

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ELIZABETH ROSARIO PEREZ DELGADO

**RECONSTRUINDO A CULTURA DE SEGURANÇA PARA O USO E
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NUM SETOR DE OBSERVAÇÃO DE
EMERGENCIA CLÍNICA**

Preparando a equipe para o Programa de Segurança do Paciente

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ELIZABETH ROSARIO PEREZ DELGADO

**RECONSTRUINDO A CULTURA DE SEGURANÇA PARA O USO E
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NUM SETOR DE OBSERVAÇÃO DE
EMERGENCIA CLÍNICA**

Preparando a equipe para o Programa de Segurança do Paciente

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

Prof. Orientador: Diego Oliveira Miranda

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **RECONSTRUINDO A CULTURA DE SEGURANÇA PARA O USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NUM SETOR DE EMERGENCIA CLÍNICA Preparando a equipe para o Programa de Segurança do Paciente** de autoria da aluna ELIZABETH ROSARIO PEREZ DELGADO foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência.

Prof. Dr. Diego Oliveira Miranda
Orientador da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus principalmente por me proporcionar a alegria de viver, por facilitar-me os meios para continuar me especializando na Profissão que com amor e respeito abracei e que a Ele dediquei.

Ao Meu pai que partiu e esta na presença do Todo-Poderoso, dedico o presente documento por apoiar-me permanentemente com o seu espírito encorajador, contribuindo de forma incondicional para alcançar minhas metas quem me ensinou com o seu exemplo de perseverar e dar-me a força que me estimulou a consegui-las.

A minha mãezinha linda e irmãos que me acompanharam de longe, por meus caminhos, dando-me o seu amor, conselhos e orientações que me estimulam a ter a força necessária para continuar. Há muitas pessoas especiais que eu gostaria de agradecer por sua amizade, apoio, incentivo e companhia em diferentes fases da minha vida. Não importa onde você está ou se você nunca conseguirá ler esta dedicatória, assim mesmo, quero lhe agradecer por fazer parte da minha historia, por tudo o que me ofereceram, principalmente pelo seu amor.

“Quando nos colocamos na perspectiva do cuidar, o desafio que é lançado aos formadores não é o de esculpir cérebros bem moldados, mas o de contribuir para a plasticidade destes cérebros, para a sua permeabilidade, a fim de lhes permitir uma abertura constante às “coisas da vida”, à singularidade dos outros.

Hesbeen, 2000

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	05
3 MÉTODO.....	09
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	10
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	11
REFERÊNCIAS.....	12

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Incidência de eventos adversos ocorridos em hospitais.....	06
---	-----------

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Profissionais de Enfermagem do Setor Observação de Emergência Clínica	04
Quadro 2. Comunicação Assertiva	08

RESUMO

No Brasil, a ocorrência de eventos adversos em hospitais é de 7,6%. Desses, 66% são evitáveis. Com estes dados, o Brasil lidera a proporção de eventos evitáveis numa lista com outros seis países. Vários autores afirmam que os enfermeiros são responsáveis por mais efeitos adversos evitáveis do que qualquer outro profissional de saúde, por representarem uma percentagem significativa dos recursos humanos da saúde e por passarem uma grande parte seu do tempo com os pacientes. Muito embora saibamos que o Enfermeiro possa não ter influência para melhorar a Equipe em todo o Hospital, deve ter o cuidado na tomada de decisões relacionadas ao pessoal em sua Unidade, monitorando as ações relacionadas à prestação de assistência aos pacientes, evitando a sobrecarga de trabalho, pois muitas vezes os turnos prolongados têm sido associados a um aumento nos erros. Recorrendo a uma análise e revisão bibliográfica sobre o tema abordado, foi possível perceber que a comunicação assertiva é a chave para a manutenção de operações seguras, melhorando, com isso, a assistência ao paciente.

1 INTRODUÇÃO

Com a criação da Resolução - RDC N° 36, de 25 de julho de 2013 foi instituída ações para a segurança do paciente, onde a direção do serviço de saúde deverá constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, num prazo de 120 dias.

No Brasil, pesquisa bibliográfica realizada na base de dados PubMed em 10 de abril de 2013, utilizando os termos “*medication errors*” e “*Brazil*” encontrou 74 artigos publicados entre 1978 a 2012, sendo 66 deles em instituições hospitalares e 08 em estabelecimentos de saúde não hospitalares. Esses dados revelam a necessidade de maior estímulo à pesquisa e publicação nacional nesse importante campo de investigação como forma de conhecer a situação da segurança do uso de medicamentos (BRASIL, 2013).

A dimensão dos erros relacionados à administração de medicamentos foi apresentada num estudo realizado em 2006 em quatro hospitais brasileiros, observou-se que 1,7% dos medicamentos administrados eram diferentes dos medicamentos prescritos; 4,8% das doses administradas diferiam das prescritas; 1,5% dos medicamentos foram administrados em vias diferentes das prescritas; 0,3% dos pacientes receberam medicamentos não autorizados ou não prescritos; quase 2,2% dos medicamentos eram administrados uma hora antes do previsto e 7,4% mais de uma hora depois do prescrito (MIASSO et al., 2006).

Muito embora saibamos que o enfermeiro possa não ter influência para melhorar a equipe em todo o hospital, deve ter o cuidado na tomada de decisões relacionadas ao pessoal em sua Unidade, monitorando as ações relacionadas à prestação de assistência aos pacientes, evitando a sobrecarga de trabalho, pois muitas vezes os turnos prolongados e acima de 12 horas têm sido associados a um aumento nos erros. E esta falha da equipe de Enfermagem muitas vezes está relacionada a um erro no próprio sistema organizacional local, talvez por quantidade insuficiente de pessoal, ou até mesmo devido à falta de treinamento e monitoramento permanente da equipe.

Uma das formas de transformar o ambiente de trabalho construindo uma cultura de segurança para o uso e administração de medicamentos seria a de que os Enfermeiros pudessem atuar de forma diligente, concentrando esforços para que ocorram mudanças de comportamentos em sua equipe e que eles possam divulgar o pensamento de que a segurança do paciente é responsabilidade de todos, encorajando uma comunicação aberta entre os Gerentes, a equipe e os pacientes em relação às preocupações com a segurança para o uso e administração de medicamentos.

A incorporação de princípios para reduzir erros humanos minimizando os lapsos de memória, promovendo acesso a informações sobre os medicamentos e desenvolvendo padrões internos de treinamento reduz a probabilidade de falhas e aumenta a chance de interceptá-las antes de resultar em prejuízo ao paciente. Nesse sentido, devem-se incluir estratégias como a padronização de processos, o uso de recursos de tecnologia da informação, educação permanente e, principalmente, o acompanhamento das práticas profissionais em todas as etapas do processo que envolve o medicamento (FERRACINI, 2005).

Antes, o hospital se apresentava como um espaço de intervenção pontual na saúde das pessoas, não tendo vínculo com os demais níveis de atenção. Atualmente, as instituições hospitalares estão utilizando novas ferramentas como forma de contribuir para que o processo de humanização ocorra.

E visto num contexto mais abrangente, entendemos que a integralidade do cuidado é um dos princípios fundamentais do SUS e que garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde. A integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não num recorte de ações ou enfermidades (BRASIL, 2009)

De uma maneira geral, o protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos deve ser aplicado em todos os estabelecimentos que prestam cuidados à saúde, em

todos os níveis de complexidade, em que medicamentos sejam utilizados para profilaxia, exames diagnósticos, tratamento e medidas paliativas.

OBJETIVO GERAL

Reconstruir a cultura de segurança para o uso e administração de medicamentos num Setor de Observação de Emergência Clínica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Contribuir com a produção, sistematização e difusão dos conhecimentos pela equipe multiprofissional no Setor de Observação de Emergência Clínica na construção da cultura do Programa de Segurança do Paciente;
- Reduzir a um mínimo aceitável o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, priorizando a segurança do paciente.

DIAGNOSTICO DA REALIDADE

O Estado do Acre possui um Hospital de Urgência e Emergência localizado na capital, Rio Branco, que dispõe de um Setor de Observação de Emergência Clínica onde existem 22 leitos dispostos em macas e 01 isolamento respiratório, e diariamente são atendidos cerca de 80 pacientes para observação e avaliação clínica das mais diversas áreas de saúde, desde a Infectologia e Ortopedia, até casos onde necessitem intervenções cirúrgicas por parte da Neurocirurgia, Cirurgia Geral, Cardíaca ou Torácica.

Este serviço conta com um Pronto-Socorro que também atende a demanda dos 22 municípios do Estado, inclusive a população dos municípios fronteiriços entre os Estados do Amazonas e Rondônia e a tripla fronteira entre Brasil, Bolívia e Perú, aumentando consideravelmente o serviço realizado.

O setor de Observação da Emergência Clínica assume atividades de média e alta complexidade, uma vez que abrangendo todas as especialidades clínicas (devido ao fato desta ser considerada a porta de entrada para as demais instituições hospitalares), pois nenhum paciente é admitido em outro Hospital sem antes ser avaliado pela equipe médica de acordo com sua especialidade.

Diariamente, são atendidos cerca de 60 a 80 pacientes. Destes, aproximadamente 10 % são transferidos diariamente para um Hospital Terciário, que dispõe de Enfermarias com até 44 leitos (tanto clínicos como cirúrgicos) e também um Hospital filantrópico, mas que admite apenas pacientes clínicos, contudo estáveis. Nos casos mais graves, em que se necessite vaga em UTI, a rede estadual conta com 42 leitos, sendo que 34 se encontram na capital e 08 num Hospital Regional em outro município do Estado.

O Setor de Observação da Emergência Clínica dispõe em sua equipe de Enfermagem de um Enfermeiro que trabalha em turnos de 12 horas e revezam-se entre a parte burocrática e a assistencialista, e conta apenas com seis Técnicos de Enfermagem para atenderem a demanda diária de 13 pacientes. Em relação à equipe médica, existem três médicos que passam a visita diária (pela manhã e a tarde); algumas vezes os Residentes de Medicina encontram-se no setor, ajudando na prescrição dos pacientes.

Quadro 1 – Profissionais de Enfermagem do Setor Observação de Emergência Clínica

Enfermeiros	Técnicos de Enfermagem	Auxiliares de Enfermagem	TOTAL
06	33	06	45

FONTE: GENF, 2013

A crescente demanda por leitos de internação para atender a pacientes em diferentes condições clínicas, evidenciada pela constante superlotação do Serviço de Emergência e a constante tensão em que estão expostos os profissionais de enfermagem são fatores que corroboram para que ocorram erros não intencionais, decorrentes a fatores externos tais como: falta de leitos em quantidade suficiente, quantidade de medicação a ser administrada, ausência de equipamentos e a

expressiva carga horária realizada pela maioria dos profissionais de Enfermagem, muitas das vezes chegando a realizar até 60 horas de trabalho num período de três dias seguidos.

Em 2011, o Governo Estadual inaugurou duas Unidades de Pronto-Atendimento (UPA'S), uma localizada na saída da cidade – UPA 2º Distrito (localizada na BR 364 sentido Porto Velho) e outra no extremo da cidade, também na BR 364, no sentido Cruzeiro do Sul (UPA-Tucumã). Apenas a UPA 2º - Distrito funciona em plantão de 24 horas e nos casos de transfusão de hemoderivados ou reavaliação cirúrgica, os pacientes são encaminhados para o HUERB e permanecem na Observação Clínica até concluírem seu tratamento ou realizarem cirurgia. Os pacientes que necessitam continuidade de tratamento e que estejam na UPA-Tucumã, são transferidos para o HUERB, uma vez que esta só funciona até às 22 horas.

Sabe-se que a superlotação dos serviços de urgência é uma situação problemática dentro do sistema de saúde brasileiro e decorre, entre outros fatores, da falta de articulação da rede de saúde, constituindo-se o serviço de Emergência como porta de entrada ou de acesso a esse sistema. Somam-se a isso as características do modelo assistencial do HUERB. Sabe-se também que em torno de 70% dos pacientes atendidos neste serviço são provenientes do ambulatório e os demais, de uma proporção de usuários admitidos para investigação que deveriam estarem sendo atendidos no Hospital Terciário também existente na capital.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Durante muitos anos, o hospital se apresentou como um espaço de intervenção pontual na saúde das pessoas, sem vínculo com os demais níveis de atenção. Nos tempos atuais, as instituições hospitalares necessitam utilizar novas ferramentas, como as denominadas “tecnologias leves”, que contribuem para os processos de humanização. Essas instituições se encontram hoje inseridas em uma rede de cuidados, que possui o sujeito como centro de suas ações. Marin (2002) também relata que o hospital tem passado por algumas mudanças e novas propostas, por exemplo, ações voltadas para o incentivo à desospitalização (COSTA, J.M et al, 2010).

A *qualidade e segurança* têm sido reconhecidos como fatores chave na criação de sistemas de saúde acessíveis, efetivos e eficazes. A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que um

serviço de saúde de qualidade é aquele que “organiza os recursos eficazmente de forma a ir ao encontro das necessidades de saúde dos que mais precisam de cuidados preventivos e curativos, de forma segura e sem desperdício”. Esta definição abrange as três perspectivas de qualidade: qualidade do doente (o que os doentes desejam e experienciam); qualidade profissional (o que os doentes necessitam e a aplicação das melhores práticas) e gestão da qualidade (eficazmente e através da elaboração de normas e regulamentos). (MANSOA, 2010).

No Brasil, a ocorrência de eventos adversos em hospitais é de 7,6%. Desses, 66% são evitáveis. Com estes dados, o Brasil lidera a proporção de eventos evitáveis numa lista com outros seis países, (tabela 1):

Tabela 1. Incidência de eventos adversos ocorridos nos hospitais dos países.

País	Incidência (%)	Evitáveis (%)
Brasil	7,6	66,7
Nova Zelândia	11,3	61,6
Austrália	16,6	50
Dinamarca	9	40,4
França	14,5	27,6
Espanha	14,5	42,8
Canadá	7,5	37

Fonte: Fiocruz – Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência dos eventos adversos em hospitais, Mendes, W. et al. Ver. Bras. Epidemiol 2005; (8) : 393-406.

Importante ressaltar que erros na prática assistencial dos profissionais *NÃO* são intencionais, mas sim decorrentes de uma série de falhas na forma como é prestada a assistência. Ou seja, não se devem julgar os indivíduos envolvidos nos erros; deve-se julgar o processo assistencial (CAVALCANTE, 2013).

Segundo estudos da Associação Americana de Hospitais e outro conduzido por David Philips, ambos demonstrados pelo o IOM em seu relatório *To Err is Human*, 1999, anualmente, de 44.000 a 98.000 pessoas morrem devido a erros médicos e cerca de 7.000 unicamente por erros de medicação, dentro ou fora de hospitais. Levantou-se ainda que 2% das admissões de um hospital

eram sujeitas a eventos adversos a medicamentos preveníveis, elevando o tempo de internação em 4,6 dias com um custo adicional de 4.700 dólares por admissão (KONH, 1999).

A qualidade do cuidado em saúde é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como *“o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual”*.

Diante da possibilidade de prevenção dos erros de medicação e do risco de dano em função da sua ocorrência, torna-se relevante identificar a natureza e determinantes dos erros, como forma de dirigir ações para a prevenção. As falhas no processo de utilização de medicamentos são consideradas importantes fatores contribuintes para a redução da segurança do paciente, (WHO et al, 2006).

E no caso da existência de um erro relacionado à administração de medicamentos, ocorre a perda de confiança no profissional de saúde e conseqüentemente no sistema por parte dos cidadãos e com isso, gerando um desconforto físico e psicológico sentido pelo doente que viveu esta experiência. O erro representa ainda, em si mesmo, um custo de oportunidade, uma vez que o investimento feito em meios de diagnóstico e tratamento como consequência de efeitos adversos evitáveis representa uma diminuição de verbas disponíveis para outras áreas.

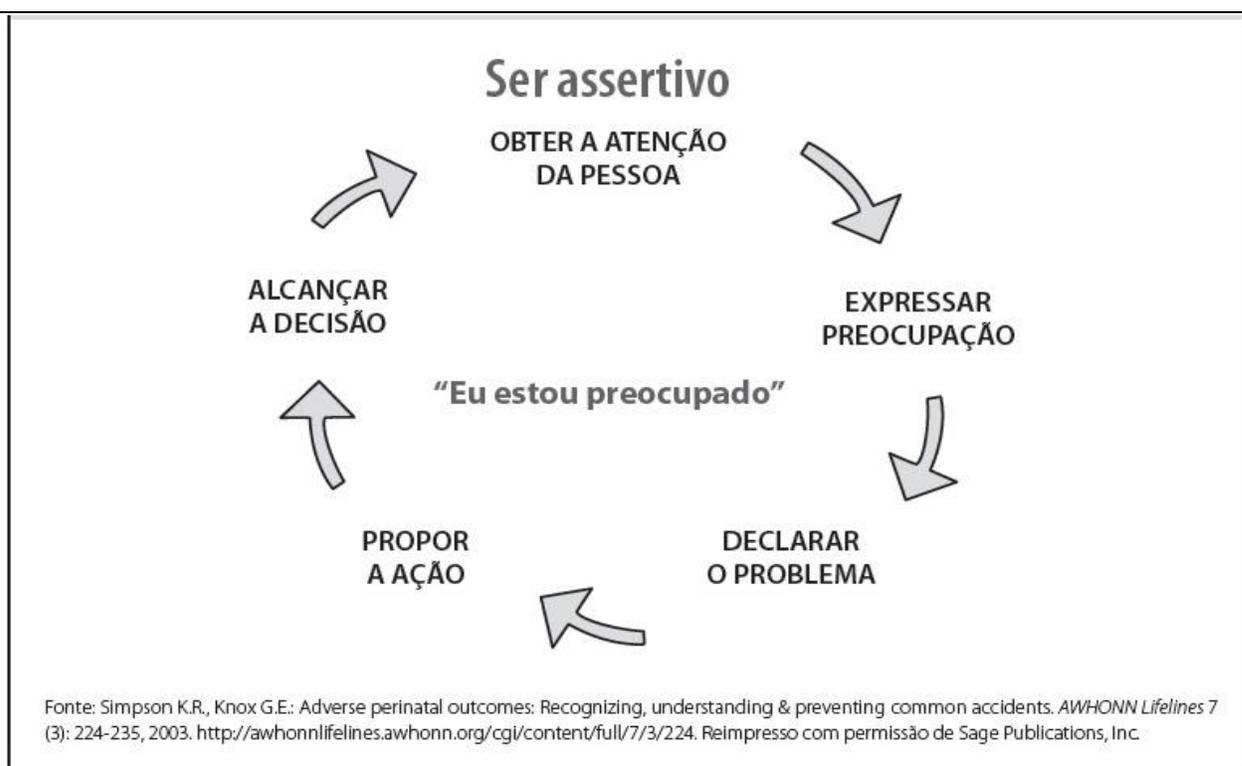
Por conseguinte, a falta de comunicação eficaz entre os próprios membros da equipe, com os pacientes e seus familiares podem resultar em falhas do atendimento prestado ou problemas nos procedimentos realizados, por exemplo, nas prescrições mal interpretadas, doses erradas ou a falta de medicação e a interrupção na continuidade do atendimento de um setor para o outro.

Nesse interim, sabemos que os pacientes têm o direito fundamental a um atendimento que preserve sua dignidade e respeite seus valores culturais, psicossociais e espirituais e a maneira com que a equipe de enfermagem trata os pacientes terá um impacto significativo sobre a experiência do paciente e sua resposta ao tratamento.

Para tanto, faz-se necessária uma reciclagem e capacitação bem planejadas garantem que os membros da equipe obtenham o conhecimento e adquiram habilidades para desempenhar as

responsabilidades que lhes forem atribuídas. Também é essencial que a equipe, os pacientes e os membros da família se comuniquem de forma clara e eficaz, com um único objetivo, que é o restabelecimento da saúde do paciente. De uma maneira geral, percebemos que a comunicação assertiva é a chave para a manutenção de operações seguras, uma vez que são esperados que os profissionais fossem ouvidos e que exponham suas próprias ideias e opiniões, sendo encorajados a atuarem de forma assertiva durante o diálogo.

Quadro 2 – Comunicação assertiva



A equipe de enfermagem tem seguido tradicionalmente os cinco certos na administração de medicamentos e, mais recentemente, foram introduzidos mais dois certos, configurando-se em **“os sete certos na administração de medicamentos”**:

- I. Paciente certo;
- II. Medicamento certo;
- III. Via certa;
- IV. Hora certa;
- V. Dose certa;

Foram incluídos:

- VI. Documentação certa (Registro certo); e
- VII. Razão.

Apesar de ser sido muito discutido e publicado a respeito da automação do processo de administração de medicamentos, é sabido que o objetivo principal é atingir os conhecidos 5 certos: paciente certo, medicamento certo, via certa, horário certo e dose certa. E uma vez já tendo sido desenvolvido o enfoque neste assunto, o número 5 já foi ampliado e agora se fala em 9, onde percebemos que o processo automatizado permite que a maior parte deles possa ser coberta com a implantação da tecnologia: a checagem eletrônica de medicamentos permite paciente certo, medicamento certo, dose certa, horário certo, registro certo (documentação), direito de recusa e justificativa correta. O direito de conhecimento (educação do paciente) e via certa, ainda permanece inerente ao processo do profissional envolvido, (MALTA, 2011).

Apesar de o recente artigo identificar nove certos para administração de medicamentos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa. Os nove certos não garantem que os erros de administração não ocorrerão, mas segui-los pode prevenir significativa parte desses eventos, melhorando a segurança e a qualidade da assistência prestada ao paciente durante o processo de administração de medicamentos.

3 MÉTODO

O estudo seguiu uma análise qualitativa, objetivando a compreensão da necessidade da reconstrução da cultura de segurança para o uso e administração de medicamentos no Setor de Observação da Emergência Clínica, com um enfoque voltado para a comunicação. Num primeiro momento foram analisados trabalhos desenvolvidos nesta área e depois, feita uma narrativa sobre o tema. A opção por esta técnica deu-se pelo fato de não dispormos de tempo suficiente para a realização de uma pesquisa a nível assistencial, pois, neste caso, o projeto teria que ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

4 RESULTADO E ANÁLISE

Foram selecionados artigos e documentos científicos mediante pesquisa eletrônica e referências bibliográficas nos sítios da internet, sendo dois destes trabalhos desenvolvidos em Portugal e um deles envolvendo a organização World Health Organization. Nos demais projetos, a segurança do paciente foi abordada como uma das dimensões da qualidade do serviço, mas apresentando variações nas definições de risco de danos aos pacientes ocasionados pela atenção à saúde.

Também foi observado que alguns trabalhos utilizam uma variedade de termos para definir as dimensões de qualidade da assistência, uma vez que a maioria destes teve a participação de grupos de especialistas nas diferentes fases dos trabalhos (médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros).

É importante ressaltar a relevância compreendida pelos diferentes grupos representativos nos trabalhos (profissionais, consumidores, políticos e outros) ao aspecto do cuidado a ser medido, como forma de promover melhorias na saúde e na capacidade dos prestadores e sistemas de saúde de atuarem sob os resultados obtidos.

Durante a análise dos trabalhos, foi observado o uso de diversos termos relacionados à qualidade e segurança do paciente com definições variadas. Apesar disso, notamos que esforços semelhantes vêm sendo empregados paralelamente.

Os resultados obtidos neste trabalho reafirmam a importância de desenvolver indicadores de segurança do paciente com base na melhor evidência científica disponível e de adaptá-los à realidade local dos serviços de saúde, como forma de garantir sua viabilidade, levando-se em consideração as variações culturais, a prática clínica, a disponibilidade dos sistemas de informação e a capacidade destes hospitais implementarem programas de monitoramento da qualidade efetivos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização da metodologia de análise qualitativa favoreceu a contextualização da problemática levantada, acerca da construção da cultura de segurança para o uso e administração de medicamentos, enfatizando a necessidade de uma comunicação mais interativa entre a equipe, priorizando com isso, a integralidade das ações inerentes ao cuidado do paciente.

O cuidar em enfermagem é uma construção central tanto ao estudo e desenvolvimento da enfermagem como ciência humana como ao aprofundamento das ciências da educação enquanto explicação dos fatos educativos relacionados com a enfermagem. E estes cuidados vêm evoluindo na medida em que os enfermeiros evoluem na sua formação acadêmica e profissional, através da produção, divulgação e aplicação do conhecimento científico.

Mesmo com tantos avanços alcançados nesta área da saúde, ainda há muito a se fazer para que a difusão da cultura da segurança do paciente e a transposição das barreiras existentes entre os profissionais de saúde frente à comunicação dos demais eventos aconteçam.

Dessa forma, o estudo realizado apresenta-se como uma oportunidade no desenvolvimento do processo dinâmico da formação acadêmica, inclusive na produção de conhecimento útil e divulgação em revistas científicas, para posterior aplicação dos resultados na melhoria dos cuidados de enfermagem, uma vez que a implantação da cultura da segurança, aliada às estratégias para a coleta harmonizada de indicadores em serviços de saúde favorece o gerenciamento do risco e melhora a qualidade da assistência, reduzindo a exposição ao dano.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, **Portaria N° 529, de 01 de abril 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).**

COHEN, MR. **Medication errors.** Washington, AmPharm Assoc. 2006; 680 p.

COSTA, JM, et al. **Implantação do projeto para a qualificação do uso de medicamentos no âmbito hospitalar, tendo como eixos norteadores a integralidade do cuidado e o referenciamento do paciente na rede,** Belo Horizonte, 2010.

FERRACINI FT. **Estrutura organizacional.** *In:* Ferracini FT, Filho WM. **Prática farmacêutica no ambiente hospitalar: do planejamento à realização.** São Paulo: Atheneu, 2005

GOUVÊIA, CSD; Travassos, C. **Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(6):1061-1078, jun, 2010

JOINT COMMISSION RESOURCES. **Temas e estratégias para liderança em enfermagem: enfrentando os desafios hospitalares atuais.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

KOHN LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. **To Err is Human: building a safer health system.** Washington, DC. National Academy Press; 1999.

MALTA, NG. **Rastreabilidade de medicamentos na farmácia hospitalar.** São Paulo. Pharmacia Brasileira n° 79 - Novembro/Dezembro 2010/Janeiro 2011.

MANSO, A. **O erro nos cuidados de Enfermagem a indivíduos internados numa Unidade de Cuidados Intensivos. Estudo de caso sobre as representações dos actores de uma unidade pós-cirúrgica de um Hospital Português.** Lisboa, março, 2010.

MARIN, MJS.; ANGERAMI, ELS. **Caracterização de um grupo de idosas hospitalizadas e seus cuidadores visando ao cuidado pós-alta hospitalar.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* vol.36, n.1. São Paulo, mar., 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SUS DE A a Z. Garantindo Saúde nos Municípios.** 3.ed. Brasília DF, 2009.

PHILLIPS, DP, Christenfeld N, Glynn LM. **Increase in US medication-error deaths between 1983 and 1993.** *Lancet*, London.1998; 351(9103):643-644.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Action on patient safety. High 5s.** **World alliance for patient safety.** Disponível em:

<http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/en>.