

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

Doutorado
PPgEnfBio

PPCENF

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

PESQUISA

Evento adverso versus erro de medicação: percepções da equipe de enfermagem atuante em terapia intensiva

Adverse event versus medication error: perceptions of nursing staff acting in intensive care

Evento adverso frente a erros de medicação: las percepciones del personal de enfermería que actúa en cuidados intensivos

Patrícia Cabral Ferreira¹, Anna Livia de Medeiros Dantas², Késsya Dantas Diniz³, Kátia Regina Barros Ribeiro⁴, Regimar Carla Machado⁵, Francis Solange Vieira Tourinho⁶

ABSTRACT

Objective: To analyze the role of nursing staff in administering medications in the intensive care unit. **Method:** This was a descriptive, exploratory study with a quantitative approach developed with 29 nurses, from June 1 to October 31, 2011. The data were collected through observations and participatory interview. **Results:** The study showed that 48% of professionals did not know to distinguish between medication errors and adverse event, 100% of the staff has limited adverse events only to clinical patient changes, the primary attitude of the nursing staff (42% of nurses and 42% of technicians) in an error is communication. **Conclusion:** The study participants have little knowledge about the concepts of medication errors and adverse events. **Descriptors:** Medication errors, Nursing, Patient safety, Intensive care unit.

RESUMO

Objetivo: Analisar a atuação da equipe de enfermagem na administração de medicamentos em unidade de terapia intensiva. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, exploratório com abordagem quantitativa desenvolvido com 29 profissionais de enfermagem, no período de 1° de junho a 31 de outubro de 2011. Os dados foram coletados através de observação não participativa e entrevista. **Resultados:** O estudo demonstrou que 48% dos profissionais não sabiam distinguir entre erro de medicação e evento adverso; 100% da equipe limitaram os eventos adversos apenas às alterações clínicas do paciente; a principal atitude da equipe de enfermagem (42% dos enfermeiros e 42% dos técnicos), em frente de um erro, é a comunicação. **Conclusão:** Os participantes do estudo apresentaram pouco conhecimento sobre os conceitos de erros de medicação e eventos adversos. **Descritores:** Erros de medicação, Enfermagem, Segurança do paciente, Unidade de terapia intensiva.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el papel del personal de enfermería en la administración de medicamentos en la unidad de cuidados intensivos. **Método:** Se realizó un estudio descriptivo, exploratorio con enfoque cuantitativo desarrollado con 29 enfermeras, de 1 junio a 31 octubre 2011. Los datos fueron recolectados a través de observaciones y entrevistas participativas. **Resultados:** El estudio mostró que el 48% de los profesionales no sabía distinguir entre los errores de medicación y eventos adversos, el 100% del equipo limitó efectos adversos sólo a alteraciones clínicas del paciente, la actitud fundamental del equipo de enfermería (42% de las enfermeras y el 42% de los técnicos) frente a un error, es la comunicación. **Conclusión:** Los participantes en el estudio tienen poco conocimiento acerca de los conceptos de los errores de medicación y los efectos adversos. **Descriptor:** Errores de medicación, Enfermería, Seguridad del paciente, Unidad de cuidados intensivos.

¹ Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (HUOL/UFRN) pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal/RN, Brasil ² Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (HUOL/UFRN). Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal/RN, Brasil ³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); Enfermeira do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) - Natal/RN, Brasil ⁴ Doutoranda em Enfermagem pelo programa de pós-graduação Interinstitucional UFSC/UFRN. Enfermeira da UTI do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL); Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) - Natal/RN, Brasil ⁵ Enfermeira. Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-graduação em Cirurgia Cardiovascular - UNIFESP. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. (UFRN) - Natal/RN, Brasil ⁶ Enfermeira. Doutora em saúde da criança e do adolescente pela Universidade Estadual de Campinas. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. (UFRN) - Natal/RN, Brasil

INTRODUÇÃO

No sistema de saúde, os erros humanos e os consequentes danos causados aos pacientes são relatados desde o surgimento da medicina e têm sido descritos e estudados por mais de um século.¹

A assistência à saúde se caracteriza como uma das atividades mais complexas e dinâmicas realizadas pelos seres humanos. Entretanto, diferente de outras áreas como industrial e aviação, tal desenvolvimento não foi acompanhado de investimentos para desenvolver sistemas de prevenção de erros humanos, a fim de tornar o sistema de saúde seguro.²

Neste sentido, na área da saúde, o erro foi sendo atribuído ao mau profissional, a um problema do indivíduo, a falhas nas suas condutas e/ou no seu conhecimento (incompetência, negligência ou imprudência). Desenvolveu-se, assim, uma cultura de punição aos indivíduos que cometeram erros, sendo a culpa, o medo e a vergonha os sentimentos predominantes entre os profissionais de saúde. Da mesma forma, é preciso entender que os seres humanos possuem um processo cognitivo similar, de modo que erros podem repetir-se e ser cometidos por diferentes indivíduos que realizem a mesma atividade.³

O erro humano pode ser definido como uso não intencional de um plano incorreto para alcançar um objetivo ou a não execução a contento de uma ação corretamente planejada. Por isso, é necessário investigar a fundo as características dos erros humanos incidentes durante a realização de distintas atividades, para criar estratégias e tecnologias capazes de prevenir erros e acidentes.⁴

Contudo a área de administração de medicamentos merece destaque em função do elevado índice de erros. Estima-se que 88% dos pacientes, que procuram atendimento relacionado com a saúde, recebem prescrições de medicamentos, tornando a terapia medicamentosa uma das práticas de intervenções mais utilizadas durante a prestação do cuidado ao paciente.⁵

Estudos realizados ao longo dos últimos anos evidenciam a existência de erros durante esse processo. Cada paciente admitido em um hospital poderá sofrer 1,4 erros na medicação durante sua hospitalização e a cada 1000 prescrições feitas se encontrarão 4,7 erros. Para cada 1000 dias de internação, encontrarão 311 erros e 19 eventos adversos à medicação. Em 5% das prescrições, haverá erros na medicação e 0,9% destes resultarão em um evento adverso à medicação.⁶

Essa estatística pode ser ainda mais alarmante em se tratando de pacientes críticos. A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um setor do hospital destinado ao atendimento de pacientes que necessitem de cuidados complexos e especializados. Em razão de apresentarem pior condição clínica e maior gravidade da doença, os pacientes internados em UTI recebem ao menos duas vezes mais drogas que os pacientes hospitalizados em geral, o que aumenta sua exposição a erros.⁷

Diante deste contexto, o presente trabalho teve por objetivo analisar a atuação da equipe de enfermagem na administração de medicamentos em UTI. Ressalta-se que esta

análise compreendeu os seguintes aspectos: a concepção dos profissionais acerca dos possíveis danos provocados pela administração de medicamentos; a capacidade de distinguir erro de medicação de evento adverso; como eles percebem a ocorrência de um evento adverso; e qual a atitude tomada frente a um erro de medicação.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem quantitativa. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e aprovado sob Protocolo n° 046/2011 e CAAE n° 0239.0.051.000-10.

O estudo foi realizado em duas Unidades de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário, localizado no município de Natal/RN, no período de 1° de junho a 31 de outubro de 2011. O referido hospital faz parte de um complexo hospitalar de uma universidade pública localizada na cidade de Natal/RN, integrado à rede de hospitais-escola do Ministério da Educação, classificado como instituição de alta e média complexidade do SUS.

A amostra foi composta por sete enfermeiros e 22 técnicos de enfermagem, que aceitaram participar da pesquisa e adequavam-se aos critérios de inclusão.

Os critérios de inclusão compreenderam: ser membro da equipe de enfermagem atuante nas UTIs, trabalhar na assistência direta ao paciente internado e aceitar participar da pesquisa, assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todavia, estabeleceram-se como critérios de exclusão os profissionais de enfermagem que trabalhavam eventualmente na UTI, em virtude de impossibilitar a programação da observação; estar de licença maternidade ou de férias no período da coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu em duas etapas distintas. Na primeira, realizou-se uma observação sistemática em dias e horários pré-determinados de acordo com a escala de trabalho. Essa observação foi guiada por um roteiro estruturado, que contemplava o horário do início e do fim da observação, a higienização ou não das mãos, realização ou não da técnica correta de preparo dos medicamentos e comunicação de eventos adversos.

Na segunda etapa, realizou-se uma entrevista mediante um roteiro semi-estruturado, que foi dividido em uma parte de caracterização sócio-demográfica e uma com questões guias sobre o tema. Este foi elaborado pela pesquisadora a partir do embasamento teórico encontrado na literatura científica^(6, 8-11). A pesquisa bibliográfica para embasar este estudo foi realizada nas bases de dados Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e *National Library of Medicine* (PUBMED), por meio dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) “Erros de Medicação”, “Enfermagem”, “Segurança do Paciente” e “Unidade de Terapia Intensiva”.

O referido roteiro de entrevista semiestruturado contemplava as seguintes variáveis: Caracterização Sociodemográfica (sexo; idade; estado civil, categoria profissional, tempo de formação, realização de cursos de capacitação, experiência profissional na UTI, quantidade de vínculos empregatícios e quantidade de horas de trabalho semanal); conhecimento dos

certos da medicação; diferença entre erros de medicação e evento adverso; percepção da ocorrência de eventos adversos e atitude em frente do erro de medicação.

As entrevistas ocorreram, de acordo com a disponibilidade e preferência do entrevistado, e para melhor captação das falas foi utilizado um gravador com a permissão prévia do participante.

A análise dos resultados foi realizada por estatística descritiva, de modo que inicialmente foi construído um banco de dados eletrônicos em Planilha do aplicativo *Microsoft Office Excel* e criadas, posteriormente, tabelas com suas frequências absolutas e relativas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 29 participantes da pesquisa, 82,76% pertenciam ao gênero feminino; 79,74% eram adultos com idade entre 24 e 40 anos; 58,34% eram casados; 31,04% tinham entre 11 e 15 anos de formados; 37,94% possuíam entre 5 e 9 anos de experiência profissional em UTI; 74,42% afirmaram ter mais de um emprego; e 44,82% relataram trabalhar cerca 80 horas por semana.

No tocante à concepção dos profissionais acerca dos possíveis danos associados à prática de administração dos medicamentos, a pesquisa revelou que 100% dos entrevistados acreditavam que os medicamentos podem provocar agravos aos pacientes, inclusive letais. Entretanto, 75,87% afirmaram que o agravo ocorre mediante um erro de administração.

No que se refere à diferença entre erro de medicação e evento adverso, perguntou-se aos pesquisados se acreditavam que esses dois conceitos são equivalentes. Portanto, classificaram-se as respostas da seguinte forma: 1) Sim, para os que acharam que erro de medicação é o mesmo que evento adverso; 2) Não, mas não soube diferenciar, corresponde aos pesquisados que afirmaram que há diferença, mas não souberam descrevê-la; e 3) Não e diferenciou adequadamente, compreende os que verbalizaram adequadamente a diferença entre os conceitos (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição da equipe de enfermagem atuante nas UTIs quanto ao conhecimento sobre erro de medicação e evento adverso. Natal-RN, 2011.

Acredita que erro de medicação é o mesmo que evento adverso	F	%
<i>Sim</i>	5	17,24
<i>Não, mas não soube diferenciar</i>	9	31,04
<i>Não e diferenciou adequadamente</i>	15	51,72
Total	29	100

Observa-se na Tabela 1 que 17,24% dos entrevistados relataram que ambos os conceitos são equivalentes e 82,76% acreditavam que há diferenças entre erro de medicação

e evento adverso. Entretanto, destes últimos, uma parcela considerável (31%) não conseguiu distingui-los.

Sobre a temática ocorrência de eventos adversos, questionou-se os participantes do estudo na percepção deste item na sua prática diária. Por se tratar de uma questão aberta, um participante pode ter citado mais de um evento, de modo que todos foram contabilizados em um total de 45. A categoria alterações cutâneas compreendem as citações sobre *rash* cutâneo, petéquias, erupções na pele e vermelhidão; a alteração dos sinais vitais é referente a mudanças na pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura; a categoria outros inclui sudorese, desconforto do paciente e alteração do nível de consciência; e por fim, aquele em que o próprio paciente relata (Figura 1).

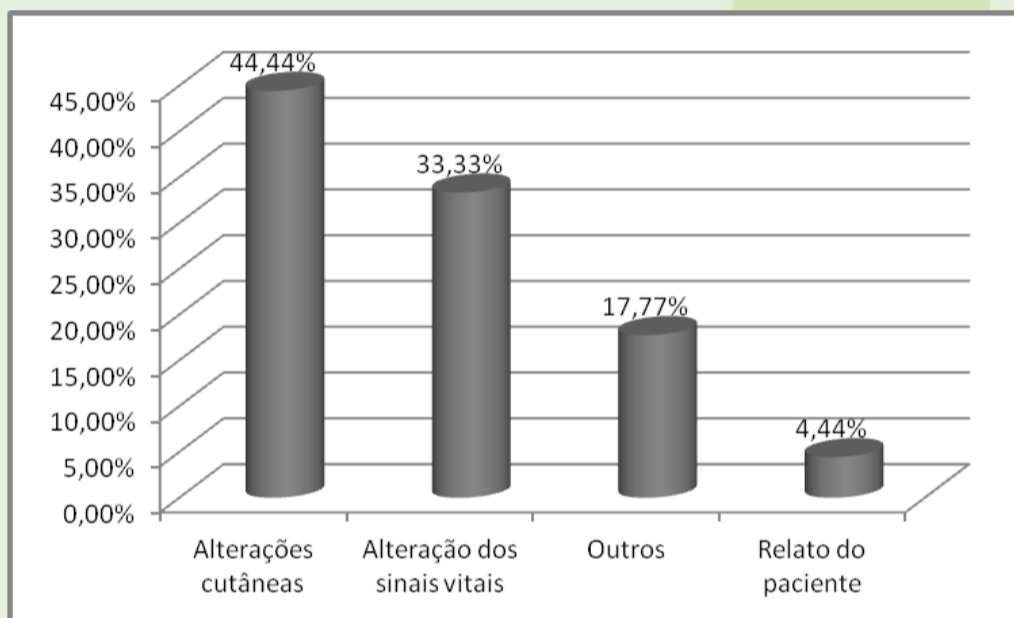


Figura 1 - Distribuição dos eventos adversos citados pela equipe de enfermagem atuante nas UTIs. Natal-RN, 2011.

Questionou-se ainda os entrevistados em qual seria sua atitude frente a um erro de medicação. Observa-se na Figura 2 que a maioria dos enfermeiros (42,86%) comunicaria imediatamente ao médico, seguida pelos que intensificariam os cuidados ao paciente (28,57%) e os que chamariam o técnico de enfermagem para conversar (28, 57%).

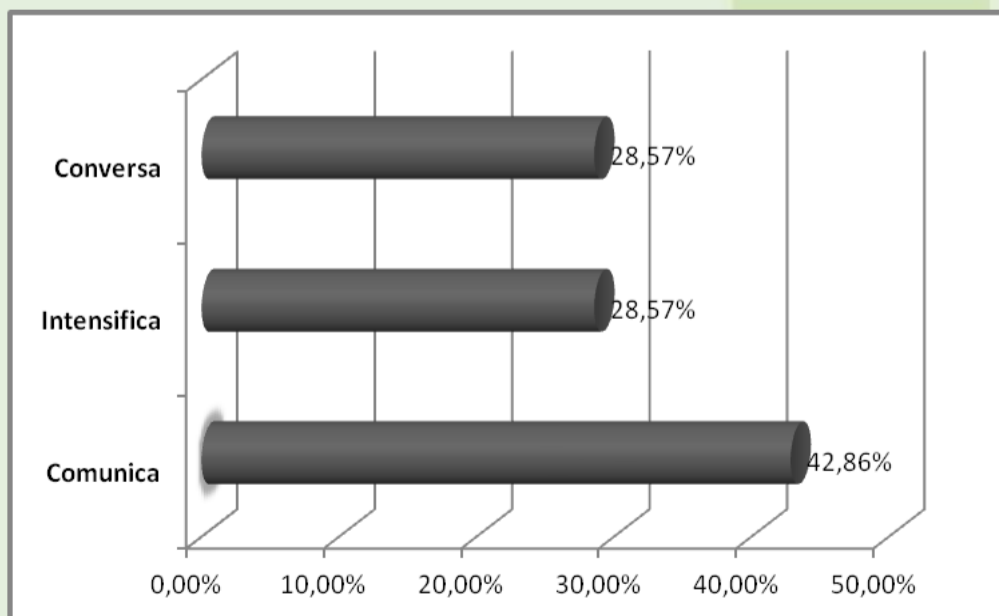


Figura 2 - Conduta dos enfermeiros atuantes nas UTIs frente a ocorrência de um erro de medicação. Natal - RN,2011.

Ao fazer o mesmo questionamento para aos profissionais da equipe de técnicos de enfermagem, a primeira atitude também foi comunicar, seja ao enfermeiro ou ao médico. Entretanto, uma pequena parcela referiu sentimentos que representavam instabilidade emocional. Os resultados encontrados estão dispostos na Figura 3.

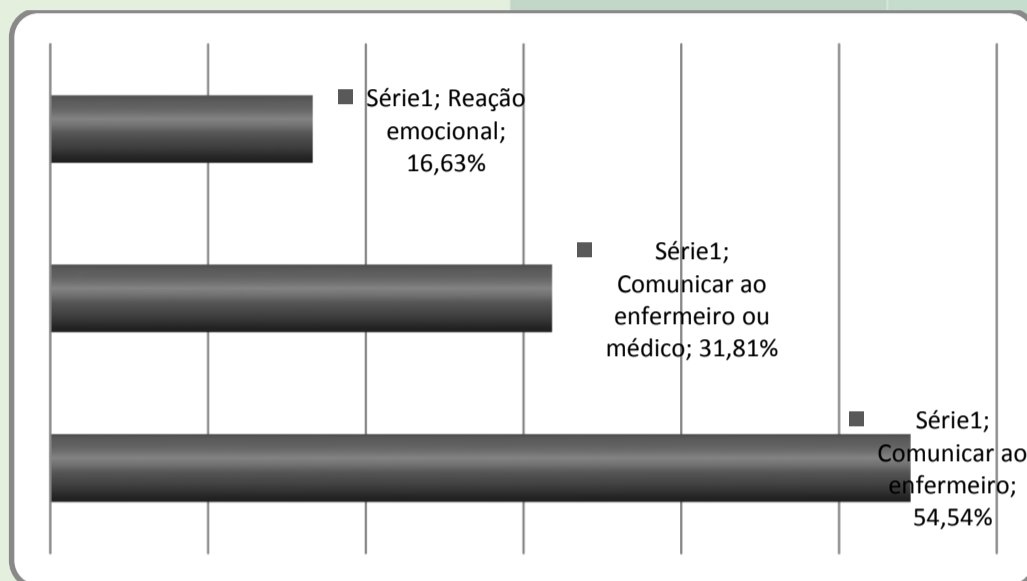


Figura 3 - Conduta dos técnicos de enfermagem atuantes nas UTIs frente a ocorrência de um erro de medicação. Natal - RN, 2011.

A prática de administração de medicamentos é complexa e está sujeita à ocorrência de erros em qualquer uma de suas etapas. O conhecimento do conceito de erro de medicação pela equipe de enfermagem favorece a detecção, assim como a elaboração e implementação de medidas preventivas.¹²

O estudo revelou que há uma percepção errônea da maior parte da equipe de enfermagem sobre a relação entre administração de medicamentos e ocorrência de danos ao paciente, uma vez que os danos podem ocorrer mesmo quando se administra um medicamento em doses corretas para profilaxia ou tratamento, sendo considerado um evento adverso inevitável. Dessa forma, o dano pode estar ou não associado a um erro de medicação.¹³

Durante o internamento hospitalar, em que os pacientes são submetidos a um grande número de intervenções, a ocorrência de erros é uma possibilidade real. No tocante ao tratamento medicamentoso, utilizado em cerca de 88% dos pacientes que procuram um serviço de saúde, tem-se um destaque maior. O Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América divulgou, em 2002, que cerca de 7.000 norte-americanos morriam anualmente por erros de medicamentos, de forma que as pessoas morriam mais por esta causa quando comparados aos acidentes automobilísticos.¹⁴

Para uniformizar as discussões sobre erro de medicação nos serviços de saúde, o *National Coordinating for Medication Error Reporting and Prevention* - NCC MERP (1998, p. 1), corporação norte-americana para promover uso seguro de medicamentos e implementar estratégias de prevenção, o definiu como “evento evitável que pode causar ou induzir ao uso inadequado do medicamento ou prejudicar o paciente, enquanto o medicamento está sob controle de um profissional, do paciente ou do consumidor”.¹⁵

Neste sentido, erro de medicação pode causar ou não danos ao paciente. Em caso positivo, têm-se um evento adverso, definido como prejuízo sofrido durante o atendimento à

saúde, ocasionando doenças secundárias ou piora no quadro clínico do paciente. Já uma resposta nociva, inesperada e indesejada relacionada com a administração de um medicamento em doses normalmente utilizadas para profilaxia, diagnóstico e tratamento, é considerada evento adverso inevitável do medicamento, diferenciando-se de erro.¹⁶

O presente estudo revelou que 17,24% dos entrevistados afirmaram que erro de medicação é equivalente a evento adverso e 82,76% acreditavam que há diferenças entre eles. Entretanto, destes últimos, uma parcela considerável (31%) não conseguiu distingui-los corretamente.

Diante dos dados empíricos, observa-se que os participantes do estudo apresentam pouco conhecimento sobre os conceitos de erros de medicação e eventos adversos, o que pode aumentar o risco de uma prática insegura, decorrente da não percepção do possível erro, o que, conseqüentemente, pode retardar o desenvolvimento de ferramentas que promovam o repensar da prática para qualidade na administração de medicamentos.

A categorização dos tipos de erros de medicação, aceita internacionalmente, proposta pela *American Society of Health System Pharmacists* (ASHP) em 1993, classifica-os em: de prescrição; de omissão; de horário; de administração de medicamento não autorizado; de dose; de apresentação; de preparo; de administração; por uso de medicamentos deteriorados; de monitoração; em razão de adesão do paciente; e outros.¹⁷

A definição de conceitos e a uniformização da linguagem entre os profissionais constituem ferramentas essenciais dentro das instituições no tocante ao controle dos erros de forma sistemática e consistente. O conhecimento dos conceitos de erro de medicação e evento adverso pela equipe que realiza a terapia medicamentosa contribui para sua percepção, assim como para a criação e implementação de medidas protetoras. Portanto, para identificar um erro de medicação os profissionais devem conhecer os vários tipos de eventos para ter subsídios na hora de realizar as notificações e desenvolver, assim, uma prática segura.¹⁰

O estudo demonstrou que a equipe de enfermagem limitou os eventos adversos apenas às alterações na clínica do paciente, mostrando uma deficiência de conhecimento sobre o assunto. Isso porque, como já mencionado anteriormente, os eventos adversos relacionados com a medicação compreendem os erros que provoquem danos em qualquer etapa da medicação. Por exemplo, se um paciente com infecção deixa de receber uma dose da antibioticoterapia pode não ter piora clínica, porém caracteriza evento adverso relacionado com um erro de omissão de dose. Esse lapso pode levar a uma resistência do microorganismo ao antibiótico em uso.

Durante as observações, percebeu-se que os poucos relatos de eventos adversos, dos técnicos de enfermagem aos enfermeiros ou médicos, foram sobre alterações cutâneas, o que reforça as informações apresentadas nas entrevistas.

No que diz respeito à atitude dos enfermeiros em frente de um erro de medicação, a pesquisa mostrou que a maioria comunicaria prontamente ao médico, seguida por aqueles que intensificam os cuidados ao paciente. Estes dados corroboram um estudo¹¹ sobre a conduta e sentimentos dos enfermeiros diante de eventos adversos com medicação, o qual mostrou que a maioria dos profissionais (69,8%) inicialmente comunicava ao médico, seguida por aqueles que intensificam os cuidados (55,1%).

Quanto à atitude dos técnicos de enfermagem, o estudo demonstra que a maior parte dos sujeitos comunicaria o fato ao enfermeiro ou ao médico. A literatura relata que a comunicação do evento ao médico, como conduta prioritária, parece adequada e esperada, uma vez que situações dessa natureza podem exigir procedimentos médicos específicos, como a prescrição de outras drogas, solicitação de exames laboratoriais e avaliação clínica mais criteriosa.¹⁸

As reações emocionais, evidenciadas pelas falas dos entrevistados, corresponderam a 16,63%. Esse valor significativo pode ser reflexo da cultura de punição ainda vigente nos nossos serviços de saúde. Tradicionalmente, quando os erros ocorrem, a primeira pergunta que surge é “quem fez isso?”, na tentativa de encontrar um culpado e solicitar compensações e retratações, procurando assegurar-se de que a falha não ocorrerá novamente.¹⁹

É preciso compreender que erros humanos podem repetir-se em uma mesma atividade realizada por diferentes indivíduos, uma vez que estes possuem processo cognitivo semelhante. Dessa forma, achar culpados bloqueia a implementação de medidas eficazes na prevenção de erros que outras pessoas podem vir a cometer em situações semelhantes.²⁰

Essa perspectiva também é válida para os erros de medicação, pois eles se ocorrem em consequência de uma cadeia de eventos que sucedem em um sistema mal-elaborado. Não é possível atribuir a ocorrência de um erro apenas à atitude equivocada do indivíduo, é preciso levar em consideração as diversas causas relacionadas, tais como: falta de conhecimento sobre os medicamentos, falta de informação sobre os pacientes, violação de regras, deslizes e lapsos de memória, erros de transcrição, falhas na interação com outros serviços, falhas na conferência das doses, problemas relacionados com os dispositivos de infusão de medicamentos, inadequado monitoramento do paciente, problemas no armazenamento e dispensação, erros de preparo e falta de padronização dos medicamentos.²¹

Dessa forma, é preciso identificar em cada realidade os fatores determinantes e contribuintes para a ocorrência de erros de medicação com intuito de criar estratégias a fim de reduzi-los, tornando a assistência cada vez mais segura aos pacientes.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento deste estudo possibilita afirmar que existe uma deficiência de percepção e conhecimento, por parte dos profissionais da enfermagem, acerca dos conceitos de erro de medicação e evento adverso. Isso pode permitir o desenvolvimento de práticas inseguras para os pacientes, assim como impedir a criação de ferramentas que previnam os erros relacionados com a administração de medicamentos e promovam a qualidade dessa prática no serviço.

Para que práticas de segurança sejam discutidas e implementadas, é necessário que os diretores das organizações desenvolvam uma cultura de segurança voltada para o paciente e organizem uma equipe multidisciplinar que lidere as discussões, buscando analisar e avaliar cada processo existente, em busca de melhorias.

REFERÊNCIAS

1. Vincent C. Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2009.
2. Cecchetto FH, Fachinelli TS, Souza EN. Iatrogenic or adverse event: perception of nursing staff. *J Nurs UFPE on line* [periódico on line]. 2010; [citado 10 out 2012];4(3). Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/985>
3. Neto AQ. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. *Revist Adm Saúde* [periódico on line] 2006; [citado 6 out 2012]; 8(7):153-8. Disponível em: http://www.cqh.org.br/files/RAS33_seguranca.pdf
4. Pedreira MLG. Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente. *Acta Paul Enferm* 2009;22(Especial - 70 Anos):880-1.
5. Cassiani SHB. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. *Rev Bras Enferm.* 2005 jan-fev; 58(1):95-9.
6. Miaso AI, Silva AEBC, Cassiani SHB, Grou CR, Oliveira RC, Fakh FT. O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2006 maio-jun;14(3):354-63.
7. Hinrichsen SL, Vilella TAS, Lira MCC, Moura LCRV. Monitoramento do uso de medicamentos prescritos em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Rev enferm UERJ.* 2009 abr/jun; 17(2):159-64.
8. Silva AEBC, Cassiani SHB. Erros de medicação em hospital universitário: tipo, causas, sugestões e providências. *Rev Bras Enferm.* 2004 nov/dez;57(6):671-4.
9. Santos JO, Silva AEBC, Munari DB, Miaso AI. Sentimentos de profissionais de enfermagem após a ocorrência de erros de medicação. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(4):483-8.
10. Toffoletto MC, Padilha KG. Consequências de erros de medicação em unidades de terapia intensiva e semi-intensiva. *Rev Esc Enferm USP* 2006;40(2): 247-52.
11. Santos AE, Padilha KG. Eventos adversos com medicação em Serviços de Emergência: condutas profissionais e sentimentos vivenciados por enfermeiros *Rev Bras Enferm.* 2005 jul-ago; 58(4):429-33.
12. Oliveira RS, Santos VC, Peixoto GSM, Brandão SMC, Nascimento RMS. Minimizando erros na administração de medicamentos. *R pesq cuid fundam.* [periódico on line]; 2010 out/dez [citado 16 abr 2013];2(Ed. Supl.):328-30. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1001/pdf_143
13. Belela ASC, Peterlini MAS, Pedreira MLG. Revelação da ocorrência de erro de medicação em unidade de cuidados intensivos pediátricos. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2010; 22(3):257-63.
14. Institute of Medicine. *To err is human: building a safer health system.* Washington, DC: National Academy Press, 1999.
15. National Coordinating for Medication Error Reporting and Prevention. What is a medication error? [periódico on line]. 1998. [citado 19 nov 2011]. Disponível em: <http://www.nccmerp.org/aboutMedErrors.html>

16. Aizenstein ML, Tomassi MH. Problemas relacionados a medicamentos; reações adversas a medicamentos e erros de medicação: a necessidade de uma padronização nas definições e classificações. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.* 2011;32(2):169-73.
17. American Society of Hospital Pharmacists. ASHP guidelines on preventing medication errors in hospitals. *Am J Hosp Pharm.* 1993;50(2):305-14.
18. Padilha KG, Kitahara PH, Gonçalves CCS, Sanches ALC. Ocorrências iatrogênicas com medicação em Unidades de Terapia Intensiva: condutas adotadas e sentimentos expressos pelos enfermeiros. *Rev Esc Enferm USP* 2002; 36 (1): 50-7.
19. Miranda DB, Matão MEL, Campos PHF, Vieira HCM, Silva LJ. Errors in preparation and administration of medicines: social representations of the nursing team. *J Nurs UFPE on line [periódico on line];* 2011 [citado 6 out 2012];5(3). Disponível em:<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1495>
20. Leape LL. Scope of Problem and History of Patient Safety. *Obstet Gynecol Clin N Am.* 2008. 35(1):1-10.
21. Anacleto TA, Rosa MB, Neiva HM, Martins MAP. Farmácia hospitalar: erros de medicação. *Pharfamia Brasileira [periódico on line];* 2012 [citado 28 nov 2011]. Disponível em: http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/124/encarte_farmaciahospitalar.pdf

Recebido em: 21/06/2013
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 06/01/2014
Publicado em: 01/06/2014

Endereço de contato dos autores:
Patrícia Cabral Ferreira
Rua Suboficial Farias, nº 420, Monte Castelo, Parnamirim, RN, Brasil,
59146-200. Email: titiciacf@yahoo.com.br