendo por pela minha conquista.

Agradeço a FAMEP, pela preocupação e dedicação em promover o melhor do ensino. Ao corpo docente da instituição pelo compromisso e competência. Pelo empenho em proporcionar um ensino de qualidade e por nos incentivar a ser e buscar sempre o melhor, com muito esforço e humildade.

Agradeço ao meu querido orientador Prof. Everton Lopes pela paciência, esforço e dedicação, por me ajudar nos momentos de dúvidas.

Agradeço aos amigos por toda cumplicidade e companheirismo proporcionados, que me ajudaram a levar a diante o meu sonho.

*“Para cultivar a sabedoria, é preciso força interior. Sem crescimento interno, é difícil conquistar a autoconfiança e a coragem necessárias. Sem elas, nossa vida se complica. O impossível torna-se possível com a força de vontade”.*

(Dalai Lama)

NASCIMENTO, C.D.S.; LOPES, E. **A enfermagem na promoção da segurança do paciente e a prevenção dos erros de medicação**. 2018. 37 p. Monografia (Graduação em Bacharelado em Enfermagem) - Faculdade do Médio Parnaíba - FAMEP. Teresina - PI, 2018.

## RESUMO

Atualmente é fundamental a busca pela qualidade nos serviços de saúde assim, o movimento pela segurança do paciente passa a ser um caminho prioritário a ser percorrido. A preocupação ao incentivo a práticas de segurança do paciente, fez com que o Ministério da Saúde elaborasse o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) destacando-se a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos. Os erros cometidos com medicação são considerados um relevante problema de saúde pública, justificando a importância de estudos que abordem esse tema. O objetivo deste trabalho é caracterizar, através de uma revisão integrativa, a produção científica publicada em periódicos sobre a atuação da enfermagem na segurança do paciente e prevenção dos erros de medicação. A coleta dos dados foi realizada no período de outubro de 2018, por meio de levantamento de dados publicados nas bases de dados LILACS (Literatura Latino Americana, em Ciência de Saúde), BDENF (Banco de dados em Enfermagem) e MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online). O levantamento foi realizado com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), referente aos anos de 2011 a 2018. Após a formulação dos resultados foi possível distribuí-los em duas categorias: Erros na administração de medicamentos relacionada à prática da equipe de enfermagem e Ações da Enfermagem na promoção da segurança do paciente e prevenção dos erros na administração de medicamentos. Os erros de medicação e as reações adversas a medicamentos estão entre as falhas mais frequentes nos cuidados em saúde e é importante destacar que essas situações, muitas vezes, poderiam ter sido evitadas nas três principais fases do processo de medicação (prescrição, dispensação e administração), as quais envolvem ações multiprofissionais de equipes médicas, de enfermagem e farmacêuticas. É responsabilidade do profissional de enfermagem garantir a segurança no processo de uso de medicamentos através de medidas preventivas como a conferência simples de medicação, os nove certos, a dupla checagem na administração de medicamentos e a central de abastecimento farmacêutico. Contudo, o estudo apresentado traz à tona a discussão da necessidade de competência profissional para a realização do preparo e administração de medicamentos. A cultura de segurança deve ser prioritária e amplamente disseminada nos serviços de saúde. A administração medicamentosa é uma das atividades mais importantes da enfermagem e conhecer os tipos de erros e os fatores causais na ocorrência de falha na administração de medicamentos é fundamental na elaboração de medidas preventivas para redução das mesmas.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Segurança do Paciente. Medicação.

NASCIMENTO, C.D.S.; LOPES, E. **Nursing in the patient's safety promotion and medication errors prevention.** 2018. 37 p. Monography (Undergraduate Degree in Nursing) - Faculty of Middle Parnaíba - FAMEP. Teresina - PI, 2018.

### **ABSTRACT**

Nowadays the search for quality in health services is fundamental, this way, the patient safety movement becomes a priority path to be taken. Worries to promote patient safety practices led the Ministry of Health to develop the National Patient Safety Program (PNSP), especially emphasizing safety in prescription, use and administration of medicines. The mistakes made through with medication are considered a pertinent public health problem, which justifies the importance of studies that approach this issue. The aim of this work is to characterize, through out an integrative review, the scientific production published in periodicals on the nursing performance in patient safety and prevention of medication erros. Data collection was enlightened in October 2018, by means of data collection published in the databases LILACS (Latin American Literature, in Health Science), BDNF (Database of Nursing) and MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online). The survey was accomplished with the Descriptors in Health Sciences (DeCS), for the years 2011 to 2018. With the formulation of the results it was possible to dispart them in two categories: Errors in medication administration in relation to the nursing team practicea and Nursing Actions in promoting patient safety and prevention of medication administration erros. Medication errors and adverse drug reactions are among the most frequent failures in health care, and it is important to face that they could be prevented in the three main phases of the medication process (prescribing, dispensing, and administering), these involve multiprofessional actions of medical, nursing and pharmaceutical teams. It's a nursing professional responsibility to guarantee the safety of the medication use process through preventive measures such as simple medication conference, the right nine, double check in drug administration and the pharmaceutical supply center. Thus, the present study brings up the discussion about need of professional competence to perform the preparation and administration of medications. Safety culture must be a priority and largely sowed in health services. Drug administration is one of the most important nursing activities and to know the types of errors and the causal factors to occurrence of failure in the administration of medicines is fundamental to elaborate preventive measures to reduce of same ones.

**Keywords:** Nursing. Patient safety. Medication.



## LISTA DE QUADROS

**Quadro 1:** Distribuição das publicações científicas segundo o Ano de publicação, Abordagem metodológica, Região geográfica, Titulação dos autores e Periódico de publicação.....21

**Quadro 2:** Distribuição das publicações científicas, segundo Autor, Título do estudo, objetivo do estudo e Classificação de categorias.....22

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	11
1.1 Objetivos	14
1.1.1 Objetivo geral	14
1.1.2 Objetivos Específicos	14
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b>	15
2.1 Conceitos e história sobre segurança do paciente	15
2.2 Os desafios na implementação da segurança do paciente	17
2.3 Efeitos Adversos e segurança do paciente	18
<b>3 METODOLOGIA</b>	20
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	22
4.1 Caracterização das publicações	22
4.2 Erros na administração de medicamentos relacionada à prática da equipe de enfermagem	26
4.3 Ações da Enfermagem na promoção da segurança do paciente e prevenção dos erros na administração de medicamentos	28
<b>5 CONCLUSÃO</b>	31
<b>REFERÊNCIAS</b>	
<b>APÊNDICE</b>	
<b>ANEXO</b>	

## 1 INTRODUÇÃO

Atualmente é fundamental a busca pela qualidade nos serviços de saúde assim, o movimento pela segurança do paciente passa a ser um caminho prioritário a ser percorrido. Embora as discussões, estejam conquistando espaços significativos, acredita-se que ainda haja uma lacuna relacionado às dimensões de cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais de enfermagem (MASSOCO; MELLEIRO, 2015).

A segurança do paciente significa a redução do risco de danos desnecessários associados com cuidado em saúde ao máximo. Esses danos, comumente chamados por eventos adversos (EAs), são complicações ou lesões não intencionais decorrentes do cuidado prestado ao paciente, que podem ocasionar danos ou incapacidade, temporária ou permanente, prolongamento do tempo de internação e até mesmo a morte, não tendo correlação com a doença que determinou a internação (NUNES et al., 2014).

Para Dias et al. (2014), os pacientes em todo o mundo estão sujeitos a erros na assistência na saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que em cada 10 pacientes possa ser vítima de erros e eventos adversos durante a prestação de assistência à saúde no mundo e que há necessidade de estabelecer medidas de prevenção a fim de reverter esse problema.

Os autores Vestena et al. (2014) afirmam que com a preocupação ao incentivo a práticas de segurança do paciente, fez com que o Ministério da Saúde elaborasse políticas, em consonância com os temas prioritários definidos pela Organização Mundial da Saúde e pelas diretrizes da Aliança Mundial para Segurança do Paciente. Dentre as áreas definidas como prioritárias no Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) destaca-se a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos. Assim, os erros cometidos com medicação são considerados um relevante problema de saúde pública, justificando a importância de estudos que abordem esse tema.

Os erros de medicação são considerados qualquer evento evitável que pode causar ou conduzir à utilização inadequada de medicação ou dano ao doente enquanto a medicação está sob controle do profissional de saúde. Um erro de medicação pode ocorrer desde a sua prescrição, transcrição, dispensa, administração até a sua monitorização e independe do resultado, ou seja, se houve

ou não prejuízo para o paciente. Desta forma, a enfermagem deve oferecer assistência segura, livre de qualquer dano durante seus cuidados, identificando no sistema de saúde as possíveis falhas, tornando-se uma busca contínua de soluções que visem a um cuidado efetivo e com segurança (DIAS et al., 2014).

Em meio a esse cenário, dados da literatura apontam que 56% dos erros na administração de medicamentos acontecem na fase de prescrição, executada pelo profissional da medicina, 6% na fase de transcrição e 4% na de dispensação, profissionais farmacêuticos, e 34%, na fase de administração, implementada pela enfermagem. A enfermagem é capaz de interceptar até 86% dos erros na medicação, provindos dos processos de prescrição, de transcrição e de dispensação, mas apenas 2% dos erros na administração são interceptados (VESTENA et al., 2014).

Segundo França et al. (2015), na implantação e incorporação da cultura de segurança do paciente em qualquer instituição de saúde, faz-se necessário elevado nível de comprometimento da gerência e dos profissionais da instituição, bem como forte espírito de vínculo entre os diversos departamentos, fatores imprescindíveis para a garantia de assistência segura, tanto para o profissional como para o paciente.

Ainda segundo os mesmos autores supracitados, nas instituições de saúde, o enfermeiro pode ser considerado facilitador no processo de identificação de riscos de EA, o que se configura em elemento chave nesse processo, dado o seu protagonismo na assistência. Entende-se que à medida que os enfermeiros assumem de seu papel de liderança junto à equipe, há evidências de melhoria da assistência. Além disso, o enfermeiro é o responsável técnico pela equipe de enfermagem frente ao seu conselho de classe, e irá responder a possíveis processos judiciais relacionados à ocorrência de EA.

Na busca de melhoria na qualidade da segurança do paciente, a Enfermagem formulou a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança (REBRAENSP) uma estratégia de vinculação e cooperação no desenvolvimento dos cuidados de saúde, gestão, pesquisa e informação, e educação permanente, com a finalidade de contribuir para a promoção e proteção da saúde humana, melhoria permanente da qualidade dos serviços e promover o acesso universal e equitativo dos cuidados de saúde no país (MADEIRA et al., 2014)

O enfermeiro, no cuidado ao paciente tem o dever de conhecer a história de segurança do paciente, acompanhando o desenvolvimento cultural, tecnológico e científico, de forma atenciosa, resultando na qualidade do atendimento prestado e a ocorrência mínima de erros. Permitindo ainda, a aplicação de métodos para colocar em prática cuidados qualificados no momento do atendimento, neste sentido, sendo imprescindível o desempenho do enfermeiro (CAVALCANTE et al., 2015).

Assim, considerando os dados mencionados anteriormente, evidencia-se a importância das ações da enfermagem na promoção da segurança do paciente, tanto para prevenir quanto para evitar erros na administração de medicamentos. Contudo, para que se possa empreender estratégias voltadas para a segurança, faz-se necessário conhecer os erros e o contexto em que ocorrem. A partir desse conhecimento, torna-se possível identificá-los e atuar sobre os eventos adversos evitáveis, propondo-se cuidados seguros de enfermagem e estratégias de prevenção e de gerenciamento de riscos (VESTENA et al., 2014).

O interesse pelo estudo surgiu a partir da constatação do dever que a enfermagem deve possuir, oferecendo cuidado seguro, livre de qualquer dano, identificando as possíveis falhas, pautando seu conhecimento em uma busca contínua de soluções afim de um cuidado efetivo, visando uma assistência com qualidade.

Evidencia-se a importância das ações da enfermagem na promoção da segurança do paciente, tanto para prevenir quanto para evitar erros na administração de medicamentos. A partir desse conhecimento, torna-se possível identificá-los e atuar sobre os eventos adversos evitáveis, propondo-se cuidados seguros de enfermagem e estratégias de prevenção e de gerenciamento de riscos.

Portanto, o estudo é relevante para o aperfeiçoamento da formação acadêmica, através das reflexões despertadas sobre a temática, fazendo com que, os profissionais tenham um olhar crítico em relação ao problema, buscando um melhor atendimento de qualidade, tentando minimizar a ocorrência de danos relacionadas a administração de medicamentos pela equipe de Enfermagem. Desta forma constitui uma base de consulta para outros estudos que queiram descrever situações relacionadas à temática. Desse modo, a presente pesquisa tem como questão Norteadora: Qual a produção científica de enfermagem sobre a promoção da segurança do paciente na prevenção de erros de medicação.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Caracterizar a produção científica publicada em periódicos sobre a atuação da enfermagem na segurança do paciente e prevenção dos erros de medicação

### **2.2 Objetivos Específicos**

Identificar quais os erros mais recorrentes na administração de medicamentos relacionada à prática da equipe de enfermagem

Descrever as ações da Enfermagem na promoção da segurança do paciente e prevenção dos erros na administração de medicamentos

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Conceitos e história sobre segurança do paciente

A definição de segurança do paciente é construída a partir de uma dimensão, que garante o escore de prognóstico em não sofrer danos nos serviços de saúde, estando sob cuidados de um profissional, pois os riscos da ocorrência de EA são proeminentes. Uma vez que há inúmeros pontos negativos no sistema organizacional, tais como, a problemática na interação de trabalho por falta de comunicação da equipe e problemas físicos já existentes em unidades hospitalares, que tem influência diretamente na segurança do indivíduo doente (CARVALHO et al., 2015).

Ao reporta-se a precursora da enfermagem moderna Florence Nightingale, trabalhou no sentido de melhorar a qualidade no cuidado dos pacientes que estavam sobre sua responsabilidade. Para isto ela percebeu que a interação entre o ambiente-paciente era necessária, porquanto acreditava que oferecer um local limpo e arejado aos soldados feridos da guerra, trazia resultados positivos na sua recuperação, este preceito fundamentou a Teoria Ambientalista (MEDEIROS; ENDERS; LIRA, 2015).

Segundo Cavalcante et al. (2015), a preocupação com a cultura da segurança, embora possa parecer um termo atual foi citado pela primeira vez em 1986, pelo Grupo Consultivo Internacional em Segurança Nuclear, preconizado devido à tragédia nuclear de Chernobyl, definida como a pior na história de energia nuclear, devido ao ocorrido de uma explosão e incêndio, lançando radiação na atmosfera. Tendo como base no acidente ocorrido, foi planejado a "cultura de segurança positiva", em que o mesmo foi elaborado com o objetivo de minimizar tanto os acidentes como os incidentes.

Em 1990, James Reason psicólogo britânico, publicou o livro Human Error que aborda a segurança do paciente e coloca definições sobre o erro. Com base nesse livro de James Reason, foi elaborado o relatório no ano de 1999, nomeado pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América (IOM), "Errar é humano". Esse relatório ficou conhecido mundialmente através da mídia. Os profissionais após sua publicação passaram a ter uma preocupação maior com a segurança do paciente, devido as elevadas taxas de mortalidade que foram coletadas nesse país,

entre o número de óbitos causadas pela assistência era em torno de 44 mil a 98 mil mortes por ano, sendo 7 mil associadas aos erros com medicação. Além de trazer dados alarmantes de pessoas vítima de erros médicos, essa publicação trouxe a questão de EA e segurança do paciente em principais âmbitos de saúde, buscaram-se solucionar tal problema e evitar outros (MILAGRES, 2015).

O mesmo autor supracitado ainda relata que James Reason criou o modelo do queijo suíço, no qual retrata as “barreiras” que impedem que o erro chegue até o paciente. De acordo com o levantamento e observações feitas pelo autor, o erro até chegar ao paciente passa por uma diversidade de situações, que a falta de protocolos e ações inseridas não são obedecidas, ausência de conhecimento sobre diretrizes e protocolos, ausência de um líder que cumpra as diretrizes, ausência de treinamentos, precárias condições físicas, falha na comunicação com a equipe. As barreiras que impedem que o risco atinja o paciente podem ser: profissionais que busque conhecimentos atuais; uso de protocolos clínicos; uso de check list cirúrgico; protocolos de higiene das mãos; dose unitária de medicamentos.

Como resposta aos fatos e consequências de erros humanos a OMS lançou em 2011, as seis metas internacionais para a segurança do paciente, com a finalidade de promover melhorias específicas em áreas problemáticas da saúde. São elas: identificar os pacientes corretamente evitando que os profissionais se confundam e adote medidas para o controle de eventos que comprometam a segurança dos pacientes. A segunda meta tem como finalidade melhorar a comunicação efetiva entre a equipe. A terceira meta aborda a preocupação em melhorar a segurança de medicamentos de alta-vigilância. Para que não ocorram enganos de incisões em locais errados é feito a marcação de lateralidade que respalda em assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto, sendo esta a quarta meta. Foi implementada a adesão à higiene das mãos (HM) por meio da quinta meta em reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde. Medidas simples como mudança de decúbito impedem a ocorrência de iatrogenias, respaldada na sexta meta em reduzir o risco de lesões ao paciente decorrentes de quedas (OLIVEIRA et al., 2014).



## 2.2 Os desafios na implementação da segurança do paciente

O primeiro anuário da Segurança Assistencial Hospitalar no Brasil, do Instituto de Saúde Suplementar (IESS) no ano de 2017, mostrou uma estimativa de mortes por dia devido a EA que chegam a 829 óbitos, ultrapassando o número de mortes por câncer com 480 óbitos, violência com 164 óbitos e acidentes de trânsito com 129 mortes. Com o elevado número de mortes por iatrogenias, liderando as causas externas e imunológicas, a sociedade civil e governos da OMS lançaram os chamados Desafios Globais para a segurança do paciente, que convoca os países a tomarem medidas no intuito de evitar riscos para os pacientes e ao mesmo tempo, norteiam estes países na implantação destas ações (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

O Primeiro Desafio chamou-se: Cuidado limpo é Cuidado Seguro (*Clean Care is Safer Care*) implementado em 2005-2006 era composto de cinco elementos, segurança dos hemoderivados e seu uso, segurança no uso de injetáveis e na imunização, procedimentos clínicos seguros, segurança na qualidade e disponibilidade de água e gerenciamento de resíduos no cuidado à saúde e higienização das mãos (NASCIMENTO; DRAGANOV, 2015).

O Segundo Desafio teve como objetivo geral melhorar a segurança do cuidado cirúrgico em todo o mundo, definindo padrões de segurança que podem ser aplicados em todos os países membros da OMS, chamado de Cirurgia Segura Salva Vidas (*Safe Surgery Saves Lives*), este programa foi implantado pela OMS em 2007-2008 (REIS, MARTINS, LAGUARDIA, 2013).

O Terceiro Desafio Global de Segurança do Paciente da OMS Foi formalmente lançado na Segunda Cúpula Global sobre Segurança do Paciente Ministerial, em Bonn, Alemanha, em 29 de março de 2017, foi chamada de Medicação sem danos (*Medication Without Harm*), tem como objetivo reduzir os danos relacionados com a medicação (WHO,2017). Quanto ao Brasil o MS desde 2004 tem tido a preocupação de elaborar programas e diretrizes com objetivo de incluir todos os atores do âmbito da saúde, onde os profissionais tenham motivação para aplicar segurança do paciente em seus âmbitos de trabalho (AVELAR et al., 2010).

Ainda segundo os mesmos autores supracitados, no Brasil, com iniciativa de enfermeiros, foi confeccionada uma cartilha, chamada “Os Dez Passos para a

Segurança do Paciente”, a mesma foi elaborada a partir de amplas discussões, incluído pesquisas com evidências científicas, e vasta experiência dos profissionais da saúde. A cartilha com os dez passos, inseridos por profissionais enfermeiros que puderam observar os fatos mais relevantes de acordo com sua vivência para prevenir EA, são: Identificação do paciente, cuidado limpo e cuidado seguro (higienização das mãos), cuidado com cateteres e sondas, cirurgia segura, cuidado com sangue e hemocomponentes, paciente envolvido com sua própria segurança, comunicação efetiva, prevenção de queda, prevenção de úlcera por pressão e segurança na utilização de tecnologia.

A Portaria MS/GM nº 529/2013, no artigo 3º, estabelecida no Brasil, define como objetivos específicos do PNSP: promover e apoiar iniciativas voltadas à segurança do paciente, por meio dos Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde, acreditando ser fundamental o envolvimento de pacientes e familiares nesse processo. A preocupação de ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente torna o usuário de saúde proativo na assistência hospitalar. Para que ocorra sistematização é necessário difundir conhecimentos sobre segurança do paciente, fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico de graduação e na pós-graduação na área da Saúde (BRASIL, 2014).

### **2.3 Efeitos adversos e Segurança do paciente**

Os EA são o aparecimento de um problema de saúde causado por cuidados assistenciais e não pela doença de base. Um exemplo clássico dos EA são as lesões por pressão, que na sua grande maioria traz como consequências incapacidade temporária ou permanente e, contribui para a proliferação de infecção hospitalar que pode levar ao óbito. Assim, observa-se que uma assistência com mais cuidados e atenção geram menos EA, na qual poderá ser atingida com a iniciativa de todos os profissionais envolvidos no âmbito da organização, não excluindo também a participação dos próprios usuários quanto à prevenção de erros nos serviços de saúde (SILVA, 2010).

Segundo os autores Roque e Melo (2010), a área da saúde, os eventos adversos são comumente associados ao desprestígio profissional, à autopunição e às possíveis sanções. Sendo assim, admitir e relatar o evento não são tarefas

triviais. No entanto, a identificação de eventos adversos contribui para o dimensionamento dos problemas ocorridos nos processos de cuidar e é informação valiosa para avaliar a segurança do paciente e a qualidade do cuidado prestado.

A notificação de erros é uma prática adotada em vários países, em busca da diminuição dos mesmos. Sabe-se que erros notificados não representam o todo ocorrido na prática devido à subnotificação. O objetivo da notificação de erros é encontrar as causas que levaram à ocorrência dos erros e quais foram as falhas ocorridas no processo. Após a identificação das causas, são implementadas estratégias de ação e correção dos processos envolvidos para evitar a repetição de erros semelhantes afetando outros usuários (LIMA; MELLEIRO, 2013).

Nessa perspectiva, a cultura de segurança do paciente tem recebido crescente atenção no campo das organizações de saúde. Os cuidados de saúde, cada vez mais complexos, elevam o potencial de ocorrência de incidentes, erros ou falhas, particularmente em hospitais. Uma cultura de segurança fortalecida no âmbito hospitalar emerge como um dos requisitos essenciais para melhorar a qualidade do cuidado de saúde (SILVA; ROSA, 2016).

De acordo com Lemos et al. (2018), a cultura de segurança é definida como o produto de valores, atitudes, percepções e competências grupais e individuais que determinam um padrão de comportamento e comprometimento de segurança da instituição, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas. O alcance de uma cultura de segurança requer compreensão destes valores, além das crenças, das normas e das atitudes sobre o que é importante numa instituição e que costumes e comportamentos relacionados à segurança do paciente são confiados, tolerados e ressarcidos pelos colaboradores.

### 3 METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo de revisão integrativa da literatura que de acordo com Freire et al. (2014) tem sido utilizada como recurso metodológico, a qual faz uso de estratégia sistematizada para agrupar e produzir resultados de estudos sobre um determinado tema, com o objetivo de aprofundar e reforçar o conhecimento científico de determinadas áreas e subsidiar a tomada de decisões dos profissionais.

Para a construção de uma revisão integrativa foi necessário seguir seis etapas distintas: a identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; e apresentação da revisão/síntese do conhecimento (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

Esta pesquisa utilizou materiais disponíveis nos bancos de dados LILACS (Literatura Latino Americana, em Ciência de Saúde), BDENF (Banco de dados em Enfermagem) e MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online). O levantamento foi realizado com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), combinados da seguinte forma: Enfermagem, Segurança do Paciente, Medicação.

Os critérios de inclusão das fontes bibliográficas na pesquisa foram todos os estudos indexados na BVS relevantes sobre a temática, publicados nos últimos oito anos (2011 a 2018), disponíveis gratuitamente em texto completo, tendo como idioma a língua portuguesa.

Como critérios de exclusão teve-se artigos que de alguma forma apresentar ambivalência, os que estavam em língua estrangeira, os que não foram relevantes para os objetivos do estudo e os publicados fora do período previamente estabelecido não categorizados segundo o ano de publicação.

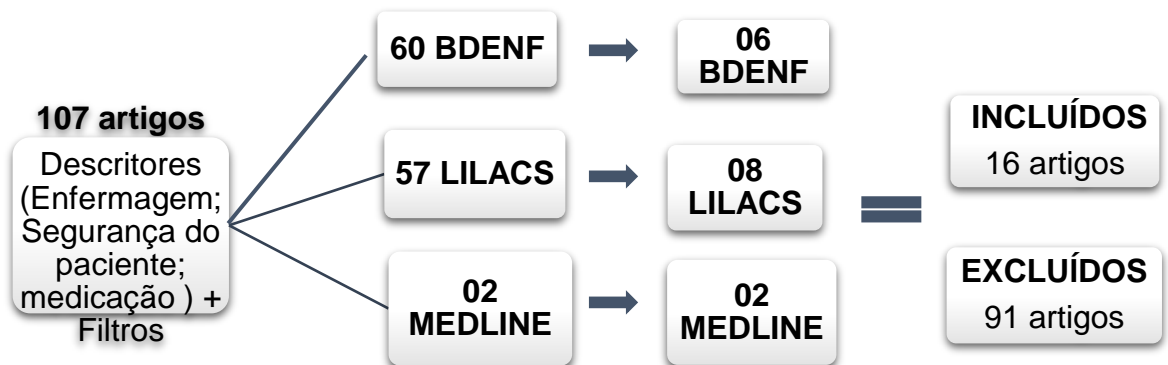
Após a formação destes critérios, foram selecionados apenas artigos intimamente direcionados ao foco central do estudo, sendo criteriosamente analisados através de um fichamento, por meio de um formulário, que foi preenchido para cada artigo selecionado (APÊNDICE A).

Com base na seleção realizada foram encontrados 624 artigos com a associação dos descritores Enfermagem; Segurança do paciente e Medicação. Logo após, a busca foi refinada com a utilização dos filtros, língua portuguesa, artigo e

período de 2011 a 2018 com os descritores citados acima totalizando 107 artigos. Realizou-se leitura criteriosa dos artigos selecionados, para obtenção daqueles que possuíam relação com a temática, o que resultou em uma amostra final de 16 artigos.

A busca de artigos ocorreu por meio de acesso online na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), no mês de setembro de 2018, e seguiu o fluxograma exposto na figura 1.

**Figura 1:** Fluxograma dos artigos da Revisão Integrativa



## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Caracterização das publicações

A partir do estudo dos artigos estabeleceram-se variáveis relevantes para observação das publicações científicas relacionadas à pesquisa, conforme descrito na Tabela 1.

**Quadro 1:** Distribuição das publicações científicas segundo o Ano de publicação, Abordagem metodológica, Região geográfica, Titulação dos autores e Periódico de publicação (n=16). Teresina, 2018.

VARIÁVEIS	N	%
<b>ANO DE PUBLICAÇÃO</b>		
2011	03	18,8
2012	01	6,2
2013	03	18,8
2014	02	12,6
2015	01	6,2
2016	04	25
2017	01	6,2
2018	01	6,2
<b>ABORDAGEM METODOLÓGICA</b>		
Quantitativa	10	62,5
Qualitativa	06	37,5
<b>REGIÃO GEOGRÁFICA</b>		
Sudeste	13	81,2
Sul	02	12,6
Nordeste	01	6,2
<b>PERIÓDICO DE PUBLICAÇÃO</b>		
Rev Gaúcha Enferm	01	6,2
Cogitare Enferm.	04	25

J. res.: fundam. care. online	01	6,2
Revista HCPA	01	6,2
Rev Bras. Enferm.	02	12,6
Enferm. Foco	01	6,2
REME - Rev Min Enferm.	04	25
Rev Assoc Med Bras	01	6,2
Rev enferm UFPE on line.,	01	6.2

Fonte: Banco de Dados BVS

Em relação à tabela acima, verificou que se destacou o ano com maior evidência no número de publicações foi o ano de 2016 com 25%, seguido dos demais anos que apresentaram publicações variadas. No que diz respeito às abordagens metodológicas houve destaque da abordagem quantitativa com 62,5%. Em se tratando das regiões de realização do estudo destacou-se a Sudeste com 81,2%.

Os periódicos que mais se destacaram com quatro publicações foram: REME - Rev Min Enferm. e Cogitare Enferm., os demais periódicos obtiveram número de publicações iguais, com 25% cada.

O Quadro 01 discorre acerca das principais abordagens envolvendo a Depressão pós-parto e aleitamento materno.

**Quadro 2:** Distribuição das publicações científicas, segundo Autor, Título do estudo, objetivo do estudo e Classificação de categorias. Teresina, 2018.

Nº	AUTOR/ANO	TÍTULO DO ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	CATEGORIAS
I	Matiello, <i>et al.</i> 2016	A cultura de segurança do paciente na perspectiva do Enfermeiro	Descrever as atitudes e cultura de segurança na perspectiva do enfermeiro	1
II	Franco, <i>et al.</i> 2011	Percepção da equipe de enfermagem sobre fatores causais de erros na administração	Identificar os fatores causais de erros na administração medicamentosa e medidas de prevenção	2

		de medicamentos		
III	Telles Filho; Praxedes; Pinheiro, 2011	Erros de medicação: análise do conhecimento da equipe de enfermagem de uma instituição hospitalar	Verificar e analisar junto à equipe de enfermagem o conhecimento sobre em que consiste um erro de medicação, sua necessidade de notificação e o conteúdo da mesma	1
IV	Bohomol, 2018	Conhecimento da equipe de enfermagem sobre erros de medicação: estudo Survey descritivo	Verificar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre erros de medicação	2
V	Nunes, et al. 2014	Segurança do paciente: como a enfermagem vem contribuindo para a questão?	Identificar as contribuições da equipe de enfermagem sobre segurança do paciente	2
VI	Ilha, et al. 2016	Segurança do paciente na percepção de acadêmicos de Enfermagem	Conhecer a compreensão de acadêmicos em enfermagem a respeito da segurança do paciente a partir de seu contato com a prática	2
VII	Schumacher, et al. 2013	Erros de medicação em hospitais: uma análise bioética dos aspectos jurídicos e de saúde	Busca estabelecer relações entre o Direito, a Saúde e a Bioética, em uma perspectiva interdisciplinar, por meio da avaliação dos acórdãos referentes a erros de medicação em hospitais na jurisprudência do Rio Grande do Sul.	2
VIII	Duarte, et al. 2015	Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem	Identificar os eventos adversos na assistência de enfermagem em pacientes adultos hospitalizados	1
IX	Mendes, et al. 2013	Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro	Analisar as características dos eventos adversos (EAs) evitáveis em pacientes internados em hospitais do Rio de Janeiro, com vista a identificar elementos que sirvam de substrato à ações prioritariamente voltadas para melhoria da segurança do paciente	2
X	Dias, et al. 2014	Compreensão de enfermeiros sobre segurança do paciente e erros de medicação	Verificar o entendimento dos enfermeiros de unidades básicas e hospitalar sobre segurança do paciente e erros de medicação e identificar as condutas e estratégias utilizadas na	2



			ocorrência desses erros	
XI	Lima; Melleiro, 2013	Percepção da equipe multidisciplinar acerca de fatores intervenientes na ocorrência de eventos adversos em um Hospital Universitário	Analisar a percepção da equipe multidisciplinar de um hospital universitário acerca de fatores intervenientes na ocorrência de eventos adversos (EA) e relacioná-los com as dimensões de qualidade de Parasuraman, Zeithaml e Berry	1
XII	Lemos; Silva; Martinez, 2012	Fatores que predispõe à distração da equipe de enfermagem durante o preparo e a administração de medicamentos	Testar a hipótese de que a distração, durante o preparo e a administração de medicamentos, pode conduzir ao erro	1
XIII	Praxedes; Telles Filho, 2011	Erros e ações praticadas pela instituição hospitalar no preparo e administração de medicamentos	Identificar os erros cometidos pela equipe de enfermagem, relacionados ao preparo e à administração de medicamentos, e as ações praticadas pela instituição hospitalar em que ocorreram	1
XIV	Alves, et al. 2017	O conhecimento do Enfermeiro acerca dos cuidados com medicamentos potencialmente perigosos	Analisar o conhecimento dos enfermeiros das Unidades de Terapia Intensiva acerca dos cuidados com Medicamentos Potencialmente Perigosos	1
XV	Duarte, et al. 2016	Caracterização de erros na assistência de enfermagem em terapia intensiva	Identificar os erros na assistência de enfermagem em um Centro de Terapia Intensiva, de acordo com a equipe de enfermagem, e discutir os principais à luz da Teoria do Erro Humano	2
XVI	Siqueira, et al. 2016	Sentimentos experimentados por equipes de Enfermagem acerca dos erros de medicação	Conhecer os sentimentos experimentados por equipes de enfermagem acerca dos erros de medicação e quais estratégias utilizadas pelos profissionais para preveni-los	1

Após a leitura detalhada dos artigos selecionados observou-se a necessidade de categorizá-los conforme a similaridade de conteúdo. Para isso, foram criadas três categorias a seguir:

## **4.2 Erros na administração de medicamentos relacionada à prática da equipe de enfermagem**

Os erros de medicação (EM) e as reações adversas a medicamentos (RAM) estão entre as falhas mais frequentes nos cuidados em saúde e é importante destacar que essas situações, muitas vezes, poderiam ter sido evitadas nas três principais fases do processo de medicação (prescrição, dispensação e administração), as quais envolvem ações multiprofissionais de equipes médicas, de enfermagem e farmacêuticas (ALVES et al., 2017).

Segundo Siqueira et al. (2016) evento adverso de erro de medicação traz várias implicações para os pacientes, usuários, profissionais e instituições. Pode causar dano pessoal, material, moral e de prestígio ao serviço; aumentar o tempo de internação. Os gastos financeiros aumentam, além de diminuir os indicadores de qualidade e segurança assistencial. Em relação aos profissionais envolvidos, podem ocorrer punições e demissões, afetar a competência, desempenho do trabalhador, abalar o equilíbrio emocional e surgir sentimentos de incapacidade, incompreensão e infelicidade oriundos do evento.

Entre os fatores que ocasionam os erros de medicação, destacam-se: letra ilegível ou ambígua na prescrição médica, separação pela farmácia de medicamento diferente da prescrição, erro na via de administração do medicamento e interação medicamentosa (TELLES FILHO; PRAXEDES; PINHEIRO, 2011).

Corroborando com o exposto, segundo Lemos, Silva e Martinez (2012) ressalta-se ainda, a falta de domínio nas operações matemáticas para contabilizar a quantidade da dosagem. Outros fatores importantes podem ser acrescentados também, como baixo conhecimento sobre as medicações administradas, dificultando a atenção para dosagens discrepantes e aumentando o risco da realização de diluições inadequadas; qualidade das prescrições, que, por vezes, não contêm o registro correto do nome da droga, da via a ser utilizada, da dose a ser administrada, o regime de dosagem, bem como o registro de drogas a que o paciente é alérgico; além de distrações e de interrupções durante o preparo e a administração de medicamentos.

Ainda se têm como acondicionamento, a distribuição e a organização dos medicamentos que podem ocasionar erros na assistência de enfermagem. Destaca-se aí a grande quantidade de sobras de medicamentos, uma vez que a dispensação

dos mesmos é individual, e o armazenamento inadequado, com medicamentos não identificados, amontoados e sobrepostos, o que dificulta a localização, além de frascos e embalagens abertas (DUARTE et al. 2015).

A ausência de planejamento formal da assistência, contendo um plano sistematizado de cuidado de enfermagem e uma sequência preestabelecida de assistência, foi capaz de distrair o profissional durante o procedimento de preparo e administração de medicamentos. Como exemplo também se elenca as chamadas telefônicas, advindas do telefone institucional ou de telefone celular do próprio profissional; a execução de atividades de assistência diferentes do preparo de medicação, com conseqüente sobreposição de tarefas; interrupções do processo medicamentoso por interferência de outros profissionais e a mudança não padronizada da prescrição médica (LEMOS; SILVA; MARTINEZ, 2012)

Perceber o nível de estresse entre os profissionais, evidencia o entendimento de fatores que comprometem a cultura de segurança. Sabe-se que muitos deles estão predispostos a cometer erros pela carga de trabalho excessiva, e tendem a trabalhar descuidados, cometendo erros. Além disso, a sobrecarga de trabalho provoca também a insatisfação do profissional em relação à gestão hospitalar (MATIELLO et al., 2016).

Todos esses fatores são importantes e merecem muita atenção, pois qualquer um deles pode gerar falhas e dizer que na instituição não ocorrem erros é mostrar que eles ocorrem e que não estão sendo notificados, o que é negativo tanto para o paciente, quanto para a instituição que não conhece sua realidade (LIMA; MELLEIRO, 2013)

Destaca-se ainda, no que diz respeito aos erros de medicação, a presença da subnotificação ou a não notificação devido ao medo e ao receio presentes em tais situações. O desconhecimento do que seja efetivamente um erro, o desconhecimento perante as intercorrências com o paciente e o temor quanto ao seu futuro profissional, também são fatores que levam a equipe de enfermagem a não relatar o erro de medicação (TELLES FILHO; PRAXEDES; PINHEIRO, 2011).

Praxedes e Telles Filho (2011) apontam também, que a ausência de atitudes educativas da instituição diante do erro cometido pelo profissional, demonstram a falta de estrutura de algumas instituições para lidar com tal ocorrência. A resistência dessas instituições em admitir a existência do erro, faz com que não haja definição

nem execução de estratégias para evitá-lo, bem como uma avaliação reflexiva e criteriosa sobre sua magnitude.

### **4.3 Ações da Enfermagem na promoção da segurança do paciente e prevenção dos erros na administração de medicamentos**

Proporcionar segurança ao paciente significa reduzir, a um mínimo aceitável, o risco de danos desnecessários nos cuidados de saúde, considerando a somatória dos recursos humanos e materiais e o contexto em que a ação foi tomada, diante do risco de não tratamento ou de outro tratamento. Trata-se, então, de reduzir atos inseguros nos processos assistenciais e usar as melhores práticas descritas, de forma a alcançar os melhores resultados para o paciente (MENDES et al., 2013).

O desenvolvimento institucional de uma cultura de segurança pode diminuir os erros, tais como: não utilizar punições, aprender com o erro, padronizar e mapear os processos, utilizar medidas que estimulam a equipe a utilizar os cinco certos (paciente, medicamento, dose, via e hora certas) e compreender o processo como um todo auxilia na redução dos erros (FRANCO et al., 2011).

Os hospitais não devem negligenciar o erro, mas transformá-lo em motivo para planejar estratégias preventivas e fomentar a adoção da cultura de transparência, com a criação de políticas que estimulem a comunicação dos erros, direcionando o plano de ações para a tomada de decisões e das atitudes frente aos mesmos, auxiliando-os na resolução mais assertiva e com menos prejuízos.

É responsabilidade do profissional de enfermagem garantir a segurança no processo de uso de medicamentos através de medidas preventivas, como conhecer o modo de ação dos medicamentos e reações adversas dos mesmos. Assim, o código de ética do profissional de enfermagem proíbe que o profissional administre o medicamento sem o conhecimento da ação da droga e de seus riscos (ILHA et al., 2016).

Ilha et al. (2016) discorre que em relação às barreiras utilizadas na prevenção dos erros de medicação, os profissionais relataram como principais métodos utilizados: a conferência simples de medicação, os nove certos, a dupla checagem na administração de medicamentos e a central de abastecimento farmacêutico, denominada de CAF pelos profissionais do hospital.

Por conferência simples, entende-se o ato de conferir o nome, embalagem, dose e concentração do medicamento, se são os mesmos da prescrição, além de conferir novamente após o preparo e antes da administração. Uma administração segura ocorre quando o profissional se concentra na atividade e antes de administrar, certifica-se de várias formas, recorrendo ao paciente, ao familiar, à identificação no leito ou à pulseira de identificação, as várias barreiras preconizadas. Consideram-se nove certos para administração de medicamentos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa. A dupla checagem consiste no acompanhamento por duas pessoas no processo de preparo, administração e checagem de medicações de modo independente e simultâneo (ILHA et al., 2016).

De acordo com Bohomol (2018), para o profissional da equipe de enfermagem, a ocorrência dos eventos adversos pode acarretar diversas problemáticas, dado o estresse emocional, os preceitos éticos e às punições legais a que está exposto. Assim, é importante o investimento em uma cultura de segurança, através da disseminação do conceito de segurança do paciente e de uma discussão não punitiva sobre os eventos adversos.

O enfermeiro deve responsabilizar-se pelo planejamento das ações de enfermagem no tocante à disponibilização de recursos materiais adequados e seguros, bem como à capacitação da equipe e promoção de condições adequadas tanto ambientais quanto de trabalho para a realização do cuidado, garantindo, assim, a segurança para o paciente. Esse deve ser um processo contínuo e ininterrupto para a verificação e correção de possíveis falhas, a fim de estabelecer estratégias a serem seguidas, avaliar os riscos iminentes e verificar falhas que podem interferir no cuidado ao paciente, prevenindo assim a ocorrência de erros de medicação (DIAS et al., 2014)

Em relação à cultura de segurança do paciente é necessário o desenvolvimento de estratégias capazes de eliminar ou reduzir as barreiras de implementação. Dentre essas proporcionar condições adequadas de trabalho para a equipe de enfermagem, a importância da formação e atualização, visto que é imprescindível para gerar profissionais capazes de atuar no desenvolvimento de sistemas para a segurança dos pacientes (NUNES et al., 2014).

Sabe-se que uma das dimensões do processo de cuidado em enfermagem é a dimensão educativa, na qual o enfermeiro é responsável por ensinar os demais

membros da equipe. Porém, para proporcionar a segurança dentro do ambiente hospitalar, o enfermeiro necessita também receber qualificações dentro dessa área. De acordo com a OMS, é necessário treinar sempre sobre os diversos temas e treinar exaustivamente sobre a segurança do paciente e qualidade do atendimento (SCHUMACHER et al., 2014).

Para aprimorar a segurança do paciente, é preciso, além de estar vigilante às evidências e consensos científicos, ter a competência de entender as especificidades da instituição, do serviço, analisar o cenário de trabalho, os fatores da equipe, o clima organizacional, a complexidade da tarefa, entre outros, no intuito de enfatizar sugestões práticas e sinalizar comportamentos a serem evitados.

Do ponto de vista gerencial, é necessária a compreensão por parte dos gestores das instituições de saúde, de que os erros de medicação também estão, muitas vezes, diretamente relacionados às falhas no sistema, e não somente ao descaso ou incompetência profissional. Assim, mais do que buscar culpados, é necessário identificar as fragilidades existentes no processo e adotar medidas preventivas (BOHOMOL, 2018).

## 5 CONCLUSÃO

Os erros de medicação fazem parte de um aspecto da realidade do cotidiano do processo de trabalho da equipe de enfermagem. O estudo apresentado traz à tona a discussão da necessidade de competência profissional para a realização do preparo e administração de medicamentos, bem como das condições de trabalho da equipe que executa tal processo na instituição de saúde, bem como sua influência na qualidade do cuidado prestado.

A cultura de segurança deve ser prioritária e amplamente disseminada nos serviços de saúde. Deve-se entender que falhas e erros humanos são esperados em qualquer instituição e, por isso, é preciso desenvolver estratégias para a prevenção dos mesmos, bem como apoiar-se na formação dos profissionais de saúde e capacitações com a temática.

A educação permanente, atualizações, aprimoramento melhoram os conhecimentos adquiridos na formação básica curricular e também auxiliam na redução das falhas. A administração medicamentosa é uma das atividades mais importantes da enfermagem e conhecer os tipos de erros e os fatores causais na ocorrência de falha na administração de medicamentos é fundamental na elaboração de medidas preventivas para redução das mesmas.

Tendo em vista a amplitude do tema, pesquisas futuras podem abranger mais informações a fim de ampliar o conhecimento sobre o assunto e tentar preencher lacunas que os artigos desta revisão deixaram ou não esclareceram.

## REFERÊNCIAS

ALVES, K. M. C. *et al.* O conhecimento do enfermeiro acerca dos cuidados com medicamentos potencialmente perigosos. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 11, n. 8, p. 3186-9, ago., 2017.

AVELAR, A. F. M. *et al.* Cartilha 10 passos para a segurança do paciente. **São Paulo: COREN-SP, REBRAENSP**, 2010.

BOHOMOL, E. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre erros de medicação: estudo Survey descritivo. **Enferm. Foco**. 2018; v. 9, n. 1, p. 44-48.

BRASIL; Ministério da Saúde (MS). **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. 2014.

CARVALHO, P.A. *et al.* Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 6, 2015.

CAVALCANTE, A.K.C.B. *et al.* Cuidado seguro ao paciente: contribuições da enfermagem. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 31, n. 4, 2015.

DIAS, J. D. *et al.* Compreensão de enfermeiros sobre segurança do paciente e erros de medicação. **REME - Rev Min Enferm.** 2014 out/dez; v. 18, n. 4, p. 866-873

DUARTE, S. C. M. *et al.* Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev Bras Enferm.** 2015 jan-fev; v. 68, n. 1, p. 144-54

DUARTE, S. C. M. *et al.* Caracterização de erros na assistência de enfermagem em terapia intensiva. **Cogitare Enferm.** 2016 v. 21 n. esp: 01-08.

ERCOLE, F. F; MELO, L. S; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão integrativa versus Revisão sistemática. **REME - Rev Min Enferm.**; v. 18; n. 1, p. 1-260; jan/mar, 2014.

FRANCO, J. N. *et al.* Percepção da equipe de enfermagem sobre fatores causais de erros na administração de medicamentos. **Rev Bras Enferm.**, Brasília. V. 63, n. 6, p. 927-32. Nov-dez. 2011



FRANÇOLIN, L. *et al.* Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. **Rev Esc Enferm USP**. - 2015; v. 49, n. 2, p. 277-283.

FREIRE, M. E. M *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado: uma revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP**; v. 48; n. 2; p. 357-67; 2014.

ILHA, P. *et al.* Segurança do paciente na percepção de acadêmicos de enfermagem. **Cogitare Enferm**. 2016 v. 21 n. esp: 01-10.

LEMOS, G.C. *et al.* A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. 2018; v. 8:e2600

LEMOS, N. R. F.; SILVA, V. R.; MARTINEZ, M. R. Fatores que predispõe à distração da equipe de enfermagem durante o preparo e a administração de medicamentos. **REME – Rev. Min. Enferm.**; v.16, n. 2, p. 201-207, abr./jun., 2012.

LIMA, R. P.M.; MELLEIRO, M. M. Percepção da equipe multidisciplinar acerca de fatores intervenientes na ocorrência de eventos adversos em um hospital universitário. **REME • Rev Min Enferm**. 2013 abr/jun; v. 17, n. 2, p. 312-321

MADEIRA, M. Z. A. Marcos legais para garantir a segurança do paciente. **Rev Enferm UFPI**. v. 3, n. 3, p. 1-4. Jul-Sep, 2014.

MASSOCO, E. C. P.; MELLEIRO, M. M. Comunicação e segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem de um hospital de ensino. **REME - Rev Min Enferm**. 2015 abr/jun; v. 19, n. 2, p. 192-195.

MATIELLO, R. D. C. *et al.* A cultura de segurança do paciente na perspectiva do Enfermeiro. **Cogitare Enferm**. 2016 v. 21 n. esp: 01-09

MEDEIROS, A.B.; ENDERS, B.C.; LIRA, A.L.B. Teoria ambientalista de Florence Nightingale: uma análise crítica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 518-524, 2015.

MENDES, W. *et al.* Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. **Rev Assoc Med Bras**. 2013; v. 59, n. 5, p. 421–428.

NASCIMENTO, C.; DRAGANOV, P.B. História da qualidade em segurança do paciente. **História da Enfermagem Revista Eletrônica**, v. 6, n. 2, p. 299-309, 2015

NUNES, F. D. O. *et al.* Segurança do paciente: como a enfermagem vem contribuindo para a questão? **J. res.: fundam. care. online** 2014. abr./jun. 6(2):841-847

OLIVEIRA, R.M. *et al.* Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 122-129, 2014.

PRAXEDES, M. F. S.; TELLES FILHO, P. C. P. Erros e ações praticadas pela instituição hospitalar no preparo e administração de medicamentos. **REME – Rev. Min. Enferm.**; v.15, n. 3, p. 406-411, jul./set., 2011.

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**, v. 18, p. 2029-2036, 2013.

ROQUE, K.E.; MELO, E.C.P. Adaptação dos critérios de avaliação de eventos adversos a medicamentos para uso em um hospital público no Estado do Rio de Janeiro. **Rev Bras Epidemiol**. 2010; v. 13, n. 4, p. 607-19.

SCHUMACHER, G. S. *et al.* Erros de medicação em hospitais: uma análise Bioética dos aspectos jurídicos e de saúde. **Rev HCPA**. 2013; v. 33, n. 1, p. 47-59.

SILVA, A. C. A.; ROSA, D. O. S. Cultura de segurança do paciente em organização hospitalar. **Cogitare Enferm**. 2016 v. 21 n. esp: 01-10.

SIQUEIRA, C. L. *et al.* Sentimentos experimentados por equipes de enfermagem acerca dos erros de medicação. **Cogitare Enferm**. 2016 v. 21 n. esp: 01-10

TELLES FILHO, P. C. P.; PRAXEDES, M. F. S.; PINHEIRO, M. L. P. Erros de medicação: análise do conhecimento da equipe de enfermagem de uma instituição hospitalar. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2011 set; v. 32, n. 3, p. 539-45.

VESTENA, C. F. L. *et al.* Erros na administração de medicamentos: estudo com uma equipe de enfermagem. **Rev Enferm UFPI**. 2014 Oct-Dec; v. 3, n. 4, p. 42-9.

## APÉNDICE

## APÊNDICE A - FORMULÁRIO PARA CATEGORIZAÇÃO DOS ARTIGOS

Eixo I - Perfil das Produções

Periódico de indexação do artigo: \_\_\_\_\_

Ano: \_\_\_\_\_

Natureza: artigo ( ) dissertação de mestrado ( ) outra natureza ( ):  
\_\_\_\_\_

Número de autores: 1 ( ) 2 ( ) Mais de 3 ( )

Abordagem: QT ( ) QL ( ) QT-QL ( )

Tipo de Estudo: exploratório-descritivo ( ) pesquisa participante ( ) pesquisa ação ( ) estudo epidemiológico ( ) outro tipo ( )  
\_\_\_\_\_

Sujeitos: \_\_\_\_\_

Unidade da Federação: \_\_\_\_\_

Eixo II - Resultados em Evidência:

---

---

---

---

---

## ANEXO

### DECLARAÇÃO

Eu, Maria do Carmo da Silva, brasileira, professora, graduada em Literatura/Letras Inglês pela UFPI, inscrita no RG: 6.730.443 SSP-SC, CPF: 698.374.573 - 68, residente e domiciliada na Rua: Minas Gerais, Bairro Matadouro, Teresina - PI declaro para os devidos fins e efeitos legais que realizei a versão para o inglês (abstract) do resumo do trabalho de conclusão de curso da acadêmica: Carla Danielle Silva Nascimento, com o título **A enfermagem na promoção da segurança do paciente e a prevenção dos erros de medicação.**

Por ser verdade, firmo o presente para que surta seus efeitos.

Teresina, 13 de novembro de 2018.

---

Maria do Carmo da Silva