

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS – UniEVANGÉLICA  
CURSO DE ENFERMAGEM

**A ENFERMAGEM NA SEGURANÇA MEDICAMENTOSA**

Danielly Freire Araújo  
Karine Dawat Medeiros Lima

Anápolis-GO  
2020

Danielly Freire Araújo  
Karine Dawat Medeiros Lima

## **A ENFERMAGEM NA SEGURANÇA MEDICAMENTOSA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado na disciplina de Produção Científica em Enfermagem II, como requisito parcial para conclusão da disciplina.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Esp. Angélica Lima Brandão Simões  
Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup> Ma. Rosana Mendes Bezerra

Anápolis-GO  
2020

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

DANIELLY FREIRE ARAÚJO  
KARINE DAWAT MEDEIROS LIMA

### **A ENFERMAGEM NA SEGURANÇA MEDICAMENTOSA**

Aprovadas em: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

### **BANCA EXAMINADORA**

---

Profª Esp. Angélica Lima Brandão Simões  
(Orientadora)

---

Profª Ma. Rosana Mendes Bezerra  
(Co-orientadora)

---

Profª Ma. Lígia Brás Melo  
(Avaliadora)

Anápolis-GO  
2020

## DEDICATÓRIA

Primeiramente dedico a Deus, por ter me fortalecido a cada falha, perdas e descobertas, pois com seu amparo conseguir me fortalecer e vencer essa jornada, sem ele nada seria possível.

À minha Mãe (in memoriam), que me criou com muito amor e carinho, sempre me incentivou a estudar, ser uma pessoa verdadeira, honesta e íntegra. Tenho grande admiração por ela e um amor profundo.

À minha madrinha Cirila, por estar sempre ao meu lado me apoiando e ajudando em minhas decisões.

À minha irmã Tati, por todo companheirismo e ajuda nesses cinco anos.

À meu padrinho Vicente (Papai) pela ajuda nos momentos mais difíceis.

Danielly Freire Araújo

Este trabalho é dedicado ao meu pai, Ronaldo, dono de uma personalidade agradavelmente questionadora. Desde muito pequena me influenciou sempre à leitura, estudo, arte e pesquisa.

Agradeço também por me ensinar o pensamento crítico e a maior das lições: o investimento em vidas e não em coisas.

Pai, mesmo não estando mais ao meu lado você me inspira.

Sem você eu não seria eu.

Sinto muito, me perdoe, te amo, sou grata.

Karine Dawat Medeiros de Lima

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus por ter nos abençoado e capacitado nessa jornada de cinco anos com coragem, força, empenho, discernimento, paciência, respeito e saúde.

Aos nossos familiares que foram tão essenciais em nosso desenvolvimento, a vocês seremos eternamente gratos pelo apoio, orientações, educação, amor e carinho.

À nossa orientadora Angélica que nos orientou até o momento do projeto do trabalho científico, seus ensinamentos foram fundamentais na construção da nossa amostra. Suas palavras de incentivo e sabedoria foram imprescindíveis! Obrigada pelas lições aprendidas. Você nos ensinou muito, e algumas vezes nem precisou usar palavras. Levamos sempre na memória sua paciência, parceria e força.

À nossa Co-orientadora Rosana Mendes, por investir em nós! Seu companheirismo, cada orientação e auxílio foram importantíssimos em todo o processo de construção do nosso estudo, somos gratas pela paciência, palavras de incentivo, colaboração e disposição. Além disso, agradecemos por nos impulsionar a ser sempre melhores. Deixamos aqui nossa enorme gratidão, você é uma professora maravilhosa e nos inspira!.

Somos gratas a todos os professores do curso de enfermagem, todos foram muitos influentes na nossa formação acadêmica e levaremos em nossas memórias com muito carinho admiração e apreço para sempre.

Nossa gratidão à Stephanie pela disposição e prontidão em nos auxiliar na parte linguística do estudo, seu toque foi muito especial.

Às amigas construídas na faculdade, em especial à Lorranny, Sarah, Axyanne, Larissa e Raquel. Com vocês dividimos muitos momentos, alguns alegres, engraçados, outros emocionantes e de pesar, mas todos serviram para nosso progresso e amadurecimento. Nossa gratidão pelo amparo e apoio, a parceria de vocês tornou a vida mais leve e por vezes aqueceu nosso coração.

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A segurança do paciente é considerada uma medida de intervenção para uma assistência de qualidade em todos os níveis de atenção à saúde, no intuito de reduzir ou eliminar agravos ao paciente através de pesquisas e práticas assistenciais. O surgimento desse assunto foi após a publicação do Relatório “Errar é humano”, em 1999, nos Estados Unidos, que teve como base uma pesquisa realizada em três hospitais localizados no mesmo país, a qual avaliaram a incidência de “EA”.

**OBJETIVOS:** Conhecer como a literatura científica aponta o serviço de enfermagem direcionado a segurança do paciente na medicação. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, com recorte temporal dos últimos 5 anos. Os dados foram coletados na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), exclusivamente nas bases de dados (BDENF), (LILACS) e (MEDLINE). Os descritores utilizados “segurança do paciente”, “erros de medicação”, “eventos adversos” e o booleano “and”. **RESULTADOS:** Foram selecionados 1120 artigos para a análise, resultaram em 22 estudos. Evidenciou que a UTI é o setor com maior prevalência de erros de medicação e eventos adversos. Os incidentes mais cometidos são doses erradas, medicamento incorreto, diluição errada. Estão sendo aplicadas medidas para prevenir os erros, no entanto ainda acontecem esses deslizes. **CONCLUSÃO:** Diante do que foi evidenciado pela pesquisa, houve grandes avanços no cuidado do paciente frente a medicação, no entanto ainda acontece os agravos nessa área, dessa maneira necessita de mais intensidade das ações sobre a segurança do paciente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Segurança do paciente. Erros de medicação. Eventos adversos.

## **ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** Patient safety is considered an intervention measure for quality care at all levels of health care, in order to reduce or eliminate problems to the patient through research and care practices. The emergence of this issue was after the publication of the Report "To err is human", in 1999, in the United States, which was based on a survey carried out in three hospitals located in the same country, which evaluated the incidence of "AE". **OBJECTIVES:** To find out how the scientific literature points out the nursing service aimed at patient safety in medication. **METHODOLOGY:** This is an integrative literature review study, with a time frame of the last 5 years. Data were collected in the Virtual Health Library (VHL), exclusively in the databases (BDENF), (LILACS) and (MEDLINE). The descriptors used were "patient safety", "medication errors", "adverse events" and the Boolean "and". **RESULTS:** 1120 articles were selected for analysis, resulting in 22 studies. It showed that the ICU is the sector with the highest prevalence of medication errors and adverse events. The most common incidents are wrong doses, incorrect medication, wrong dilution. Measures are being applied to prevent errors, however these slips still occur. **CONCLUSION:** In view of what was evidenced by the research, there have been great advances in patient care in the face of medication, however there are still problems in this area, so it needs more intensity of actions on patient safety.

**KEYWORDS:** Patient safety. Medication errors. Adverse events.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La seguridad del paciente se considera medidas de intervención para una atención de calidad en todos los niveles de atención médica, con el fin de reducir o eliminar los daños al paciente a través de prácticas de investigación y atención. El surgimiento de este tema fue después de la publicación del informe "Error É Humano" en 1999 en los Estados Unidos, que se basó en una investigación realizada en tres hospitales situados en el mismo país, que evaluó la incidencia de "EA". **OBJETIVOS:** Conocer cómo la literatura científica señala el servicio de enfermería dirigido a la seguridad del paciente en la medicación. **METODOLOGIA:** Se trata de un estudio integrador de revisión de la literatura, con un marco temporal de los últimos 5 años. Los datos se recopilaron en la Biblioteca Virtual de Salud (VHL), exclusivamente en las bases de datos (BDENF), (LILACS) y (MEDLINE). Los descriptores utilizaron "seguridad del paciente", "errores de medicación", "eventos adversos" y booleanos "and". **RESULTADOS:** Para el análisis se seleccionaron un total de 1.120 artículos, lo que resultó en 22 estudios. Demostró que la UCI es el sector con mayor prevalencia de errores de medicación y eventos adversos. Los incidentes más cometidos son dosis incorrectas, medicación incorrecta, dilución incorrecta. Se están aplicando medidas para evitar errores, sin embargo, estos resbalones siguen ocurriendo. **CONCLUSIÓN:** En vista de lo que se evidencia de la investigación, hubo grandes avances en la atención al paciente frente a la medicación, sin embargo, las lesiones todavía se producen en esta área, por lo que se necesita más intensidad de acciones en la seguridad del paciente.

**PALABRAS CLAVE:** Seguridad del paciente. Errores de medicación. Eventos adversos.



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Detalhamento do método utilizado para seleção dos artigos .....	22
<b>Tabela 2</b> - Caracterização das amostras selecionadas na etapa final da coleta de dados.....	Apêndice 1
<b>Tabela 3</b> - Classificação das categorias do estudo, artigos e os anos de publicações.....	33

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>COFEN</b>	Conselho Federal de enfermagem
<b>CONASS</b>	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
<b>EA</b>	Eventos Adversos
<b>EM</b>	Erros de medicação
<b>EPI's</b>	Equipamentos de Proteção Individuais
<b>IBES</b>	Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde
<b>IBSP</b>	Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente
<b>IOM</b>	Instituto de Medicina
<b>ISMP</b>	Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos
<b>MPP</b>	Medicamentos Potencialmente Perigosos
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NOTIVISA</b>	Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária
<b>NSP</b>	Núcleo de Segurança do Paciente
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana da Saúde
<b>PE</b>	Processo de Enfermagem
<b>PNSP</b>	Programa Nacional de Segurança do Paciente
<b>POP</b>	Protocolo Operacional Padrão
<b>SAE</b>	Sistematização da Assistência de enfermagem
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UTI</b>	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>17</b>
2.1 Objetivo Geral .....	17
2.2 Objetivos Específicos .....	17
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>18</b>
3.1 Segurança do Paciente- História/Políticas Públicas .....	18
3.2 Prática Medicamentosa na Segurança do Paciente .....	19
3.3 Notificação de Eventos Adversos .....	20
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>22</b>
4.1 Tipologia .....	22
4.2 Base de Dados .....	22
4.3 Critérios de Inclusão .....	22
4.4 Critérios de Exclusão .....	22
4.5 Mecanismo de Análise .....	23
<b>5 RESULTADOS</b> .....	<b>24</b>
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	<b>26</b>
Categoria 1. Eventos adversos e erros de medicação mais recorrentes .....	27
Categoria 2. Medidas implantadas para prevenir os erros de medicação .....	30
Categoria 3. Barreiras encontradas no processo de notificação dos eventos adversos relacionados a medicação .....	31
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>32</b>
<b>8 REFERÊNCIAS</b> .....	<b>35</b>
<b>APÊNDICE 1</b>	

## 1 INTRODUÇÃO

Segurança do paciente vem sendo discutida a nível mundial desde 2002, destacando medidas de intervenção para uma assistência de qualidade em todos os níveis de atenção à saúde, no intuito de reduzir ou eliminar agravos ao paciente através de pesquisas e práticas assistenciais. Sendo, as áreas de ensino e saúde o local para o planejamento e desenvolvimento para Segurança do paciente, com intuito de minimizar os possíveis danos “eventos adversos” (EA) ao indivíduo (CONASS, 2017).

Esse assunto vem se alargando por sua relevância à assistência livre de danos. O gatilho a essa problemática surgiu da publicação do relatório “Errar é humano” em 1999, que teve como base uma pesquisa realizada em três hospitais nos Estados Unidos da América, a qual avaliaram a incidência de EA, aproximadamente 100 mil/mortes/ano de pessoas relacionados a EA (OLIVEIRA; GARCIA; NOGUEIRA, 2016).

Diante dessa repercussão, levantou-se grande mobilização na saúde, a fim de identificar e lançar mão de estratégias que auxiliem na melhoria da assistência dando ênfase na segurança do paciente. Com o surgimento em 1999, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Aliança Mundial para Segurança do Paciente trouxe diretrizes a serem seguidas para garantia de uma assistência à saúde segura para toda a população, e em todos os serviços de saúde, públicos ou privados (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Nas últimas décadas os erros na administração de medicamentos têm sido encarados como problema relevante nos serviços de saúde, podendo ser resultante de vários fatores. O enfermeiro exerce papel singular nas ações de implementação terapêutica uma vez que é de sua alçada a responsabilidade da correta administração dos medicamentos (GIMENES et al., 2010).

Em termos erros de medicação é a definição do uso ou administração de indeterminadas substâncias, inadequadamente podendo causar prejuízos ao ser humano. Tais erros poderiam ser evitados e podem estar relacionados a várias etapas da medicação desde a prescrição até a infusão/administração (WHO, 2009).

O Ministério da Saúde no Brasil vendo a necessidade, implantou a portaria nº 529 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com

objetivos de prevenir e reduzir a incidência de eventos que gerem danos ao paciente na perspectiva de desenvolvimento da comunicação e clareza dos dados desenvolvidos (BRASIL, 2013).

A Segurança do paciente é entendida como estudos e práticas desenvolvidas por profissionais qualificados para intervir nos danos que ocorrem na área da saúde e o principal objetivo dessas ações elaboradas é aplicar um cuidado preciso, eficaz e sem erros, de tal forma a realizar um atendimento seguro e com qualidade (IBSP, 2015).

A Classificação Internacional de Segurança do Paciente (International Classification for Patient Safety - ICPS) conceitua de forma clara o Erro como uma falha de execução de um processo de cuidado ou mesmo o uso de um plano inadequado para a necessidade. Estes podem ser classificados como erros de ação (quando a coisa errada foi feita) ou erros de omissão (quando não se faz a coisa certa), sendo ambos possíveis no momento do planejamento da intervenção ou no momento de execução da mesma (WHO, 2009).

Medidas de mudança na assistência segura à saúde são argumentadas desde o século XIX pela precursora da Enfermagem Florence Nightingale, que com sua visão ambientalista revolucionou o cuidado com o gerenciamento do risco de infecção, pois percebeu a necessidade da implementação de medidas que trouxeram qualidade e segurança na assistência (NEUHAUSER, 2003).

O Ministério da Saúde registra a qualidade e segurança do cliente como princípio para as gestões atuais e futuras, levando em consideração a sistematização da execução dos processos, além da boa estruturação das ações e importância da verificação dos riscos. Além disso, o cuidado deve ter correlação com a inclusão, responsabilização e cuidado humanizado (BRASIL, 2013).

Frente as metas internacionais, a OMS propôs o “Uso Seguro de Medicamentos” “Medicação sem Danos” como 3º Desafio Global de Segurança do Paciente, envolvendo a faixa etária das crianças e dos idosos, população mais susceptíveis a eventos adversos que necessitam de maior intervenção. A meta desse desafio é reduzir em 50% os danos graves e evitáveis relacionados a medicamentos, em todas as etapas do processo de medicação, nos próximos 5 anos (ISMP, 2017).

Os erros decorrentes ao uso de medicação podem resultar em malefícios graves à saúde do cliente, sequelas permanentes e até a morte. Nesse interim foram realizados estudos onde foram identificados tipos de erros cometidos na

administração dos medicamentos, bem como sua frequência, e os danos causados ao paciente em consequência destes (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Os erros podem ser relacionados a identificação incorreta do paciente ou do medicamento, bem como doses, via, técnica, prescrição ou horários incorretos, além de doses extras, medicamentos não autorizados e erros de apresentação. Cada um deles pode apresentar riscos diferentes ao paciente que trarão prejuízos temporários ou permanentes, dependendo da gravidade de cada situação (TEIXEIRA, 2010).

Tais erros na assistência podem e devem ser evitados seguindo passos simples, porém imprescindíveis, o primeiro deles que também ocupa uma das principais posições de relevância é a identificação correta do paciente que pode ser garantida através de cuidados básicos de atenção, para evitar falhas no atendimento e procedimentos subsequentes (SILVA et al., 2017).

A inaptidão da equipe de enfermagem em manipulação dos equipamentos de bomba de infusão é um aspecto igualmente preocupante, pois esses acontecimentos geram grandes prejuízos na saúde, dessa forma, é um tipo de erro prevalente e recorrente que impede o paciente de receber o melhor tratamento, mesmo que a unidade de saúde tenham recursos de equipamentos, é imprescindível que a equipe saiba utilizar essas ferramentas (YAMAMOTO et al., 2011).

Por conseguinte modo os serviços de saúde vêm desenvolvendo, medidas de intervenções para minimizar possíveis prejuízos, os enfermeiros possuem importante papel em aplicar essas ações, pelo seu entendimento de gerenciamento, liderança em equipe e também o contato mais próximo a esse público.

Considerando o contexto esses erros podem ser relacionados aos momentos de prática profissional, falhas na comunicação da equipe, mudança nos produtos utilizados na saúde e danos em procedimentos. Ações como estas, devem ser notificadas mesmo aqueles em potencial ou que já causaram danos à pessoa, para poderem intervir (CAPUCHO; BRANQUINHO; REIS, 2010).

Nas últimas décadas os erros na administração de medicamentos têm sido encarados como problema relevante nos serviços de saúde, podendo ser resultante de vários fatores. O enfermeiro exerce papel singular nas ações de implementação terapêutica uma vez que é de sua alçada a responsabilidade da correta administração dos medicamentos (GIMENES et al., 2010).

O programa Nacional de Segurança do Paciente dispõe sobre a importância de dar prioridade a segurança nos processos de saúde de forma que a atuação do

profissional traga somente benefícios ao tratamento do paciente em questão, por isso há uma série de recomendações e processos que compõe a Portaria nº 529 para a equipe de saúde, a fim de capacitar e guiar o profissional nessa importante temática (BRASIL, 2013).

Desde quando foi instituído, pela portaria nº 529 em abril de 2013, o PNSP busca contribuir de forma substancial com a boa manutenção do estado de saúde do paciente e familiares, além de incentivar a equipe de saúde na criação e implementação de diversas formas de assegurar o paciente de forma eficaz, tendo em vista a melhora na qualidade da assistência (BRASIL, 2013).

Em concordância com o PNSP o Instituto de Medicina (IOM) dos EUA trabalha com pilares, a saber, atributos da qualidade da assistência, na transição do século passado para o atual, foram restabelecidos os atributos, e a Segurança do Paciente foi incluída como uma das partes imprescindíveis à assistência. A lista atual de atributos compreende: Efetividade, Segurança, Cuidado centrado no paciente, Oportunidade, Eficiência e Equidade (IBES, 2017).

A definição de qualidade do cuidado adotada pelo IOM inclui o grau dos cuidados prestados pela assistência a indivíduos ou populações para investigar se produziram resultados benéficos e positivos atingindo seu objetivo de contribuir na melhora clínica do cliente, e ainda devem estar consistentes com o conhecimento do profissional (BRASIL, 2014).

Falhas no processo de medicação são irregularidades bastante preocupantes pois, dados epidemiológicos mostram que cerca de 1,3 milhões de pessoas foram afetadas e evoluíram à morte em decorrência dos erros nesse processo, somente nos Estados Unidos, apesar deste encontrar-se em um território de alto enriquecimento. Outras nações em desenvolvimento possuem o dobro desses acometimentos em pessoas (OPAS, 2017).

Com isso pergunta-se: Quais os achados na literatura relacionados à segurança medicamentosa prestada pela enfermagem, os eventos adversos recorrentes, erros, e compreender como a enfermagem deve proceder para promover a segurança medicamentosa do paciente?"

O conhecimento científico acerca da segurança do paciente nos impulsiona a investigação de novos estudos e pesquisas que contribuirão para uma melhor estratégia de prevenção, implementação e promoção de ações em saúde a fim de

assegurar as práticas medicamentosas seguras e utilização de instrumentos para melhorar a assistência prestada pela enfermagem.

Para o público científico este estudo é de extrema relevância, pois possibilita a discussão da melhoria nos cuidados com o intuito de beneficiar o paciente, peça principal dos processos de saúde, e certificar que receba um cuidado humanizado, eficaz e seguro.



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Conhecer como a literatura científica aponta o serviço de enfermagem direcionado a segurança do paciente na medicação.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Descrever os principais eventos adversos medicamentoso encontrados na prestação de assistência em saúde.

Descrever o papel da Enfermagem na notificação do evento adverso.

Identificar a utilização de protocolos para a prática da segurança na medicação.

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1 Segurança do Paciente- História/Políticas Públicas**

São discutidas estratégias para melhorar a assistência ao paciente ao redor do mundo, e essa discussão vem tomando força por sua relevância e pela quantidade de erros envolvendo a segurança do paciente notificados periodicamente. Essa discussão teve como gatilho a publicação do relatório *Errar é humano*, de 1999, que se utilizou de uma pesquisa realizada em três hospitais nos Estados Unidos da América, e se embasou numa investigação feita dentro desses hospitais para avaliação da incidência de eventos adversos ocorridos nos mesmos (OLIVEIRA; GARCIA; NOGUEIRA, 2016).

Dados indicam que aproximadamente 100 mil pessoas morrem decorrentes de eventos adversos o que representa um problema da segurança ao paciente que traz não só riscos à vida, mas também aumento nos custos da assistência (OLIVEIRA; GARCIA; NOGUEIRA, 2016).

Á vista disso levantou-se grande mobilização global a fim de identificar e lançar mão de estratégias que auxiliem na melhoria da assistência através da segurança do paciente. Em 2004 foi lançada pela Organização Mundial de Saúde a Aliança Mundial para Segurança do Paciente que traz consigo diretrizes a serem seguidas para garantia de um cuidado seguro para a população (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Após esse período o Ministério da Saúde detectou a necessidade de implantar a portaria nº 529 que institui Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), na perspectiva de desenvolvimento da comunicação e clareza dos dados desenvolvidos, desse modo, a capacitação dos profissionais de saúde, cuidadores, familiares, pacientes e acompanhantes são necessárias, como forma de promover uma população ágil e participante em casos de agravos nos usuários (BRASIL, 2013).

Em julho de 2013 o Ministério da Saúde e Anvisa implantaram a RDC 36º, e através dela possibilitaram benefícios grandes para o País. Por conseguinte modo foram elaboradas, instituídas e aprimoradas medidas relativas a segurança do paciente em serviços de saúde e a criação do Núcleo de Segurança do Paciente, entre outros ganhos nessa área, um outro ponto importante dessa RDC é a relevância do

monitoramento, vigilância e notificação de eventos adversos dos incidentes ocorridos nesse âmbito (BRASIL, 2013).

### **3.2 Prática Medicamentosa na Segurança do Paciente**

O processo de administração de medicamentos é complexo, envolve o conhecimento científico das substâncias e etapas, bem como a realização do aprazamento e capacidade na tomada de decisão. Porém, para a equipe de enfermagem muita das vezes é apenas parte de uma rotina que pode ser delegada ao técnico ou auxiliar (CAMERINI; SILVA, 2011).

As etapas da administração de um fármaco iniciam-se no momento da prescrição, e pode se estender até a resposta do mesmo no tratamento do paciente em questão. Risco de falhas nesse processo existem e dispendo de um conhecimento aprofundado e de um cuidado atento o enfermeiro pode detectar as possibilidades de erros e evitá-los antes que eles ocorram. É de suma importância o engajamento da equipe multidisciplinar, tanto em conhecer as fases do processo quanto no comprometimento em evitar os possíveis danos (PAES; MESQUITA; MOREIRA, 2016).

Profissionais que desconhecem sua responsabilidade em cada etapa do processo de segurança do paciente colocam em riscos a qualidade do atendimento. Dentre as várias competências necessárias na área da medicação levantam-se perguntas fundamentais que o profissional responsável pelo manejo e administração deve estar apto a responder, como: com o quê e qual o volume da diluição? Quanto tempo a medicação poderá ficar preparada antes de administrá-la? Que condições ambientais possibilitam seu acondicionamento sem comprometer sua eficácia? (CAMERINI; SILVA, 2011).

Além das questões já levantadas sobre preparo, diluição e acondicionamento dos medicamentos há também a necessidade de padronizar os procedimentos de administração da medicação a fim de evitar erros e minimizar os riscos ao paciente. Seguindo orientações da Secretaria Municipal de Saúde faz-se necessário realizar a realização dos 11 certos para medicação segura, a saber: paciente certo, medicação certa, aspecto da medicação, validade, compatibilidade medicamentosa, direito de recusar a medicação, orientação ao paciente, anotação correta, dose certa, via certa, e hora certa (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2015).

Dentre as etapas que envolvem este processo, grande parte delas é desenvolvido pela equipe de enfermagem, inclusive a administração dos medicamentos, propriamente dita. Ela compõe uma das fases no final do processo, podendo ser a última oportunidade de evitar que o erro aconteça, o fato alarmante está em que 38% dos erros ocorrerem na etapa da administração e desses, apenas 2% são evitados (SILVA; CAMERINI, 2012).

### **3.3 Notificação de Eventos Adversos**

A ocorrência de EA interfere significativamente na segurança do paciente dentro do serviço de saúde uma vez que se caracteriza como ocorrência desfavorável que resulta em dano ao cliente durante um tratamento medicamentoso (BRASIL, 2013).

Sendo assim segundo Bezerra, há uma pertinente necessidade de monitoramento e notificações para acompanhamento de cada EA (BEZERRA et al., 2009).

A publicação da RDC 36 além de compreender as ações de segurança do paciente ainda traz consigo a exigência de haver o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) que existe para desenvolver métodos e ações preconizadas no PNSP. O NSP por sua vez tem outras atribuições, incluindo a notificação de eventos adversos na assistência à saúde (ANVISA, 2015).

As notificações de EA são acompanhadas por um sistema de informação específico, chamado Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA), disponível no site da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com o intuito de informar não só complicações associadas à eventos, mas também diferentes dificuldades como incidentes, utilização da tecnologia, entre outros (BEZERRA et al., 2009).

Entre a classificação de EA há prevalência na área de administração de medicamentos e o tempo de internação é um agravante, ou seja, quanto mais tempo submetido a um ambiente hospitalar, mais suscetível o paciente está a ocorrência de algum incidente (ROQUE; MELO, 2011).

A ocorrência de EA pode causar complicações para os profissionais de enfermagem pelo contexto cultural vivido no país, onde os profissionais da área que sinalizam seu erro podem estar sujeitos a ações punitivas, sejam elas legais ou

informais, além de sofrer esgotamento, exaustão e cansaço emocional. Este aspecto cultural precisa ser modificado, pois a ocorrência do erro deve ser vista com uma problemática sistêmica do processo, e não individual, tornando possível ao profissional notificar e trabalhar essa falha visando ações preventivas, sem medo de ser prejudicado (DUARTE et al., 2015).

Em consideração de EA, em suas classificações os erros de medicação participa nesta categoria, sendo assim, as principais causas estão nas práticas dos procedimentos serem falhas, inadequadas ou erradas, comunicação prejudicada entre os profissionais que podem ser insuficientes ou até mesmo nula, prontuários, prescrições com escrita inapropriada, semelhante, ilegível, contendo abreviações e frascos parecidos (COFEN, 2010).

Os indícios para a incidência de erros de medicação são as sobrecargas de trabalho, as condições dos métodos trabalhados na empresa, levando a estresse e cansaço, além disso a questão do ambiente de saúde entra como um ponto crítico (SANTANA et al., 2012).

Devido os riscos e danos que podem acontecer durante os cuidados prestados aos pacientes, são trabalhadas estratégias de fácil compreensão e que apresentam bons resultados. Essas intervenções são caracterizadas por utilização de medidas que causam uma maneira diferente e melhorada de realizar os cuidados, trazendo mais segurança e prevenindo erros. Assim entram a instituição da educação permanente e a criação de protocolos em ambientes de saúde (OLIVEIRA, et al., 2014).

No ano de 2008 foi desenvolvida a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do paciente, no sentido de consolidar as ações elaboradas de maneira estratégica, por profissionais da área de enfermagem, com intuito de elaborar um trabalho planejado, estruturado em colaboração com as instituições de educação e saúde, assegurando os cuidados de enfermagem (CASSIANI, 2010). Ainda mais que a Enfermagem é profissão com grande número de profissionais atuantes, aproximadamente 1.500.000 (COREN, 2010).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipologia**

Segundo, Mendes; Silveira e Galvão (2008) revisão integrativa é um método que consiste em uma pesquisa de investigação que possibilita a síntese de material conforme o tema definido baseada em evidências encontradas.

Dessa maneira, para elaborar metodologias bibliográficas há um processo de seis etapas, a saber: a seleção do tema incluindo levantamento de hipóteses e objetivos da pesquisa, busca dos dados na literatura com instituição dos princípios de inclusão e exclusão, classificação das pesquisas com avaliação dos níveis de evidências e separação dos assuntos significativos, análise dos estudos escolhidos de maneira crítica, entendimento dos resultados e propor melhorias sobre o assunto adotado e explicação, conclusões, a síntese das ideias principais dos resultados e sua apresentação (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2018).

### **4.2 Base de Dados**

Foram efetuadas pesquisas na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), exclusivamente nas bases de dados BDNF (Base de Dados em Enfermagem), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online). Adotamos os descritores da saúde Segurança do paciente; Eventos adversos e Erros de medicação, além disso usamos o descritor booleano “and”.

### **4.3 Critérios de Inclusão**

Optamos por padrões de análises para selecionar os estudos na base de dados, onde selecionamos um recorte temporal de artigos dos últimos 5 anos, sendo de 2015 a 2020, textos completos na íntegra, online, decorrentes de pesquisas originais (excluindo trabalhos teóricos) com idiomas Português e Inglês.

### **4.4 Critérios de Exclusão**

Não foram incluídos artigos que não se enquadravam nos idiomas propostos e fora do recorte temporal utilizado, trabalhos sem texto completo ou na íntegra, além disso não foram utilizados estudos de revisão bibliográfica e teses e artigos e material que não se relacionava com a temática definida.

#### **4.5 Mecanismo de Análise**

Para a investigação dos estudos bibliográficos procedemos com uma leitura detalhada dos artigos escolhidos, para identificar os assuntos e dados. A análise foi rigorosa de maneira a examinarmos e compararmos os objetivos identificados com os objetivos do trabalho, em seguida aplicamos a filtragem onde foram considerados os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos, conduzindo o trabalho para a estruturação do contexto e das ideias e usando o pensamento crítico para sumarizar e interpretar dos resultados obtidos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2018).

Para sistematizar os dados obtidos adotamos um processo de análise, realizado em um quadro com alguns tópicos significativos, como assunto, nomes dos autores, tipo de estudo, periódico e local da pesquisa, ano de publicação e número da amostra. Com o intuito de compreender melhor as informações obtidas, utilizamos o método de leitura analítica e assim complementamos a compreensão. Essa fase tem o objetivo de sistematizar os dados, além disso proporciona as possíveis respostas para a problemática do estudo.

## 5 RESULTADOS

Para sistematizar os dados obtidos adotamos um processo de análise, realizado em um quadro com alguns tópicos significativos, como assunto, nomes dos autores, tipo de estudo, periódico e local da pesquisa, ano de publicação e número da amostra. Com o intuito de compreender melhor as informações obtidas, utilizamos o método de leitura analítica e assim complementamos a compreensão. Essa fase tem o objetivo de sistematizar os dados, além disso proporciona as possíveis respostas para a problemática do estudo.

Este estudo contou com o auxílio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) bem como as Bases de dados MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e BDENF (Base de Dados em Enfermagem). Foram utilizados três descritores em saúde, a saber: Segurança do paciente; Eventos adversos e Erros de medicação. Além disso selecionamos o descritor booleano “and”.

Utilizando os descritores em pares chegamos a 3.039 artigos. Em seguida foram aplicados os filtros texto completo disponível, Idiomas Português e Inglês, recorte temporal dos últimos 5 anos e base de dados MEDLINE, LILACS E BDENF.

Com os descritores Segurança do paciente AND eventos adversos foram encontrados 1483 estudos. Após a aplicação do filtro: texto completo disponível foram encontrados 1173 artigos. Prosseguindo para o filtro base de dados: MEDLINE, LILACS E BDENF, surgiram 1015 artigos. Ao aplicar o filtro Idiomas – Português e Inglês, 882 artigos foram disponibilizados e ao serem submetidos ao filtro recorte temporal dos últimos 5 anos 547 artigos foram selecionados para análise. Os 547 documentos passaram pela leitura dos resumos, afim de que fosse feita a seleção apenas dos que pudessem contribuir em resposta a questão norteadora e aos objetivos do presente estudo. Um total de 3 artigos foram incluídos na mostra por esse par de descritores.

Ao utilizar os descritores Segurança do paciente AND erros de medicação foram encontrados 1556 artigos, após aplicação do filtro Texto completo disponível este número reduziu-se a 1143. Adiante na aplicação dos filtros base de dados: MEDLINE, LILACS E BDENF chegamos a 1091 documentos. Prosseguindo o filtro de Idiomas – Português e Inglês foi aplicado e neste obteve-se o número de 1015 artigos. Desses, apenas 573 passaram pelo filtro de recorte temporal dos últimos 5 anos. Por



fim utilizando esses descritores surgiram 19 artigos a serem incluídos na mostra por se encaixarem nos objetivos e atenderem ao teor da questão norteadora.

Submetemos os artigos aos critérios de inclusão pré-determinados pelo estudo, e 22 foram designados para coleta de dados e discussão.

A tabela abaixo detalha o processo de filtragem de acordo com os descritores.

**Tabela 1:** Detalhamento do método utilizado para seleção dos artigos.

Fonte: (ARAÚJO et al., 2020).

DESCRITORES	SEM APLICAÇÃO DOS FILTROS	TEXTO COMPLETO	BASE DE DADOS – MEDLINE, LILACS E BDNF	IDIOMAS – PORTUGUÊS E INGLÊS	RECORTE TEMPORAL DOS ÚLTIMOS 5 ANOS	TOTAL DE ARTIGOS SELECIONADOS PARA ANÁLISE	TOTAL DE ARTIGOS INCLUIDOS NA AMOSTRA
Segurança do paciente AND eventos adversos	1483	1173	1015	882	547	547	03
Segurança do paciente AND erros de medicação	1556	1143	1091	1015	573	573	19

Com base na leitura, avaliação e análise das amostras, três categorias emergiram. A primeira: Eventos adversos e erros de medicação mais recorrentes, a segunda: Medidas implantadas para prevenir os erros de medicação e por fim a terceira: Dificuldades encontradas no processo de notificação dos eventos adversos relacionados a medicação.

A tabela 2 disposta no APÊNDICE 1 contém a caracterização dos estudos escolhidos na fase final da coleta de dados. Contempla o ano de publicação dos estudos, título, autores, periódico, método e correlação com o estudo e objetivos.

Em relação as categorias que surgiram durante a pesquisa, a tabela a seguir mostra as três categorias nomeadas na primeira coluna, seguida pela segunda coluna da tabela, onde vemos detalhadamente onde qual artigo se encaixa na separação e classificação. Das três categorias, a primeira possui maior quantidade de estudos se comparada as outras categorias, os artigos vão do A1 ao A17. A segunda inclui 4 amostras, no entanto o A5 e A7 apresentam conteúdos relacionados as duas classes, tanto a primeira quanto a segunda categoria. O terceiro grupo compõe do A20 ao A22. A terceira coluna, expõe os anos das publicações dos artigos, sendo do ano de 2016 ao ano de 2019.

A tabela seguinte especifica quais artigos se encaixaram a cada categoria.

**Tabela 3:** Classificação das categorias do estudo, artigos e os anos de publicações.

CATEGORIAS	ARTIGOS	ANOS DE PUBLICAÇÕES
CATEGORIA. 1 Eventos adversos e erros de medicação mais recorrentes	A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10, A11, A12, A13, A14, A15, A16, A17.	2019, 2018, 2017, 2016.
CATEGORIA. 2 Medidas implantadas para prevenir os erros de medicação	A5, A7, A18, A19.	2018, 2019, 2017.
CATEGORIA. 3 Barreiras encontradas no processo de notificação dos eventos adversos relacionados a medicação	A20, A21, A22.	2018, 2019, 2017.

Fonte: (ARAÚJO et al., 2020).

## 6 DISCUSSÃO

Os erros de medicação e eventos adversos medicamentosos são discutidos na literatura científica com mais aprofundamento desde a publicação do estudo Error

é humano de 1999 nos Estados Unidos. Desde então, evidenciou-se que incidentes ocorriam com uma frequência indesejada trazendo grande preocupação a nível mundial.

Sendo assim surgiu a necessidade de desenvolver medidas de prevenção a essas falhas nos processos que envolvem a administração de fármacos e descobrir quais os fatores impedem que o sistema de notificação funcione da forma idealizada.

Para trazer informações atuais sobre esses assuntos, desenvolvemos três categorias. Sendo a categoria 1. Eventos adversos e erros de medicação mais recorrentes, categoria 2. Medidas implantadas para prevenir os erros de medicação e categoria 3. Dificuldades encontradas no processo de notificação dos eventos adversos relacionados a medicação.

### **Categoria 1. Eventos adversos e erros de medicação mais recorrentes**

Segundo Hoffmeister; Moura; Macedo (2019) os incidentes ocorridos na UTIN prevalecem na prestação da assistência da enfermagem e estão relacionados à medicação, sendo os mais frequentes: administração de fármacos errados e omissão de doses ou infusão. As falhas cometidas pela equipe, eram consideradas evitáveis e a maioria das internações no setor estudado foram por motivos de prematuridade, provenientes do centro obstétrico. Além disso cerca de 76, 5 % dos partos foram cesáreos.

De acordo com Souza et al (2019) a assistência médica é responsável por alguns deslizes no momento da prescrição de medicamentos ao paciente, devido a caligrafia dos médicos serem pouco legíveis, dificultando o trabalho dos outros participantes do processo, como a equipe farmacêutica e a equipe de enfermagem.

Unidades de pronto atendimento (UPA) que utilizam prontuários manuais são mais suscetíveis à ocorrência de eventos indesejáveis relacionados a medicação. Os erros mais frequentes foram os erros de dose e administração de medicamentos em indivíduos alérgicos (VAIDOTAS et al., 2019).

Há sistemas de prontuário eletrônico já implantados e funcionantes em diversas unidades de saúde com variação de níveis de complexidade que atendem bem aos elementos do processo de segurança do paciente, muitos desses sistemas são responsáveis por evitar diversos erros relacionados à medicação nas unidades de saúde adeptas. O fato de disponibilizarem as prescrições digitalizadas já é uma barreira que pode impedir o erro de interpretação da caligrafia posta na prescrição,

por exemplo. Além disso quando há prontuário eletrônico contendo os dados e especificidades de cada paciente há sistemas que não permitem o lançamento do medicamento ao qual o paciente é alérgico na sua conta evitando a dispensação incorreta do fármaco.

Conforme Mendes et al (2019) o procedimento de dispensação da medicação necessita ser seguido a cada etapa corretamente, no entanto os dados mostram que muitas das falhas estão ocorrendo devido aos profissionais de enfermagem não respeitarem a sequência, deixando de higienizar as mãos antes do preparo, não utilizando muitas das vezes a técnica correta para preparação dos fármacos.

Fator igualmente recorrente é a não identificação do fármaco. Falhas como essas são consideradas agravamentos nos serviços de saúde, pois se as medidas de preparo e administração de medicamentos não forem seguidas corretamente o cliente estará vulnerável e poderá sofrer danos podendo ser leves, moderados ou graves. Portanto a equipe necessita de bastante preparação e competência para assumir esse tipo de função.

Medicações administradas de maneira incorreta geram danos aos pacientes. Uma das equipes mais importantes na composição dos elementos desse processo é a de enfermagem. A maior frequência de falhas acontece entre os técnicos e auxiliares de enfermagem. Dados mostram que os erros que acontecem em maior proporção incluem: fármacos incorretos e diluição errada. Os motivos principais, apontados pelos participantes foram falta de atenção e conhecimento (SILVA et al., 2018).

É predominante no setor de hemodiálise EAs associados a medicação, com cerca de 45, 2 %, sendo as mulheres as mais acometidas. Além disso, foram identificadas as doenças de bases desses indivíduos, sendo essas glomerulonefrite e diabetes mellitus. A faixa etária dos grupos atingidos teve uma janela de variação relativamente ampla entre < 40 à > 60 anos, e segundo o estudo os incidentes ocorridos geraram danos leves e moderados (LESSA et al., 2018).

Em concordância com Valle; Cruz; Santos (2017) na Unidade de Urgências e Emergências estudada as falhas cometidas no processo de administração de fármacos de números mais significativos foram as de omissão, frequência e dose incorretas. Revelaram os fatores determinantes que contribuem para esses deslizes, como a desatenção, não cumprimento da técnica correta entre outros motivos associados ao ambiente físico e infraestrutura.

Percebe-se que a estrutura dos ambientes hospitalares interferem na assistência prestada ao paciente de maneira negativa, podendo ser por disporem de aparelhagem antiga e/ou com defeitos, por falta de equipamentos de proteção individuais (EPI's), ambientes pequenos. Fatores tais que exercem influência no ocorrimto de falhas, evidenciando a necessidade de modificações e atualização na unidade.

Para Rodriguez et al (2017) algo relevante na amostra, é a conduta dos funcionários da enfermagem na assistência medicamentosa ao paciente, o fato de eles deixarem de passar algumas orientações sobre o medicamento ao indivíduo é preocupante, e o estudo aponta que apenas 33,33 % registraram a administração de fármacos nos prontuários.

Entre as atribuições do profissional em saúde está a educação em saúde, que no momento da medicação pode consistir em orientar o paciente sobre os medicamentos administrados e esclarecer qualquer dúvida a respeito dos fármacos. Além disso, o registro certo e completo nos prontuários é de extrema relevância para manter sempre a ética profissional. O registro quando feito corretamente assegura o paciente pois informa aos outros profissionais da equipe a relação do paciente com o medicamento, sua evolução desde o início do tratamento com o fármaco, além de informações básicas de prescrição como: dosagem, via e horário.

Um estudo realizado em dez anos em uma unidade de clínica médica, evidenciou que os EM estão entre os mais notificados na unidade. Os tipos de erros com maior número de notificações apurados foram os de omissão de dose, horário e dose incorreta (COSTA et al., 2016).

O olhar de Marinho et al., (2018) trouxe-nos a perspectiva de observação da fase onde os EM mais foram frequentes sendo ela a fase de dispensação da medicação.

Na unidade de clínica cirúrgica os incidentes mais prevalentes estão relacionados a infusão de fluidos endovenosos/medicações, e especificamente os de via e frequência errada. Além disso, autores mencionam a falta de checagem nos prontuários médicos, o que acarreta em múltiplas falhas, entre elas a omissão de doses (MUNHOZ et al., 2018).

Segundo Santana et al., (2019) foram avaliados erros no processo de medicamentos, no entanto o mais prevalente ocorreu na etapa de administração e

horário errado. A identificação incorreta dos pacientes foram uma das falhas que os profissionais mais cometeram segundo Marinho et al., (2018).

A UTI é um ambiente destinado a pacientes com quadro grave, que possuem grande dependência dos profissionais, por uma proporção aumentada de procedimentos se destacando medicações de alto risco. Sendo uns dos setores que mais notificam os eventos medicamentosos.

De acordo com Costa; Picanço; Batalha (2018) a UTI estudada, os profissionais que trabalham no setor, todos cometeram algum erro de medicação (EM), sendo os mais prevalentes doses erradas, diluição incorreta e medicação errada. Os fatores que mais contribuíram para essa falha foram falta de atenção, sobrecarga de trabalho e falta de conhecimento.

O duplo check, ou dupla checagem nas prescrições de pacientes da UTI é uma forma de segurança do paciente. A pesquisa evidenciou que muitos profissionais deixavam de fazer uma identificação correta do paciente, o aprazamento dos intervalos não estava correto conforme a prescrição e ainda faltava do carimbo do profissional (RIBEIRO et al., 2018).

De acordo com Souza; Alves; Alencar (2018) os eventos adversos informados na UTI de maior prevalência são relacionados a erros de medicação e a maioria dos pacientes atingidos corresponde ao sexo masculino.

Conforme Pena; Melleiro (2017) os eventos medicamentosos notificados foram mais frequentes nos setores de UTI e Unidades de internação. As causas descritas são representadas por dificuldades de acesso dos profissionais de seguir as normas e procedimentos operacionais, a não realização de dupla checagem nos prontuários e falhas na comunicação da equipe, tanto verbalmente quanto no registros de prontuários.

A UTI é um setor considerado controlado, e onde os números de ocorrências de EM notificados se destacam. Houveram notificações relacionadas a falhas na identificação correta dos pacientes (DUARTE et al., 2016). Observa-se que trata-se de um erro que poderia facilmente ser evitado mas que pode acarretar em uma série de danos em cadeia aos pacientes envolvidos uma vez que poderão receber uma assistência que deveria ser prestada a outrem.

## **Categoria 2. Medidas implantadas para prevenir os erros de medicação**

Os profissionais de saúde possuem o entendimento que as medidas de prevenção dos EM são necessárias, e apontam como condutas fundamentais os

treinamentos e capacitações, cerca de 84 % dos entrevistados mencionaram isso (SILVA et al., 2018).

As intervenções mencionadas na amostra, destacou as medicamentosas. Quando ocorre erros nesse processo utilizam as estratégias de aplicar medicamentos no objetivo de prevenir alterações graves no quadro do indivíduo. Os profissionais mais atingidos foram os enfermeiros. A primeiras ações escolhidas pelos profissionais são a observação do quadro, depois em seguida comuniquem casos assim é comunicar a coordenação (COSTA; PICANÇO; BATALHA, 2018).

Proporcionar as equipes de enfermagem novos padrões de abordagens sobre prevenir os erros de medicação, contribui de maneira positiva, pois auxilia no modo de aceitação dos funcionários em receber informações, favorece um bom relacionamento com a equipe, além disso implementa a cultura de segurança do paciente e ações de educação permanente (MORRUDO et al., 2019).

Conforme o estudo de Reis et al (2018) são desenvolvidas precauções na Unidade de Terapia Intensiva, relacionado aos Medicamentos Potencialmente Perigosos (MPP), devido a maioria dos medicamentos administrados nesse setor faz parte dessa classe, por esse motivo as ações elaboradas como prevenção de erros medicamentosos destaca as identificações dos riscos dos fármacos na embalagem, a dupla checagem e a realização dos 9 certos.

### **Categoria 3. Dificuldades encontradas no processo de notificação dos eventos adversos relacionados a medicação**

A notificação dos erros relacionados a medicação incorreta do paciente não acontece de forma ideal no campo pesquisado por BOHOMOL; OLIVEIRA (2018) e em muitos ambientes de saúde pois o medo da retaliação é uma forte barreira que impede o funcionário de notificar. MASCARENHAS et al., (2019) aborda também que há ainda hoje, a respeito de tanta discussão sobre a sua importância, profissionais que não sabem diferenciar o que caracteriza um evento adverso e muitos outros que não sabem notifica-los.

Um estudo por FERREZIN et al., (2017) mostrou que de uma amostra de uma amostra com o total de 261, 76 destes relatam que a notificação por eventos adversos acarreta em punição.

A visão do erro como evento isolado e de responsabilidade de um indivíduo é errônea e precisa ser erradicada uma vez que o erro é resultado de uma falha no

processo que pode ser de responsabilidade de muitos envolvidos. Na detecção de um erro a atitude tomada pela gestão deve ser de capacitação dos profissionais para prevenir futuramente que um evento similar se repita e não de culpar e punir individualmente.

Deve haver levantamento de hipóteses como: O que levou ao erro? Quais as etapas do processo estão envolvidas? O funcionário teve suas necessidades humanas básicas respeitadas, como suas horas de sono e descanso? Houve sobrecarga? O funcionário foi ouvido?

É preciso ponderar que prover ao funcionário boas práticas laborais também é uma forma de garantir que o cliente seja assistido da forma mais segura.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os EM é um assunto trabalhado com maior intensidade na literatura científica, após a publicação do estudo *Errar é humano*, em 1999 nos Estados Unidos, devido a descoberta da proporção de atingidos, por falhas no processo de assistência à saúde do paciente. Dessa maneira houve grande repercussão mundial e em 2004 a Organização Mundial da saúde (OMS) desenvolveu a Aliança Mundial a Segurança, com intuito de identificar e prevenir os danos.



Essa iniciativa trouxe benefícios, pois as unidades hospitalares desenvolveram estratégias direcionadas a segurança do paciente, como treinamentos, capacitações com os profissionais de saúde, principalmente a equipe de enfermagem, por possuir a atribuição de administrar medicamentos e estar mais próxima do cliente, além disso elaboraram protocolos, checklist de proteção e sistemas de notificação de eventos adversos medicamentosos.

Os sistemas de notificações foram desenvolvidos para detalhar quais erros estão ocorrendo, se evoluiu a danos, a cidade do acontecimento, o hospital, idade e sexo do atingido. Tendo essas informações pode-se intervir através de medidas para diminuir as falhas. No entanto é demonstrado barreiras nas notificações, por meio das atitudes dos profissionais da equipe, como medo de punições, retaliações, dificuldades de acessar os sistemas ou até mesmo o desconhecimento desse método.

O estudo possui relevância para os profissionais de saúde e os acadêmicos do curso de enfermagem e medicina, pois nele retrata como começou a segurança do paciente, quais os profissionais mais expostos ao erro e os setores mais propensos a cometer essas falhas, além disso detalha quais os EM e EA mais recorrentes, quais as medidas implementadas com os objetivos de prevenir esses deslizos e os obstáculos encontrados que atrapalham o processo de notificações dos EM e EA.

Dessa maneira a amostra evidenciou que o setor de UTI é mais propenso de ocorrer EM, por causa da gravidade dos casos dos pacientes, porque possuem um aumento dos procedimentos, principalmente as medicações e quase todas serem de alto risco. Os EM mais notificados na UTI destacaram doses erradas, diluição incorreta e medicação errada.

Um fator que contribui bastante aos EM são as prescrições manuais, com a caligrafia pouco legíveis dos médicos, assim dificulta o trabalho dos funcionários da área da enfermagem e farmácia. Esses fatores ocorrem nas unidades hospitalares, independente dos setores.

Revelaram que os profissionais muitas vezes não estão realizando a lavagem das mãos antes do preparo das medicações, deixam de fazer conferência das prescrições duas vezes, ainda esquecem de passar as orientações sobre os fármacos administrados.

No entanto possuem o entendimento que são necessários medidas intervencionistas para diminuir e prevenir os EA medicamentosos, as ações citadas de maior proporção foram capacitações e treinamentos.

Além disso ocorrem barreiras no processo de notificações sobre as falhas na etapa de administração de medicamentos, evidenciaram que os funcionários sentem medo de punições, vinganças e dificuldades de entender o sistema de notificações.

Conforme a literatura científica aborda o serviço de enfermagem é de extrema importância na assistência ao paciente na área medicamentosa, pelo motivo de ser atribuição desses profissionais, porém nota-se que eles sentem grande pressão no serviço, devido a quantidade de procedimentos serem altos, carga horária alta e poucos profissionais contratados. Devido esses fatores aumenta as chances de erros. O EA medicamentosos mais prevalentes são a dose errada, diluição incorreta e medicação errada.

A equipe de enfermagem possui o papel principal na notificação do EA, pois ela é responsável pelo cuidado mais próximo ao cliente, bem como a administração de medicamentos e entre outros procedimentos. Por isso os incidentes acontecidos são eles que percebem. O enfermeiro tem o comprometimento de liderar sua equipe, supervisionar, treinar e capacitar os funcionários. Atualmente existe, muitos tipos de protocolos direcionados a segurança medicamentosa, como checklist, protocolo operacional padrão (POP) e etiquetas para identificação dos medicamentos de cada classe de risco.

Diante do que foi evidenciado pela pesquisa, houve grandes avanços no cuidado do paciente frente a medicação, no entanto ainda acontece os agravos nessa área, dessa maneira necessita de mais intensidade das ações sobre a segurança do paciente, porque dados mostram que os profissionais cometem deslizes neste serviço, como esquecem de ações básicas de higienização das mãos, também administra medicamentos incorretos, doses erradas e não realizam a orientação sobre o medicamento ao cliente. Não notificam os incidentes por medo, penalidades e sanções, deve-se mudar esse comportamento, pois as notificações são essenciais para dados epidemiológicos, controle e avaliação. Os funcionários precisam serem imponderados na profissão e não tratar o erro com visão individualista.

A pesquisa contribuiu no sentido de informar ao público científico a realidade encontrada na literatura nos últimos 5 anos, sobre a proporção das falhas, quais medidas de intervenção estão sendo adotadas e os obstáculos encontrados na notificação dos erros. Com isso, concluiu que existem desafios nesse processo e necessita de mudanças na cultura dos profissionais frente aos erros, pois ainda se encontra muitos praticando atitudes punitivas e preconceituosas. Portanto necessita

de mudanças que estimule o trabalho em equipe, intensifique os treinamentos, capacitações, formulação de checklist e protocolos.

## 8 REFERÊNCIAS

BEZERRA, Ana Lúcia Queiroz et al. Análise de Queixas Técnicas e Eventos Adversos Notificados em um Hospital Sentinela. **Rev Enferm.** Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 467-472, Out/Dez 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a02.pdf>> acessado em 25 de Maio de 2019.

BOHOMOL, Elena; OLIVEIRA, Cristiane Batista de. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre erros de medicação: estudo survey descritivo. **Enfermagem em Foco**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 44-48, Ago 2018. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1253/426>> acessado em 02 junho de 2020.

BRASIL, Instituto Para as Práticas Seguras No Uso de Medicamentos. **Uso Seguro de Medicamentos em Pacientes Pediátricos.** Boletim, Belo Horizonte-MG, v. 6, n.4, p. 1-6, Nov 2017. Disponível em: <<https://www.ismp-brasil.org/site/wp->

content/uploads/2017/12/BOLETIM-ISMP-BRASIL-PEDIATRIA.pdf > acessado em 17 de Abril de 2019.

BRASIL. ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Brasília- DF; 2017. 170 p. Disponível em: < <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+1+-+Assist%C3%A0ncia+Segura+-+Uma+Reflex%C3%A3o+Te%C3%B3rica+Aplicada+%C3%A0+Pr%C3%A1tica/97881798-cea0-4974-9d9b-077528ea1573> > acessado em 26 de Maio de 2019.

BRASIL. ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária; SAÚDE, Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de; SAÚDE, Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de. Nota técnica GVIMS/GGTES N°01/2015. **Dispõe sobre orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde**. Brasília, 12 de Janeiro 2015. Disponível em: < <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+t%C3%A9cnica+N%C3%BA01+de+2015+-GVIMS-GGTES-ANVISA/b98ec033-1676-4443-9603-24a4edae1505> > acesso em 17 de Abril de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC N° 36, de 25 de Julho de 2013. **Dispõe sobre instituir ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências**. Diário oficial da união, Brasília 2013. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html) > acesso em 22 de Março de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 529 de 1 ° de abril de 2013. **Dispõe sobre a instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Diário oficial da união, Brasília 2013. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html) > acessado em 30 de Maio de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 2.095 de 24 de setembro de 2013. **Dispões sobre aprovar os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente**. Diário oficial da união, Brasília 2013. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095\\_24\\_09\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html) > acesso em 23 de Março de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde; CRUZ, Fundação Oswaldo; SANITÁRIA, Agência de Vigilância. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília- DF; 2014. 40 p. Disponível em : <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)> acesso em 23 de Março de 2019.

CAMERINI, Flavia Giron; SILVA, Lolita Dopico da. Segurança do paciente: análise do preparo de medicação intravenosa em hospital da rede sentinela. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 20, n. 1, p. 41-49, Mar. 2011 . Available from <[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)>. access on 13 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-0707211000100005>

CAPUCHO, Helaine Carneiro; BRANQUINHO, Susana; REIS, Lílian Vannucci dos. **Gerenciamento de riscos e segurança do paciente**. Ribeirão Preto- SP. 45 p. Disponível em: < <http://www.sbrafh.org.br/site/public/temp/510f0a460507f.pdf> > acesso em 17 de Abril de 2019.

CASSIANI, Silvia Helena De Bortoli. Enfermagem e a Pesquisa sobre Segurança dos Pacientes. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 23, n. 6, p. vii-viii, 2010 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002010000600001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000600001&lng=en&nrm=iso)>. access on 15 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000600001>

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Anvisa disponibiliza formulário de erro de medicação aos profissionais da saúde**. Brasília-DF, 10 de Dezembro de 2010. Disponível < [http://www.cofen.gov.br/anvisa-disponibiliza-formulario-de-erro-de-medicao-aos-profissionais-da-saude\\_6109.html](http://www.cofen.gov.br/anvisa-disponibiliza-formulario-de-erro-de-medicao-aos-profissionais-da-saude_6109.html) > acesso em 17 de Abril de 2019.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente**. Brasília-DF, 22 de Novembro de 2017. Disponível em: < <http://www.conass.org.br/seguranca-do-paciente/> > acesso em 05 de Março de 2019.

COREN-SP, Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo; REBRAENSP, Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. **10 Passos Para a Segurança do Paciente**. São Paulo-SP, 2010. Disponível em: < [https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/10\\_passos\\_seguranca\\_paciente\\_0.pdf](https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente_0.pdf) > acesso em 16 de Abril de 2019.

COSTA, Milena Pereira; PICANÇO, Carina Marinho; BATALHA, Edenise Maria Santos da Silva. Vivência de enfermeiras(os) acerca dos incidentes relacionados à administração de medicamentos em terapia intensiva. **J. nurs. Health**. Rio Grande do Sul-RS. v. 8, n. 2, p. 2-14, Setembro-2018. Disponível em:<<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/13458/8825> > acessado em 02 de Junho de 2020.

COSTA, Natália Nunes et al. O retrato dos eventos adversos em uma clínica médica: análise de uma década. **Cogitare Enferm**. Goiânia-GO. v. 21, p. 01-10. Julho- 2016. Disponível em: < <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1523/45661-184779-1-pb.pdf> > acessado em 02 de Junho de 2020

DUARTE, Sabrina da Costa Machado et al . Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 68, n. 1, p. 144-154, Feb. 2015 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672015000100144&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100144&lng=en&nrm=iso)>. access on 15 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>

DUARTE, Sabrina da Costa Machado et al. Caracterização de erros na assistência de enfermagem em terapia intensiva. **Cogitare Enferm.** Rio de Janeiro-RJ. v. 21, p. 01-08. Junho-2016. Disponível em: < <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1487/45502-184754-1-pb.pdf> > acessado em 02 de Junho de 2020.

FEREZIN, Tatiana Paula Miguelaci; et al. Análise da notificação de eventos adversos em hospitais acreditados. **Cogitare Enferm.** Ribeirão Preto-SP, v. 22, n. 2, Abril-2017. Disponível em: < <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/868382/49644-204163-1-pb.pdf> > acessado em 01 de Junho de 2020.

GIMENES, Fernanda Raphael Escobar et al . Patient Safety in Drug Therapy and the Influence of the Prescription in Dose Errors. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 18, n. 6, p. 1055-1061, Dec. 2010 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692010000600003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000600003&lng=en&nrm=iso)>. access on 23 Mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000600003>

HOFFMEISTER, Louíse Viecili; MOURA, Gisela Maria Schebella Souto de; MACEDO, Ana Paula Morais de Carvalho. Aprendendo com os erros: análise dos incidentes em uma unidade de cuidados neonatais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** Porto Alegre-RS, v. 27, p. 2-8, Fevereiro 2019. Disponível em: < [https://www.scielo.br/pdf/rlae/v27/pt\\_0104-1169-rlae-27-e3121.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v27/pt_0104-1169-rlae-27-e3121.pdf) > acessado em 01 de Junho de 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO PARA EXCELÊNCIA EM SAÚDE (IBES). **Você sabe quais são os atributos de qualidade da saúde.** São Paulo -SP. 24 de Abril de 2017. Disponível em: < <http://www.ibes.med.br/voce-sabe-quais-sao-os-atributos-de-qualidade-da-saude/> > acesso em 22 de Março de 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE (IBSP). Instituto Brasileiro para Segurança do. **Entenda o que é segurança do paciente.** São Paulo, 24 de Agosto de 2015. Disponível em: < <https://www.segurancadopaciente.com.br/noticia/entenda-o-que-e-seguranca-do-paciente/> > acesso em 22 de Março de 2019.

KOHN, LT.; CORRIGAN, JM.; DONALDSON, M. To Err Is Human: Building a Safer Health System. ed:1. Washington. DC: **The National Academie.Institute of Medicine.** 2000. Disponível em < <http://www.ashnha.com/wp-content/uploads/2014/05/To-Err-is-Human-Ch-1.pdf> > acesso em 30 de Março de 2019.

LESSA, Sara Rebeca de Oliveira et al. Prevalência e fatores associados para a ocorrência de eventos adversos no serviço de hemodiálise. **Texto Contexto Enferm.** Recife-PE, v. 27, n. 3, p. 2-11, 2018. Disponível em: < <http://www.revenf.bvs.br/pdf/tce/v27n3/0104-0707-tce-27-03-e3830017.pdf> > acessado em 02 de Junho de 2020.

MARINHO, Monique Mendes et al . Resultados de intervenções educativas sobre segurança do paciente na notificação de erros e eventos adversos. **Rev. baiana**

**enferm.**, Salvador-BA , v. 32, p. 1-12, Julho-2018 . Disponível em <[http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2178-86502018000100329&lng=pt&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502018000100329&lng=pt&nrm=iso)>. acessado em 01 Junho de 2020.

MASCARENHAS, Franciane Aceli de Souza; et al. Facilidades e dificuldades dos profissionais de saúde frente ao processo de notificação de eventos adversos. **Texto Contexto Enferm.** Santa Catarina-SC, v. 28, p. 1-15, Maio-2019. Disponível em: <[http://www.revenf.bvs.br/pdf/tce/v28/pt\\_1980-265X-tce-28-e20180040.pdf](http://www.revenf.bvs.br/pdf/tce/v28/pt_1980-265X-tce-28-e20180040.pdf)> acessado em 01 de Junho de 2020.

MENDES, Josiane Ribeiro et al. Tipos e frequência de erros no preparo e na administração de medicamentos endovenosos. **Einstein (São Paulo)**. São Paulo-SP. v.16, n.3, p.1-6, Fevereiro-2019. Disponível em: <[https://www.scielo.br/pdf/eins/v16n3/pt\\_2317-6385-eins-16-03-eAO4146.pdf](https://www.scielo.br/pdf/eins/v16n3/pt_2317-6385-eins-16-03-eAO4146.pdf) > acessado em 01 de Junho de 2020.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso)>. access on 25 May 2019.

MORRUDO, Eduarda de Quadros et al. Errors in medicinal therapy and the consequences for nursing / Erros na terapia medicamentosa e as consequências para a enfermagem. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio Grande do Sul- RS, v. 11, n. 1, p. 88-96, jan. 2019. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6477>>. Acesso em: 01 june 2020.

MUNHOZ, Oclaris Lopes et al. Perfil dos pacientes e dos incidentes em unidade de clínica cirúrgica. **Rev enferm UFPE on line**. Recife-PE. v. 12, n.2, p. 416-423. Fevereiro- 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230813/27848> > acessado em 02 de Junho de 2020.

NEUHAUSER, D. Florence Nightingale gets no respect: as a statistician that is. **Qual Saf Health Care**. Euclid Avenue- Cleveland, v. 12, p. 317, 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743730/pdf/v012p00317.pdf> > acessado em 26 de Maio de 2019.

OLIVEIRA, Andrea Carvalho, GARCIA, Paulo Carlos, NOGUEIRA, Lilia de Souza. Nursing workload and occurrence of adverse events in intensive care: a systematic review. **Rev Esc Enferm**, São Paulo - SP, v.50, n.4, p.679-689. Junho-2016. Available from < <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500020>> acesso em 05 de Março de 2019.

OLIVEIRA, Roberta Meneses et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Esc Anna Nery**. Fortaleza-CE, v. 18, n.1, p. 122-129, Jan-Mar 2014. Disponível em : <

<https://www.redalyc.org/pdf/1277/127730129017.pdf> > Acessado em 17 de Abril de 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Oms lança esforço global para reduzir pela metade os erros relacionados à medicação em 5 anos.** Brasília, 29 de Março de 2017. Disponível em: <  
[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5384:oms-lanca-esforco-global-para-reduzir-pela-metade-os-erros-relacionados-a-medicacao-em-cinco-anos&Itemid=838](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5384:oms-lanca-esforco-global-para-reduzir-pela-metade-os-erros-relacionados-a-medicacao-em-cinco-anos&Itemid=838) > acesso em 22 de Março de 2019.

PAES, Graciele Oroski; MESQUITA, Maria Gefé da Rosa; MOREIRA, Maiara Benevides. Best Practices Applied To Patient Safety In The Administration of Medicines. **Journal of Nursing UFPE On line.** Recife-PE, v. 10, n. 6, p. 4969-4973, Dec 2016. Disponível em: <  
[https://www.google.com/search?source=hp&ei=s8G3XM-8Dd3E5OUPIfW1uAk&q=MELHORES+PR%C3%81TICAS+APLICADAS+%C3%80+SEGURAN%C3%87A+DO+PACIENTE+NA+ADMINISTRA%C3%87%C3%83O+DE+MEDICAMENTOS&btnK=Pesquisa+Google&oq=MELHORES+PR%C3%81TICAS+APLICADAS+%C3%80+SEGURAN%C3%87A+DO+PACIENTE+NA+ADMINISTRA%C3%87%C3%83O+DE+MEDICAMENTOS&gs\\_l=psy-ab.3...1222.1222..2303...0.0..0.208.328.0j1j1.....0....2j1..gws-wiz.....0.05eyD67aZw0#>](https://www.google.com/search?source=hp&ei=s8G3XM-8Dd3E5OUPIfW1uAk&q=MELHORES+PR%C3%81TICAS+APLICADAS+%C3%80+SEGURAN%C3%87A+DO+PACIENTE+NA+ADMINISTRA%C3%87%C3%83O+DE+MEDICAMENTOS&btnK=Pesquisa+Google&oq=MELHORES+PR%C3%81TICAS+APLICADAS+%C3%80+SEGURAN%C3%87A+DO+PACIENTE+NA+ADMINISTRA%C3%87%C3%83O+DE+MEDICAMENTOS&gs_l=psy-ab.3...1222.1222..2303...0.0..0.208.328.0j1j1.....0....2j1..gws-wiz.....0.05eyD67aZw0#>) acessado em 17 de Abril de 2019.

PENA, Mileide Moraes; MELLEIRO, Marta Maria. O método de análise de causa raiz para a investigação de eventos adversos. **Revista de Enfermagem UFPE on line,** Recife- PE, v. 11, n. 12, p. 5297-5304, dez. 2017. Disponível em:  
 <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25092/25482>>. Acessado em 02 Junho de 2020.

PINTO, Susana; BARBOSA, Carlos Maurício. Medicamentos Manipulados em pediatria. **Arquivos de Medicina,** Porto, v. 22, n. 2/3, p. 75-84, 2008. Available from <  
<http://www.scielo.mec.pt/pdf/am/v22n2-3/22n2-3a07.pdf>> acesso em 12 de Março de 2019.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Nota técnica 1a. **Dispõe sobre administração de medicamentos nas unidades de saúde da SMS-SP.** São Paulo, 20 de Agosto de 2015. Disponível em: <  
<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/1NotaTecnica.pdf> >

REIS, Marcos Aurélio Seixas dos et al. Medicamentos potencialmente perigosos: identificação de riscos e barreiras de prevenção de erros em terapia intensiva. **Texto Contexto Enferm.** Ribeirão Preto- SP. v. 27, n.2, 2018. Disponível em: <  
<http://www.revenf.bvs.br/pdf/tce/v27n2/0104-0707-tce-27-02-e5710016.pdf> > acessado em 02 de Junho de 2020.

RIBEIRO, Gabriella da Silva Rangel et al. Análise do aprazamento de enfermagem em uma UTI: foco na segurança do paciente / Analysis of nursing aprazamento in an ICU: focus on patient safety. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online,** Rio de Janeiro-RJ, v. 10, n. 2, p. 510-515, apr. 2018. Disponível em:



<<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6113>>  
Acessado em 02 Junho de 2020.

RODRIGUEZ, Eliana Ofelia Llapa et al. Assistência segura ao paciente no preparo e administração de medicamentos. **Rev Gaúcha Enferm.** Sergipe. v. 38, n. 4, p. 1-8. Julho-2017. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/rge/v38n4/1983-1447-rge-38-04-e2017-0029.pdf> > acessado em 02 de Junho de 2020.

ROQUE, Keroulay Estebanez; MELO, Enirtes Caetano Prates. Tempo de internação e a ocorrência de eventos adversos a medicamentos: uma questão da enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 3, p. 595-601, Sept. 2011 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452011000300022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000300022&lng=en&nrm=iso)>. access on 15 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000300022>

SANTANA, Breno de Sousa et al . Interrupções no trabalho da enfermagem como fator de risco para erros de medicação. **av.enferm.**, Bogotá , v. 37, n. 1, p. 56-64, Apr. 2019 . Available from <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002019000100056&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002019000100056&lng=en&nrm=iso)>. access on 01 June 2020. <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.71178>.

SANTANA, Júlio César Batista et al. Fatores que influenciam e minimizam os erros na administração de medicamentos pela equipe de enfermagem. **Enfermagem Revista**, Belo Horizonte-MG, v. 15, n. 1, p. 122-137, Maio 2012. Disponível em: < <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/3300> > Acesso em: 16 abr. 2019.

SILVA, Ana Cristina Martins Reis; et al. A importância do núcleo de segurança do paciente: um guia para implantação em hospitais. **Revista Educação, Meio Ambiente e Saúde**. Munhuaçu-MG, v.7, n.1, p. 87-109, Janeiro/Março- 2017. Available from < <http://www.faculdadedofuturo.edu.br/revista1/index.php/remas/article/view/134/205>> acesso em 12 de Março de 2019.

SILVA, Lolita Dopico da; CAMERINI, Flavia Giron. Análise da administração de medicamentos intravenosos em hospital da rede sentinela. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 21, n. 3, p. 633-641, Sept. 2012 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000300019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300019&lng=en&nrm=iso)>. access on 16 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000300019>

SILVA, Marcus Vinicius da Rocha Santos da et al. Administração de medicamentos: erros cometidos por profissionais de enfermagem e condutas adotadas. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Caxias-MA ,v. 8, n. 1, p. 102-115, abr. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/25686>>. Acessado em 02 Junho 2020.

SOUZA, Ana Fabíola Rebouças de et al. Os erros de medicação e os fatores de Risco associados a sua prescrição. **Enferm. Foco**. Rio Grande do Norte- RN, v. 10, n. 4, p.12-16, Abril-2019. Disponível em: < <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1900/598> > acessado em 01 de Junho de 2020.

SOUZA, Ragive Ferreira de; ALENCAR, Isabele Gouveia Muniz; ALVES, Audimar de Sousa. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife-PE, v. 12, n. 1, p. 19-27, jan. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25205/25799>>. Acessado em 02 Junho de 2020.

TEIXEIRA, Thalyta Cardoso Alux; CASSIANI, Silvia Helena De Bortoli. Análise de causa raiz: avaliação de erros de medicação em um hospital universitário. **Rev. esc. Enferm**, São Paulo , v. 44, n. 1, p. 139-146, Mar. 2010 . Available from <[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)>. access on 26 May 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000100020>.

VAIDOTAS, Marina et al. Erros de medicação em unidades eletrônico, barreira eficaz?. **Einstein (São Paulo)**. São Paulo-SP. v.17, n.4, p1-5, Dezembro-2019. Disponível em: < [https://www.scielo.br/pdf/eins/v17n4/pt\\_2317-6385-eins-17-04-eGS4282.pdf](https://www.scielo.br/pdf/eins/v17n4/pt_2317-6385-eins-17-04-eGS4282.pdf) > acessado em 01 de Junho de 2020.

VALLE, Monia Mara Figueiredo do; CRUZ, Elaine Drehmer de Almeida; SANTOS, Tatiane dos. Incidentes com medicamentos em unidade de urgência e emergência: análise documental. **Rev Esc Enferm USP**. Curitiba-PR, v. 51, p. 1-7. Julho 2017. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/1980-220X-reeusp-S1980-220X2016033303271.pdf> > acessado em 02 de Junho de 2020.

WORLD, Health Organization. **Estrutura conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente**. Relatório Técnico Final. Direção Geral da Saúde. Lisboa, 2009; 145p. Disponível em:<[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70882/4/WHO\\_IER\\_PSP\\_2010.2\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70882/4/WHO_IER_PSP_2010.2_por.pdf)> acessado em 31 de Maio de 2019.

YAMAMOTO, Michiko Suzuki; et al. Notificação espontânea de erros de medicação em hospital universitário pediátrico. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo-SP, v. 24, n. 6, p. 766-771, Julho-2011. Available from < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n6/a06v24n6.pdf>> acesso em 12 de Março de 2019.

## APÊNDICE 1

**Tabela 2:** Caracterização das amostras selecionadas na etapa final da coleta de dados.

CÓD	CATEGORIAS	TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES	ANO	PERIÓDICO	MÉTODO	OBJETIVO	CORRELAÇÃO COM O ESTUDO
A1	1º Eventos adversos e erros de medicação mais recorrentes	Aprendizado com os erros: análise dos incidentes em uma unidade de cuidados neonatais	HOFFMEISTER; MOURA; MACEDO, 2019	2019	Rev. Latino - Am	Estudo quantitativo, transversal e retrospectivo	Analisar os incidentes notificados em uma unidade de cuidados neonatais.	Os incidentes ocorridos na unidade de cuidados neonatais, prevaleceu a quantidade maior em falhas relacionadas a medicação, e o erro mais cometido foi a

								administração errada de medicamento.
A2	1º Eventos adversos e erros de medicação o mais recorrentes	Os erros de medicação e os fatores de risco associados a sua prescrição	SOUZA et al., 2019	2019	Enferm. Foco	Pesquisa documental, transversal de abordagem quantitativa	Identificar e analisar os fatores de risco relacionados aos erros de medicação presentes nas prescrições de medicamentos	Analisaram prescrições manuscritas e digitais, no entanto, as não eletrônicas apresentam um número maior de riscos, devido os dados quase se igualarem, entre as prescrições legíveis e pouco legíveis.
A3	1º Eventos adversos e erros de medicação o mais recorrentes	Erros de medicação em unidades de pronto atendimento: prontuário eletrônico, barreira eficaz?	VAIDOTAS et al., 2019	2019	Einstein	Estudo transversal, retrospectivo, observacional	Comparar os erros de medicação de duas unidades de pronto atendimento que possuíam prontuário eletrônico aos de duas unidades que possuíam prontuário convencional manual em uma mesma instituição.	O erro relacionada a medicação, teve aumento de notificação onde utilizam os prontuários convencionais, e o evento adverso mais notificado é o de medicamento errado.
A4	1º Eventos adversos e erros de medicação o mais recorrentes	Tipos e frequência de erros no preparo e na administração de medicamentos endovenosos.	MENDES et al., 2018	2018	Einstein	Estudo transversal e descritivo	Identificar os tipos e a frequência de erros no preparo e na administração de medicamentos endovenosos em um serviço de emergência	As falhas encontradas no processo de medicação no setor do estudo, mostrou que a higienização das mãos e a não utilização de uma técnica asséptica no preparo e administração de medicamentos foram os erros mais prevalentes, porém a não

								utilização de uma técnica asséptica foi a falha mais ocorrida. Outros deslizes preocupantes que ficaram abaixo dos citados anteriormente, na fase de preparo foram a não identificação correta do medicamento e na etapa de administração velocidade incorreta do fármaco.
A5	<p>1º Eventos adversos e erros de medicação mais recorrentes</p> <p>2º Medidas implantadas para prevenir os erros de medicação</p>	Vivência de enfermeiras(os) acerca dos incidentes relacionados à administração de medicamentos em terapia	COSTA; PINÇAÇO; BATALHA, 2018	2018	J. nurs. health	Estudo quantitativo	Avaliar a vivência das(os) enfermeiras(os) em relação aos incidentes de segurança do paciente na administração de medicamentos em Unidades de Terapia Intensiva	Os incidentes encontrados na pesquisa, evidenciaram que na área de Unidade de Terapia Intensiva do hospital de estudo, os enfermeiros participantes, vivenciaram ou presenciaram uma falha na aplicação de medicamentos. Com 17,4 % a dose incorreta ficou em primeiro lugar, por ocorrer mais, em segundo mais comum de acontecer é a diluição errada tendo 16,2 %, no terceiro a medicação errada com 15,0 %. Além disso, pesquisaram os fatores interferentes que prejudica o processo, os

								<p>mais comuns são a falta de atenção com 23,1 %, sobrecarga de trabalho 18,3 %, falta de conhecimento 15,4 %. As medidas mais utilizadas pelos profissionais de enfermagem é a observação do quadro clínico e comunicação a coordenação. Intervenções usadas, a mais escolhida foi a medicamentosa. Os obstáculos para a notificação das falhas destacaram o medo de punição e julgamento.</p>
A6	1º Eventos adversos e erros de medicação o mais recorrentes	Análise do aprazamento de enfermagem em uma UTI: foco na segurança do paciente	RIBEIRO et al., 2018	2018	Rev Fund Care Online	Estudo transversal, descritivo, com análise documental e abordagem quantitativa	Identificar as não conformidades relacionadas ao aprazamento medicamentoso	<p>Amostra avaliou 372 prescrições da UTI Geral de um Hospital Universitário do Rio de Janeiro. A avaliação evidenciou que depois de um duplo check em prescrições foi detectado não conformidades, como o aprazamento com intervalos não condizentes com a prescrição, tendo 80,5 %, dados de identificação do paciente incorretos 71 %, ausência do carimbo do responsável pelo aprazamento 46</p>


								%. Essas informações foram as mais encontradas nas prescrições.
A7	<p>1º Eventos adversos e erros de medicação o mais recorrentes</p> <p>2º Medidas implantadas para prevenir os erros de medicação</p>	Administração de medicamentos: erros cometidos por profissionais de enfermagem e condutas adotadas	SILVA et al., 2018	2018	Rev Enferm UFSM	Estudo quantitativo, exploratório descritivo	<p>Analisar condutas que devem ser adotadas por profissionais de enfermagem e gestores para que a ocorrência de erros na administração de medicamentos diminua e identificar erros cometidos por profissionais de enfermagem em relação à administração medicamentosa.</p>	<p>O estudo avaliou 162 profissionais da área de enfermagem no hospital geral na cidade do Maranhão. Detectou que 19,6% dos entrevistados já se envolveu em algum erro de medicação. Os erros mais cometidos nessa unidade foram paciente incorreto e diluição inadequada. Os motivos das falhas que destacou entre os profissionais foram a falta de atenção e conhecimento. Citaram propostas de evitar os erros, como treinamentos e capacitações dos profissionais e diminuir a sobrecarga de trabalho.</p>
A8	1º Eventos adversos e erros de medicação o mais recorrentes	Perfil de pacientes e incidentes em unidade de clínica cirúrgica	MUNHOZ et al., 2018	2018	Rev enferm UFPE on line	Estudo quantitativo, transversal descritivo	Caracterizar o perfil dos pacientes e dos incidentes em unidade de clínica cirúrgica.	No estudo participou 34 pacientes da unidade clínica cirúrgica. Os incidentes mais ocorridos estavam relacionados a medicações e fluidos endovenosos.
A9	1º Eventos adversos	Eventos adversos na	SOUZA; ALVES;	2018	Rev enferm UFPE on line	Estudo quantitativo,	Caracterizar os eventos	Através do estudo, analisado por

	e erros de medicação o mais recorrentes	Unidade de Terapia Intensiva	ALENCAR, 2018			descritivo, retrospectivo	adversos de uma Unidade de Terapia Intensiva	meio de prontuários da UTI, foi possível identificar que o evento adverso de maior proporção, foram os erros de medicação.
A10	1º Eventos adversos e erros de medicação o mais recorrentes	Prevalência e fatores associados para a ocorrência de eventos adversos no serviço de hemodiálise	LESSA et al., 2018	2018	Texto Contexto Enferm	Estudo descritivo longitudinal com abordagem quantitativa	Analisar a prevalência e os fatores associados para a ocorrência de eventos adversos no serviço de hemodiálise.	Participaram da amostra 51 pacientes que realizam tratamento na Unidade de Hemodiálise em um Hospital Universitário de Recife. Detectou 1110 eventos adversos, o mais recorrente é os erros de medicação.
A11	1º Eventos adversos e erros de medicação o mais recorrentes	Incidentes com medicamentos em unidade de urgência e emergência: análise documental.	VALLE; CRUZ; SANTOS, 2017	2017	Rev Esc Enferm USP	Pesquisa descritiva, documental, retrospectiva e quantitativa	Caracterizar os incidentes de medicação ocorridos em uma emergência ambulatorial serviço.	O campo da pesquisa foi um Hospital no sul do Brasil, no setor de Urgência e Emergência, onde avaliaram fichas de notificação e de investigação de incidentes. Com a avaliação desses dados, encontraram incidentes frequentes ocorridos na fase de administração de medicamentos, gerando problemas, o primeiro colocado foi a omissão.
A12	1º Eventos adversos e erros de medicação o mais recorrentes	O método de análise de causa raiz para a investigação de	PENA; MELLEIRO, 2017	2017	Rev enferm UFPE on line	Estudo quantitativo, exploratório e descritivo, com coleta	Identificar os eventos adversos erro de medicação, flebite, queda e lesão por	O estudo realizado em um município no interior de São Paulo, em Hospital de terceiro porte. Identificou



		eventos adversos				retrospectiva dos dados	pressão e analisar suas causas raízes, propondo intervenções	vários eventos adversos, no entanto, o de maior proporção é os erros de medicação. O setor de maior ocorrência desses incidentes é a UTI.
A13	1º Eventos adversos e erros de medicação o mais recorrentes	Assistência segura ao paciente no preparo e administração de medicamentos.	RODRIGUEZ et al., 2017	2017	Rev Gaúcha Enferm	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Avaliar a conformidade da assistência e a adesão dos profissionais de enfermagem para a administração segura de medicamentos em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público de Sergipe, Brasil	Avaliou 557 doses de medicamentos, nas fases de preparo e administração. O setor do estudo foi a UTI de um Hospital de Sergipe. Constatou menor adesão dos profissionais no momento da orientação certa.
A14	1º Eventos adversos e erros de medicação o mais recorrentes	Caracterização de erros na assistência de enfermagem em terapia intensiva	DUARTE et al., 2016	2016	Cogitare Enferm	Estudo transversal e exploratório	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.	A amostra foi composta por 36 profissionais, sendo 13 enfermeiros e 23 auxiliares de enfermagem que trabalham na UTI de um Hospital do estado do Rio de Janeiro. Encontraram um número elevado de erros na assistência desse setor. A principal falha encontrada foi os erros de medicação.
A15	1º Eventos adversos	O retrato dos eventos	COSTA et al., 2016	2016	Cogitare Enferm	Estudo observacional do	Analisar os eventos adversos	O campo da pesquisa foi um Hospital no

	e erros de medicação o mais recorrentes	adversos em uma clínica médica: análise de uma década				tipo descritivo transversal	ocorridos em unidade de clínica médica de um hospital de Goiás.	estado de Goiás, na Unidade de clínica médica. Coletaram dados de registros de enfermagem no período de 10 anos. Encontrou 1360 eventos adversos. Os erros de medicação estavam presentes no segundo lugar dos mais ocorridos.
A16	1º Eventos adversos e erros de medicação o mais recorrentes	Resultados de intervenções educativas sobre segurança do paciente na notificação de erros e eventos adversos	MARINHO et al., 2018	2018	Rev. baiana enferm	Método estudo quantitativo e descritivo	Avaliar os resultados de intervenções educativas sobre segurança do paciente na notificação de erros e eventos adversos.	Avaliou 5 setores de um Hospital Universitário, as notificações de eventos adversos, antes, durante e depois das intervenções educativas. Sendo assim detectou a maior incidência de erros de medicação.
A17	1º Eventos adversos e erros de medicação o mais recorrentes	Interrupções no trabalho da enfermagem em como fator de risco para erros de medicação	SANTANA et al., 2019	2019	Av Enferm	Estudo exploratório, de delineamento transversal e caráter quantitativo	Verificar a associação entre as interrupções e os erros de medicação nas doses preparadas e administradas por profissionais de enfermagem das unidades de internação de clínica médica de dois hospitais públicos	Das falhas verificadas nos dois hospitais de pesquisa, no processo de medicação, evidenciou que ocorre mais nos erros de administração e horário incorreto. O motivo desses incidentes está relacionado pela interrupção do trabalho.

							localizados no Distrito Federal, Brasil.	
A18	2º Medidas implantadas para prevenir os erros de medicação	Erros na terapia medicamentosa e as consequências para a enfermagem	MORRUDO et al., 2019	2019	Rev Fun Care Online	Estudo do tipo descritivo-exploratório, de caráter transversal, com abordagem qualitativa.	Identificar as consequências dos erros na terapia medicamentosa sob a ótica da equipe de enfermagem.	Os profissionais da equipe de enfermagem relatam que não gostam da maneira de abordagem que a coordenadora da instituição utiliza, quando ocorre erros nos serviços da equipe. Causa efeitos negativos, como afastamento, troca de setores, turnos ou até mesmo demissões. O estudo trouxe uma nova perspectiva ao hospital sobre uma cultura de segurança do paciente, direcionada à educação permanente, melhorias no processo de preparo/administração de medicamentos e os erros realizados nesse processo não possuem efeitos negativos e positivos. Por servir de aprendizado.
A19	2º Medidas implantadas para prevenir os erros de medicação	Medicamentos potencialmente perigosos : identificação de riscos e barreiras	REIS et al., 2018	2018	Texto Contexto Enferm	Estudo transversal, tipo inquérito	Investigar o conhecimento dos profissionais de enfermagem e farmacêuticos em relação à	Na amostra avaliou 4 hospitais de uma cidade do interior de São Paulo, o setor de escolha para a investigação foi a UTI. Participaram

		de prevenção de erros em terapia intensiva					identificação de medicamentos potencialmente perigosos, bem como verificar o reconhecimento das barreiras de prevenção de erros nas instituições hospitalares.	Farmacêuticos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem e Auxiliares de enfermagem, totalizando 126 profissionais. As medidas para prevenir falhas relacionadas a Medicamentos Potencialmente Perigosos (MPP), as mais citadas foram Restrição de acesso aos MPP, Identificação de risco na embalagem, Verificação dos certos da terapia medicamentosa e Dupla checagem.
A20	3º Dificuldades encontradas no processo de notificação dos eventos adversos relacionados a medicação	Conhecimento da equipe de enfermagem sobre erros de medicação: estudo survey descritivo	BOHOMOL ; OLIVEIRA, 2018	2018	Enferm. Foco	Estudo survey descritivo	Verificar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre erros de medicação.	Avaliaram 170 funcionários da equipe de enfermagem, em um hospital de segundo porte na cidade de São Paulo. Identificou que 79,5 % da equipe, na maioria das vezes sabem detectar quando ocorre um erro de medicação, no entanto 80,2 % dos profissionais da equipe, relatam que não notificaram o evento por medo de punições, desaforos e retaliações.
A21	3º Dificuldades encontradas	Facilidades e dificuldades dos	MASCARENHAS et al., 2019	2019	Texto & Contexto Enfermagem	Estudo descritivo, exploratório, com	Descrever as facilidades e as	A amostra foi composta por 39 profissionais da saúde e

	no processo de notificação dos eventos adversos relacionados a medicação	profissionais de saúde frente ao processo de notificação de eventos adversos				abordagem qualitativa	dificuldades dos profissionais de saúde em realizar o processo de notificação de eventos adversos no contexto hospitalar.	trabalham no Hospital Cardiovascular de Alta Complexidade no Estado de Santa Catarina. Foram divididas duas categorias na pesquisa, sendo as facilidades de notificação dos eventos adversos e os obstáculos nesse processo. As oportunidades desenvolvidas na primeira categoria destacam a criação do Núcleo de Segurança do paciente, um protocolo de notificação de eventos adversos e o feedback das notificações. Na segunda, evidencia que alguns profissionais não sabiam identificar o que era evento adverso, outros não possuía o conhecimento de como notificar esses incidentes.
A22	3º Dificuldades encontradas no processo de notificação dos eventos adversos relacionados a	Análise da notificação de eventos adversos em hospitais acreditados	FEREZIN et al., 2017	2017	Cogitare Enferm	Estudo descritivo, tipo survey, transversal, com abordagem quantitativa	Analisar a notificação de eventos adversos em hospitais acreditados do interior de São Paulo, sob a perspectiva da equipe de	O estudo foi feito com 61 Enfermeiros e 261 Técnicos de Enfermagem de três hospitais acreditados. Detectou que 126 integrantes tinham conhecimentos em notificar os eventos

	medicação						enfermagem.	adversos. As notificações dos eventos, acarreta em punições, 76 componentes declararam isso.
--	-----------	--	--	--	--	--	-------------	--

Fonte: (ARAÚJO et al., 2020).