

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**Priscila Kelly Dias Padilha**

**SEGURANÇA DO PACIENTE PEDIÁTRICO EM TERAPIA  
MEDICAMENTOSA: CONVERGÊNCIA DA PESQUISA COM A  
PRÁTICA DE ENFERMAGEM**

**Santa Maria, RS  
2015**

**Priscila Kelly Dias Padilha**

**SEGURANÇA DO PACIENTE PEDIÁTRICO EM TERAPIA MEDICAMENTOSA:  
CONVERGÊNCIA DA PESQUISA COM A PRÁTICA DE ENFERMAGEM**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Profa. Dra. Eliane Tatsch Neves  
Coorientadora: Profa. Dra. Tania Solange Bosi de Souza Magnago

Santa Maria, RS  
2015

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Padilha, Priscila Kelly Dias  
Segurança do paciente pediátrico em terapia medicamentosa: convergência da pesquisa com a prática de enfermagem. / Priscila Kelly Dias Padilha.-2015.  
71 f.; 30cm

Orientadora: Eliane Tatsch Neves  
Coorientadora: Tania Solange Bosi de Souza Magnago  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2015

1. Enfermagem pediátrica 2. Segurança do paciente 3. Erros de medicação 4. Equipe de Enfermagem 5. Hospitais  
I. Neves, Eliane Tatsch II. Magnago, Tania Solange Bosi de Souza III. Título.

---

© 2016

Todos os direitos autorais reservados a Priscila Kelly Dias Padilha. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

E-mail: pkdp79@yahoo.com.br

**Universidade Federal de Santa Maria**  
**Centro de ciências da Saúde**  
**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

**A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação  
de Mestrado**

**TERAPIA MEDICAMENTOSA EM PEDIATRIA: CONVERGÊNCIA DA  
PESQUISA COM A PRÁTICA DE ENFERMAGEM**

Elaborada por  
**Priscila Kelly Dias Padilha**

Como requisito para obtenção do grau de  
**Mestre em Enfermagem**

**COMISSÃO EXAMINADORA**



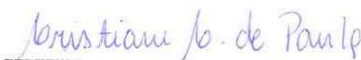
**Eliane Tatsch Neves, Dra. (UFSM)**  
**(Presidente/ Orientadora)**



**Tania Solange Bosi de Souza Magnago, Dra. (UFSM)**  
**(Coorientadora)**



**William Wegner, Dr<sup>a</sup>. (UFRGS)**  
**(1º avaliador)**



**Cristiane Cardoso de Paula, Dra. (UFSM)**  
**(2ª avaliadora)**



**Stela Maris de Mello Padoin, Dra. (UFSM)**  
**(Suplente)**

Santa Maria, 18 de dezembro de 2015.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à **Deus** pela saúde e ter alcançado este sonho indescritível. Aos meus pais, **Norma Beatriz** e **João Mário**, que alegria senti ao contar-lhes que havia conseguido uma vaga no mestrado e agora mais ainda poder compartilhar este momento tão especial com vocês. Ao meu esposo querido e amado **Luiz Francisco** pelo amor, carinho e compreensão. Aos meus irmãos, **Raquel Audrei**, **William Roger** e **Helena** (xodozinho) pelo carinho, apoio e por entenderem minha ausência, vocês são muito importantes para mim, amo vocês. Ao mano querido **Felipe di Carlo** (in memoriam), quanta saudade de você... acredito que um dia nos encontraremos. A minha cunhada **Adriane**, você é muito especial e querida. Aos meus sobrinhos **Luís Felipe** e **João Lucas**, lindinhos da tia, amo muito vocês. A esposa de meu pai, **Ana Paula** pelo carinho e por cuidar tão bem dele.

A Enfa. Ms. **Kellen Zamberlan**, você é uma amiga muito especial, sua ajuda e incentivo desde a preparação para a seleção do mestrado até agora, foram imprescindíveis para alcançar esta conquista, sou muito grata a você. Meu muito obrigada as auxiliares de pesquisa, acadêmica de Enfermagem **Caroline** e Enfa. **Ana Elisa**. Aos **colegas de turma do mestrado** e **todas as professoras** que contribuíram com meu crescimento pessoal e profissional.

Agradeço à **Equipe de Enfermagem da Unidade Pediátrica** pela participação e contribuições nesta pesquisa.

Aos membros da banca: Prof. Dr. **William Wegner**, Profa. Dra. **Cristiane de Paula**, Profa. Dra. **Stela Padoin** pelas contribuições.

Em especial a Profa. Dra. **Eliane Tatsch Neves**, por ter aceito ser minha orientadora e ter sempre palavras de incentivo e otimismo, obrigada pela compreensão e paciência nos momentos de ansiedade, suas orientações e contribuições foram fundamentais para a concretização desta pesquisa, admiro muito você. A Coorientadora Profa. Dra. **Tania Magnago** por suas considerações importantes e seu sorriso acolhedor. Agradeço por compartilharem suas ideias, conhecimentos e experiências.

**Minha imensa gratidão a todos**

## RESUMO

### SEGURANÇA DO PACIENTE PEDIÁTRICO EM TERAPIA MEDICAMENTOSA: CONVERGÊNCIA DA PESQUISA COM A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

AUTORA: PRISCILA KELLY DIAS PADILHA  
ORIENTADORA: ELIANE TATSCH NEVES  
COORIENTADORA: TANIA SOLANGE B. DE SOUZA MAGNAGO

A terapia medicamentosa em pediatria requer dos profissionais de saúde conhecimento adequado acerca dos medicamentos, favorecendo e disseminando uma cultura de segurança do paciente. Este estudo objetivou o desenvolvimento de uma prática/atividade de educação em serviço acerca da segurança do paciente pediátrico em terapia medicamentosa com a equipe de enfermagem em unidade de internação pediátrica (UIP). Trata-se de uma pesquisa qualitativa, participativa e descritiva desenvolvida com o método de pesquisa convergente assistencial (PCA). Os participantes foram os componentes da equipe de enfermagem que atuam em UIP, incluindo técnicos, auxiliares e enfermeiros. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob número de protocolo: 40744115.2.0000.5346. Os resultados foram organizados em duas categorias: cuidado seguro no preparo e administração de medicamentos e repercussões de uma prática educativa dialógica em serviço. Concluiu-se que a educação em serviço apresenta-se como uma estratégia necessária e eficiente para sanar dúvidas da equipe de enfermagem em relação à terapia medicamentosa, apresentando repercussões imediatas na prática da equipe da UIP. Sugere-se incentivar o desenvolvimento de uma cultura não punitiva em prol da segurança do paciente.

**Palavras-chave:** Enfermagem pediátrica. Segurança do paciente. Erros de medicação. Equipe de Enfermagem. Hospitais.

## ABSTRACT

### SAFETY OF PEDIATRIC PATIENTS ON DRUG THERAPY: CONVERGENCE OF RESEARCH WITH NURSING PRACTICE

AUTHOR: PRISCILA KELLY DIAS PADILHA  
SUPERVISOR: ELIANE TATSCH NEVES  
CO SUPERVISOR: TANIA SOLANGE B. DE SOUZA MAGNAGO

Drug therapy in children requires health professional adequate knowledge of medicines, promoting and disseminating a culture of safety in relation to this stage of care. This study aimed to develop a practice/activity of education in the service about the safety of pediatric patients on drug therapy with the nursing staff in the pediatric inpatient unit (IPU). It is a qualitative, descriptive and participatory research developed with the method convergent assistencial research (CAR). Participants were members of the nursing team working in UIP, including technicians, assistants and nurses. The project was approved by the Research Ethics Committee of the institution under number CAAE: 40744115.2.0000.5346. The results were organized into two categories: safe care in the prepare and administration of drugs and outcomes of a dialogic educational practice in service. It was concluded that the in-service education presents itself as a necessary and effective strategy to answer questions of the nursing staff in relation to drug therapy with immediate repercussions in the practice of the IPU staff. It is suggested to encourage the development of a non- punitive culture for the sake of patient safety.

**Keywords:** Pediatric nursing. patient safety. medication errors. Nursing Team. Hospitals.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Iluminação inadequada na sala para o preparo dos medicamentos, sendo mais evidente à noite.....	34
Figura 2 – Presença de rádio ligado sobre a bancada onde os medicamentos são preparados. A presença de ruídos como este podem distrair o profissional de enfermagem colaborando com possíveis incidentes.....	35
Figura 3 – Presença de funcionários repondo materiais na sala ao mesmo tempo em que estão sendo preparados os medicamentos, podendo causar distração no momento do preparo dos medicamentos.....	35
Figura 4 – Sala para o preparo dos medicamentos com outros materiais que deveriam estar em outra sala.....	36
Figura 5 – Ampola de medicamento aberta sobre o balcão protegida com embalagem da almofada com álcool que é utilizada para realizar assepsia dos materiais.....	37
Figura 6 – O aparelho de som que estava sobre a bancada utilizada para o preparo dos medicamentos foi retirado pois poderia causar distração. .	44
Figura 7 – Novas divisórias para o acondicionamento individual dos medicamentos foram adicionadas nas gavetas.....	46
Figura 8 – Ausência de ampolas de medicamentos abertas sobre o balcão logo após o preparo.....	47



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	9
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMÁTICA DO ESTUDO	9
1.2	OBJETIVOS	15
1.2.1	<b>Objetivo geral</b>	15
1.2.2	<b>Objetivos específicos</b>	15
1.3	JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO	15
<b>2</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	17
2.1	INCIDENTES COM MEDICAMENTOS EM PEDIATRIA	17
2.2	SEGURANÇA DO PACIENTE	20
2.3	CONTRIBUIÇÕES DA TEORIA FREIREANA PARA A EDUCAÇÃO PERMANENTE	22
<b>3</b>	<b>DESCRIÇÃO METODOLÓGICA</b>	24
3.1	TIPO DE ESTUDO E MÉTODO	24
3.2	CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO E PARTICIPANTES DO ESTUDO	26
3.3	MÉTODO DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	27
3.4	ANÁLISE DOS DADOS	30
3.5	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	31
<b>4</b>	<b>CONVERGÊNCIA DOS DADOS DA PESQUISA COM A PRÁTICA DIALÓGICA DE EDUCAÇÃO EM SERVIÇO</b>	33
4.1	CUIDADO SEGURO NO PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS	33
4.1.1	<b>Discussão</b>	39
4.2	REPERCUSSÕES DE UMA PRÁTICA EDUCATIVA DIALÓGICA EM SERVIÇO: EM PROL DA SEGURANÇA DO PACIENTE PEDIÁTRICO	42
4.2.1	<b>Discussão</b>	48
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	50
	<b>REFERÊNCIAS</b>	51
	<b>ANEXOS</b>	57
	ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA	58
	ANEXO B – CARTA DO COMITÊ DE ÉTICA	59
	<b>APÊNDICES</b>	61
	APÊNDICE A – CONCEITOS CHAVES EM SEGURANÇA DO PACIENTE	62
	APÊNDICE B – ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO PRÉ-INTERVENÇÃO	63
	APÊNDICE C – ROTEIRO PARA ENTREVISTA PRÉ-INTERVENÇÃO	64
	APÊNDICE D – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO PÓS-INTERVENÇÃO	66
	APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	68
	APÊNDICE F – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS	70
	APÊNDICE G – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REGISTRO FOTOGRÁFICO DURANTE A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE	71

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMÁTICA DO ESTUDO

Atualmente, a mídia divulga, cada vez mais, fatos que ocorrem devido a incidentes durante a assistência em saúde. A preocupação com a qualidade no cuidado data de 1952, nos Estados Unidos da América (EUA), que criou a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais), com o intuito de melhorar a qualidade nos cuidados hospitalares prestados. No Brasil, a acreditação surgiu em 1990 (ANVISA, 2010). Entretanto, no ano de 1999, um relatório, do Instituto de Medicina dos Estados Unidos, disparou a discussão mundial acerca das práticas de cuidado em saúde, intitulado “*To err is human: building a safer health care system*” em que se identificaram problemas na segurança envolvendo o cuidado em saúde. Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) mobilizou-se, por meio da Assembleia Mundial da Saúde, em defesa da qualidade do cuidado e segurança do paciente. (WEGNER, 2013).

Segundo a OMS, de cada dez pacientes, cerca de um sofre algum dano durante seu atendimento hospitalar (ROCHA, et al. 2006). A busca por estratégias que promovam a redução de danos aos pacientes vem crescendo, tendo em vista que a assistência à saúde visa ações que promovam a cura, a redução do sofrimento humano em razão de diversas patologias. (WEGNER; PEDRO, 2012)

Nesse contexto, a equipe de enfermagem permanece vinte e quatro horas ao lado do paciente e deve estar atenta para contribuir com a redução de incidentes que podem ocorrer durante os procedimentos hospitalares. O risco de danos reduzidos a um mínimo aceitável é entendido por segurança do paciente (BRASIL, 2013a).

No Brasil, é utilizada a classificação internacional para a segurança do paciente. Trata-se de uma padronização que permite o uso adequado de conceitos-chave (APÊNDICE A) e termos propostos pela OMS (FIOCRUZ, 2014).

O Ministério da Saúde (MS), juntamente com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), no dia 01 de abril de 2013, com a portaria nº 529/2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança ao Paciente (PNSP) que objetiva contribuir para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território brasileiro (BRASIL, 2013b).

Dentre estes cuidados, a terapia medicamentosa merece atenção especial, pois envolve várias etapas que compreendem a prescrição, a revisão e validação da mesma, a dispensação, o preparo, a administração e o monitoramento de possíveis reações ao medicamento. Essas etapas envolvem diversos profissionais; por isso, o risco de incidentes pode estar aumentado sendo necessário o planejamento de estratégias para evitar/reduzir a sua incidência. Martins, Silvino e Silva (2011) relatam que, no que tange à enfermagem, para haver implementação segura da terapia medicamentosa, os enfermeiros devem ter conhecimento acerca do preparo e administração de fármacos e soluções, pois executam os aprazamentos e devem monitorar possíveis eventos adversos. Além disso, a equipe de enfermagem podem ser importantes barreiras para que o incidente não aconteça, quando identificam equívocos na prescrição e dispensação dos medicamentos.

Em relação aos incidentes com medicamentos em pediatria, segundo as bases de dados nacionais e internacionais, cerca de 8% das pesquisas abordam esta temática. Estes incidentes caracterizam-se como um evento que pode ser evitado. Quando isso não acontece, podem desencadear o prolongamento da internação e, em casos extremos, a morte da criança. (BELELA; PEDREIRA, PETERLINI, 2011).

Nesse sentido, a educação permanente em saúde é uma estratégia de gestão que pode ser utilizada para construção de práticas educativas e processos de trabalhos que permitam pensar e refletir, com o objetivo de produzir um impacto positivo na saúde da população assistida (CAROTTA, 2009). O uso de tecnologias como a prescrição médica eletrônica, códigos de barras, dispensação e distribuição de medicamentos por dose unitária e bombas de infusão “inteligentes” também são estratégias para contribuir com a segurança dos pacientes no processo medicamentoso (CASSIANI et al., 2009).

A educação em serviço para os profissionais de saúde é um instrumento efetivo em que a reflexão crítica acerca da prática torna-se necessária. Freire (2006) ressalta que a teoria e a prática isoladas são frágeis, porque a primeira pode virar conversa e a segunda ativismo.

A educação e o cuidado são atividades inerentes ao enfermeiro, não há como dissociá-los, pois, enquanto cuida-se/educa-se e quando se educa também se cuida (FERRAZ et al., 2005). Portanto, faz-se necessário a realização de práticas educativas por meio da metodologia participativa, do diálogo entre os indivíduos, o

qual possibilita a reflexão e a conscientização (FREIRE, 2006). A partir do diálogo e da troca de saberes técnico-científicos entre os profissionais de saúde, pode-se construir de forma compartilhada um saber que subsidiará um cuidado mais seguro.

Em decorrência do exposto, buscaram-se na literatura científica<sup>1</sup>, nacional e internacional produções sobre a temática. A partir das publicações nacionais, concluiu-se que há poucos estudos que apontam estratégias práticas para evitar incidentes durante o preparo e administração de medicamentos. As publicações que predominam versam sobre os tipos e as causas de incidentes em relação à terapia medicamentosa.

De acordo com os resultados, a educação permanente em saúde é apontada como uma ferramenta importante para um cuidado seguro (CAROTTA, 2009). Salienta-se a importância de não haver punições aos profissionais quando há erros, mas sim adotar uma cultura de segurança permitindo analisar as causas, correlacionar os fatores implicados no intuito de prevenir que se repitam. Ainda, modificar comportamentos é um processo que ocorre lentamente, necessitando promover continuidade nesse processo (YAMANAKA, 2007).

Há indicações de estratégias de curto prazo como realizar treinamentos periódicos para os médicos, equipe de enfermagem e farmácia, profissionais envolvidos diretamente no sistema de medicação; criar uma comissão multidisciplinar que se envolva com a segurança do paciente para prevenir ou reduzir eventos adversos a medicamentos; padronização da prescrição dos mesmos, utilizando nome genérico, princípio ativo ou comercial, evitando-se inclusive o uso de decimais na dose; dispor de um manual contendo interações e estabilidade dos medicamentos e que esteja disponível a todos profissionais que

---

<sup>1</sup> A busca foi realizada por meio online, nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), no mês de junho de 2014 e na PUBMED no mês de agosto de 2014. Com a estratégia de busca na LILACS "erros de medicação" [Descritor de assunto] and "enfermagem" [Descritor de assunto], "erros de medicação" and "prescrição de medicamentos" e "erros de medicação" and "enfermagem pediátrica", no MEDLINE "errors medication" and "nursing", na PUBMED buscou-se "error, medication" and "safety", ESPANHOL" or "INGLES" or "PORTUGUES" [Idioma]. Foram encontrados na base de dados 64 artigos no LILACS, 69 artigos na base de dados MEDLINE e no PUBMED 170 artigos, totalizando 303 produções. Como critérios de inclusão tiveram-se, as produções em formato de artigo, disponíveis na íntegra, online e gratuitos, com resumos completos. Como critérios de exclusão artigos não referentes a temática proposta. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 06 artigos na LILACS, 02 artigos no MEDLINE e 07 na PUBMED. Posteriormente, foi realizada a leitura exaustiva dos artigos na íntegra, dos quais permaneceram 06 artigos na LILACS, 02 artigos no MEDLINE e 07 na PUBMED, perfazendo um total de 15 artigos analisados.

participam do processo. Em médio prazo, proporcionar treinamento a todos os médicos, em relação à prescrição de medicamentos. E a longo prazo, implantar a prescrição eletrônica e dose unitária bem como utilizar o código de barras para administrar medicamentos (OLIVEIRA et al., 2005).

Em relação aos achados internacionais, há descrição do uso de uma sala de medicação padrão para promover a segurança, com o intuito de contribuir com a segurança ergonômica, reduzindo interrupções e distrações (ROZEMBAUM et al., 2013). Nesta sala somente os profissionais com cartão magnético pessoal poderiam entrar, sendo que a porta seria semitransparente, permitindo observar a enfermaria durante o processo de preparo dos medicamentos. Os autores informam que, neste ambiente, o projeto arquitetônico deve incluir condições ideais como: iluminação, qualidade do ar, superfícies de trabalho com altura ideal e acesso fácil com ajustes conforme a necessidade, espaço livre, relógio, quadro de avisos e estante para medicação, bem como computador (ROZEMBAUM et al., 2013).

Em relação ao controle de infecção, salientam a proibição do armazenamento de alimentos, fluidos corporais, excrementos ou recipientes de amostra na referida sala. Ressaltam, ainda, a necessidade de uma torneira, sabonete líquido antibacteriano, porta objetos pontiagudos e outro comum e carrinho de preparação das drogas. Segundo avaliação deste estudo, houve uma tendência de melhora em unidades com esse tipo de sala. Na administração de medicamentos, esse estudo reflete a relevância de uma intervenção organizacional com a finalidade de implementar uma cultura de segurança, visto que a organização possibilita uma ordem, contribuindo para um comportamento seguro inclusive, promovendo o bem estar da equipe (ROZEMBAUM et al., 2013).

Abbasinazari et al. (2012), evidenciaram imperícia no preparo e administração de medicamentos. Para minimizá-la, sugerem o uso de uma estratégia pedagógica, como panfletos e cartazes nas paredes com informações relativas a segurança medicamentosa. Essa estratégia provocou a redução de erros nestas etapas da terapia medicamentosa. Estes mesmos autores relatam que há estudos limitados sobre os efeitos de intervenções educativas sobre o preparo e administração de medicamentos, sendo mencionada a educação continuada no auxílio da redução de erros nesse cuidado.

Já Franklin (2006), afirma que intervenções educativas, às vezes, não são práticas para reduzir as taxas de erros e descreve módulos educacionais acerca da

segurança de medicamentos, utilizando-se a internet. Para criação deste pacote de software educativo, houve participação de um consultor médico, farmacêutico e enfermeiro que buscaram estratégias para avaliar os temas fundamentais para cada módulo. Identificou-se uma redução considerável nos erros envolvendo medicamentos intravenosos com o uso dessa estratégia.

Em relação aos erros de prescrição, Sullivan et al. (2013) sinalizam que, juntamente com a prescrição informatizada, o uso de desempenho *feedback* foi uma estratégia que reduziu erros na prescrição de narcóticos. No *feedback* os incidentes de prescrição são detectados pelos farmacêuticos, que chamam os prescritores para os esclarecer ou corrigir. A confidencialidade é mantida, pois as comunicações de erro detectadas permanecem dentro do sistema da instituição e os nomes são removidos. Estes dados são registrados em um banco de dados eletrônico, podendo ser consultado para atividades de controle de qualidade. Foi concluído que esta estratégia não requer investimento de tempo significativo, podendo ser realizada de maneira não punitiva. Sullivan et al. (2013) também relatam que estudos anteriores indicam que a auditoria e *feedback* pode fornecer a estrutura para uma cultura de segurança pró-ativa.

Ainda, em relação ao uso da prescrição eletrônica, pode-se aliar um sistema de apoio à decisão clínica que auxilia os prescritores a tomar melhores decisões (SAXENA, 2011). São alertas que na prescrição eletrônica indicam duplicações de medicações, interações, contra-indicações, bem como a condição clínica do paciente. Esses alertas diminuíram a taxa de erro de medicação, eventos adversos nos pacientes atendidos em cinco hospitais onde foi realizada a pesquisa.

Agrawal (2009) complementa que a prescrição médica eletrônica com apoio à decisão é uma intervenção poderosa para melhorar a segurança do paciente, pois asseguram a legibilidade, incluindo informações necessárias como: dose, via, apresentação, forma farmacêutica; facilitam a detecção de interações medicamentosas, alergias, cálculos e ajuste de doses baseadas em características clínicas como peso ou função renal do paciente. Os resultados de laboratório podem ser inseridos no sistema, facilitando adequar, por exemplo, anticoagulantes conforme a contagem de plaquetas, alertar o médico quando há concentração de potássio baixo, atualizar o médico com informações mais recentes sobre as medicações. Destaca, ainda, que o sistema computadorizado é uma tecnologia da informação para criar, transformar ou duplicar dados na área da saúde, como por

exemplo: armários com distribuição automática de medicamentos, pulseiras com código de barras para administrar medicamentos, uso de robôs para dispensação de medicamentos, utilização de códigos de barras nas medicações, tudo isso contribuindo para segurança do paciente (AGRAWAL, 2009).

Agrawal (2009) informa que o sistema de administração de medicamentos com código de barras (BCMA) exige que o profissional que administra o medicamento à beira do leito verifique a pulseira de identificação do paciente e da dose unitária de medicamento administrado. Incompatibilidade de identidade do paciente ou do nome, dose, ou via de administração do medicamento, o sistema alerta, facilitando os cinco certos na administração de medicações: paciente, droga, dose, via e tempo certos (AGRAWAL, 2009).

Montesi (2009) relata que a identificação de erros é o primeiro passo para evitá-los; que os relatórios dos erros podem gerar avisos, incentivando uma cultura de prática segura. Isto facilita a tomada de ações corretivas quando necessárias, visando qualificar o cuidado com a terapia medicamentosa.

Ainda, de acordo com Montesi (2009), o único método para detectar erros na administração de medicamentos é a observação direta, realizados por meio de auditorias, aonde a enfermeira, devidamente treinada, observa esta etapa da terapia medicamentosa, registrando e comparando o que foi feito com o prescrito. Estes relatórios são difíceis de serem feitos, uma vez que carregam um sentido de culpa, porém devem ser realizados de maneira educativa com certa periodicidade (MONTESI, 2009).

Ackroyd (2005) destaca que a embalagem, bem como a rotulagem dos medicamentos, pode ser modificada, contribuindo para redução de incidentes. Salienta, ainda que, há consenso que uma abordagem de sistemas seria mais eficiente em comparação à tentativa de modificar o comportamento dos profissionais.

Partindo-se destas considerações, questionou-se quais os benefícios de uma prática de educação em serviço para a promoção de uma cultura de segurança da equipe de enfermagem da UIP referente à terapia medicamentosa?

Assim, este estudo teve como objeto a segurança do paciente pediátrico na prevenção de incidentes com a terapia medicamentosa em unidade de internação pediátrica (UIP). Para responder ao questionamento da pesquisa, delinearam-se os seguintes objetivos:

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo geral

Analisar como uma prática de educação em serviço com a equipe de enfermagem de uma unidade de internação pediátrica pode contribuir para a promoção da cultura de segurança em terapia medicamentosa.

### 1.2.2 Objetivos específicos

- Descrever a prática da equipe de enfermagem em relação ao uso seguro de medicamentos em Unidade de Internação Pediátrica;
- Desenvolver uma prática de educação em serviço em prol de uma cultura de segurança do paciente pediátrico em terapia medicamentosa;
- Avaliar os benefícios/contribuições desta prática de educação em serviço desenvolvida com a equipe de enfermagem da UIP.

## 1.3 JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

Durante minha trajetória acadêmica e profissional tive a oportunidade de observar e aprender diversas técnicas para o cuidado do paciente. Atualmente, atuando na unidade de internação pediátrica percebi a relevância na segurança do paciente em relação à terapia medicamentosa, pois observei na prática diária vários questionamentos acerca deste cuidado.

Este estudo também vem ao encontro de uma solicitação da equipe de enfermagem atuante no cenário escolhido em função das inquietações em relação ao cuidado com a terapia medicamentosa. Importante salientar que a prevenção de incidentes durante a assistência depende também da mudança de cultura dos profissionais de saúde, bem como do uso de tecnologias como prescrição médica eletrônica, sistemas de apoio à decisão e estrutura com ambientes adequados. Enfim, necessita-se de um conjunto de estratégias para o alcance da segurança tão almejada. Sendo assim, escolhi realizar este estudo qualitativo, como uma abordagem que permite a obtenção de detalhes acerca de experiências dos sujeitos em relação ao fenômeno estudado (MINAYO, 2010). Desenvolveu-se a partir disto,



uma prática de educação em serviço sobre a terapia medicamentosa em pediatria com a finalidade de contribuir com a segurança do paciente mediante o levantamento das principais dúvidas da equipe e observação de sua prática neste cuidado.

Esta pesquisa vincula-se ao grupo de pesquisa Cuidado à Saúde das pessoas, famílias e sociedade – PEFAS/UFSM, e ao projeto matricial Segurança do paciente em Enfermagem Pediátrica no contexto hospitalar: demandas de cuidados para a Enfermagem, na linha de pesquisa: Políticas e práticas de cuidado na saúde do neonato e da criança no contexto hospitalar e da comunidade. Também vai ao encontro do que preconiza a Agenda de Prioridades de Pesquisa com intuito de respeitar as necessidades nacionais e regionais de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008) e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) com o objetivo de alinhar ações, programas e recursos do Ministério da Saúde para ampliação e consolidação da redução da mortalidade infantil e materna (BRASIL, 2015).

A PNAISC conta com sete eixos estratégicos: atenção humanizada e qualificada à gestação, parto, nascimento, e recém-nascido; aleitamento materno, alimentação complementar saudável; promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral; atenção a crianças com agravos permanentes na infância e doenças crônicas; atenção a criança em situação de violência, prevenção de acidentes e promoção da cultura e paz; atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade; vigilância e prevenção de óbito infantil, fetal e materno (BRASIL, 2015).

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Com o intuito de fundamentar e direcionar a discussão por meio da teoria e dos objetivos, fez-se imprescindível realizar a revisão de literatura acerca da temática: incidentes com medicações em pediatria e segurança do paciente, utilizando-se como arcabouço teórico a Teoria Freireana.

### 2.1 INCIDENTES COM MEDICAMENTOS EM PEDIATRIA

Medicamentos são úteis para tratamento, prevenção de patologias, controle de sinais e sintomas, alívio da dor e, conseqüentemente, do sofrimento do ser humano. Para evitar que isto ocorra torna-se essencial aos profissionais de saúde conhecimentos e habilidades acerca dos mesmos (REBRAENSP, 2013).

Com os avanços científicos e tecnológicos percebe-se a importância de atualizações constantes, não só da equipe de enfermagem, mas de todos os profissionais envolvidos direta ou indiretamente no cuidado ao paciente. A terapia medicamentosa envolve um trabalho interdisciplinar, incluindo etapas que vão desde a prescrição, revisão e validação da mesma até a dispensação, preparo, administração e monitoramento de possíveis reações ao medicamento.

Os erros de envolvendo medicamentos podem ser relacionados à prática profissional, produtos usados na área de saúde, procedimentos, problemas de comunicação, incluindo prescrição, rótulos, embalagens, nomes, preparação, dispensação, distribuição, administração, educação, monitoramento e uso de medicamentos.

Define-se erro de medicação como qualquer evento evitável que, de fato ou potencialmente, possa levar ao uso inadequado de medicamento quando este se encontra sob o controle de profissionais de saúde, do paciente ou do consumidor, podendo ou não provocar dano ao paciente (BRASIL, 2013b, p. 44).

Não é incomum a ocultação de erros, pois negar e esquecer-se é, muitas vezes, uma alternativa preferível a responsabilizar-se pelas ações, envolvendo várias conseqüências que podem comprometer o tratamento do paciente (WEGNER; PEDRO, 2012). Desta forma, é importante que as instituições de saúde identifiquem os tipos e causas dos erros de medicação ao invés de somente identificar quem os cometeu (PEDREIRA et al., 2006).

Em relação aos erros em atendimento ao paciente, Vincent (2009, p. 119), descreve:

Os erros são, às vezes, retratados como um tipo de vírus que precisa ser eliminado para que se alcance a segurança no atendimento médico-hospitalar. É certamente verdadeiro que alguns tipos de erro precisam ser reduzidos, mas a ambição de eliminar todos os erros, em vez de lesões, não representa o principal objetivo da segurança do paciente e pode, de fato, não ser a maneira mais eficaz de melhorar a segurança. Os erros podem ser úteis, como no aprendizado por tentativa e erro.

Desta forma, salienta-se que é preciso reconhecer que incidentes ocorrem, porém deve-se buscar estratégias para que danos sejam minimizados e se possível evitados, permitindo um cuidado mais próximo ao ideal.

Os erros quando associados à terapia medicamentosa classificam-se em: erros de prescrição, omissão, erro de horário, de administração de medicamento não autorizado, erro de dose, de apresentação, erro de preparo, da técnica de administração, erro por uso de medicamentos deteriorados, erro de monitorização e erro pela não adesão do paciente e de sua família (AMERICAN ASSOCIATION OF HOSPITAL PHARMACISTS, 1993). A implementação de medidas de segurança como a notificação de erros de medicação evita que novos erros com características idênticas ocorram (PEDREIRA et al., 2006).

Em relação aos pacientes pediátricos, de acordo com Harada et al. (2006), existem fatores que contribuem para a ocorrência de incidentes com medicações, em especial em função da dose, devido aos complexos cálculos matemáticos necessários, pois são realizados de acordo com a idade, peso, altura e condições clínicas. Peterlini et al. (2003), destacam que as características de absorção, distribuição, metabolismo e excreção de drogas são diferentes entre os recém-nascidos, adolescentes e adultos. Desta forma, percebe-se o quanto são importantes o conhecimento e o cuidado dos profissionais envolvidos neste processo para a segurança do paciente.

Devido à escassez de medicamentos com apresentação pediátrica, há autores que consideram as crianças como órfãos da terapia medicamentosa (PETERLINI et al., 2003). Cerca de 80% das drogas comercializadas não são destinadas para uso pediátrico, mas isto não necessariamente torna a droga ineficaz, perigosa ou contraindicada para crianças (NAHATA, 1999). Na prática,

observa-se que este problema se materializa pois, muitas vezes, a forma como se apresenta a medicação dificulta a separação da dose correta.

Um exemplo são os comprimidos com a dose diferente da prescrita. Com isto, pode haver dúvidas dos profissionais, pois há necessidade de diluir, armazenar e administrar drogas sem respaldo de evidências científicas. Também se observa práticas distintas no fazer dos profissionais de um mesmo hospital (PETERLINI et al. 2003). Salienta-se a importância da reflexão sobre as falhas, pois estão atreladas aos processos de cuidado (LOPEZ; WEGNER, 2013).

A administração de doses muito fracionadas, que ocorre frequentemente com pacientes pediátricos, demanda maior atenção e tempo de trabalho da enfermagem, favorecendo manipulações excessivas, o que pode comprometer a estabilidade e a segurança dos medicamentos. A morfina e o fenobarbital, por exemplo, em sua apresentação injetável, possuem alta concentração, desfavorecendo uma medida mais acurada quando necessária (NAHATA, 1999). Na prática clínica, tenta-se contornar este problema diluindo-se a droga, porém surgem questionamentos quanto à estabilidade após a nova diluição, presença de pirógenos e tempo de estabilidade até o momento da administração.

A Rede Brasileira de Segurança do Paciente (REBRAENSP, 2013) cita que além dos cinco certos: paciente, medicamento, via, dose e hora certos, podem ser considerados mais quatro, que inclui registro certo, conhecimento da ação, apresentação farmacêutica e monitorização do efeito, totalizando nove certos relacionados ao uso de medicamentos.

Yamanaka et al. (2007), descrevem passo a passo uma estratégia, para a equipe de enfermagem, no sentido de prevenir erros de medicação em pediatria, que são: verificar se a prescrição médica está legível após analisar os cinco certos, caso contrário, solicitar auxílio ao enfermeiro; verificar prescrições anteriores ou acionar o médico; preparar o medicamento após esclarecer as dúvidas. Quando for a primeira prescrição ou nova terapia medicamentosa, orienta-se realizar dupla checagem, isto é, o técnico de enfermagem e, de preferência, um enfermeiro devem analisar a prescrição, em caso de dúvidas solicitar esclarecimento ao médico. Prescrição sem alterações, preparar e registrar um ponto no horário do aprazamento no canto superior direito. Para administrar, confirmar os cinco certos e fazer uso do sexto certo em que pacientes e familiares devem ser esclarecidos quanto a efeitos desejados e possíveis efeitos colaterais que podem constar na prescrição de

enfermagem ou em protocolo assistencial. No sétimo certo verificar se a documentação do procedimento está correta. Após a administração checar com rubrica ao lado do horário.

Do exposto, verifica-se que estratégias são necessárias para prevenção de incidentes em relação à terapia medicamentosa e, para que isto ocorra, faz-se necessário que cada integrante da equipe de saúde que participa deste processo faça a sua parte, contribuindo com uma assistência mais segura.

## 2.2 SEGURANÇA DO PACIENTE

Antigamente, realizava-se o cuidado de maneira empírica, baseando-se em forças místicas e da natureza. Atualmente o cuidado é realizado embasado em experiências e associações científicas (ROCHA et al., 2006).

A partir do ano de 1950, houve uma maior preocupação com a qualidade no cuidado, quando se buscou uma assistência mais segura (ROCHA et al., 2006). Foi criado em 1952, nos EUA a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais), com o intuito de melhorar a qualidade nos cuidados hospitalares prestados. No Brasil, a acreditação surgiu em 1990 (ANVISA, 2010). Foi publicado, em 1999, um relatório pelo Instituto de Medicina (IOM) nos EUA com o título “*To err is human: building a safer health care system*” em que se identificaram problemas na segurança envolvendo o cuidado de saúde. Por meio deste documento, constatou-se que de 44.000 a 98.000 pacientes hospitalizados morriam a cada ano, nos EUA, em decorrência de danos durante o atendimento à saúde (ANVISA, 2010). O relatório evidenciou que a oitava causa de óbitos nos EUA correspondia a eventos adversos em pacientes decorrentes da internação hospitalar, o que ultrapassava o percentual de mortes devido a acidentes automobilísticos, câncer de mama e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), desencadeando altos gastos com a assistência à saúde (KOHN et al., 2000). O objetivo do relatório também foi propor recomendações visando a qualidade dos serviços prestados ampliando a segurança do paciente (HARADA et al. 2006).

Para contribuir com a segurança, uma conduta adequada da equipe de saúde é essencial, visto que condutas e posturas insatisfatórias predispõem a ocorrência de eventos adversos (LOPEZ; WEGNER, 2013). De acordo com a *World Health*

*Organization*, a segurança do paciente é a ausência de danos desnecessários associados à assistência à saúde até um mínimo aceitável (WHO, 2009).

A ANVISA no Brasil, desenvolveu um projeto chamado Hospitais-Sentinela, em 2001, que tem como principal objetivo a sistematização da vigilância dos produtos utilizados nos serviços de saúde, com a finalidade de garantir mais segurança e qualidade tanto para pacientes quanto profissionais de saúde, abrangendo três áreas: farmacovigilância, hemovigilância e tecnovigilância (HARADA et al., 2006).

Em 2004, a OMS propôs a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente com a finalidade de coordenar e realizar melhorias para o alcance desses objetivos (ROCHA et al., 2006). De dois em dois anos é realizado um desafio. Em 2005, o foco foi a redução de infecções relacionadas à assistência, com o tema “Cuidado limpo é cuidado seguro”. Em 2007, o foco centrou-se em “Cirurgia segura salvam vidas” e, em 2010, “Disseminação de patógenos resistentes e sua implicação para a segurança do paciente” (ROCHA et al., 2006).

Em novembro de 2005, em Concepción, no Chile, foi criada a Rede Internacional de Enfermagem de Segurança do Paciente - RIENSP. Esta rede tem o intuito de fortalecer a assistência segura e com qualidade. Trata-se de uma estratégia com a cooperação técnica entre as instituições ligadas à saúde e educação, com o intuito de fortalecer a assistência de enfermagem segura e com qualidade. A partir da criação da RIENSP, fortaleceu-se o desejo da criação de uma rede brasileira. A REBRAENSP foi constituída formalmente em 14 de maio de 2008 e organiza-se em polos (estaduais) e núcleos (regiões ou cidades de cada estado) (REBRAENSP, 2013).

A preocupação com a segurança do paciente vem crescendo, pois há muito tempo ocorrem erros durante a assistência hospitalar. Em virtude disto, o MS juntamente com a ANVISA, no dia 01 de abril de 2013, por meio da Portaria nº 529/2013, instituiu o PNSP que possui como objetivo geral contribuir para qualificar o cuidado com a saúde em todos os estabelecimentos do território brasileiro.

Foi instituído também um comitê deste programa para promover ações para melhoria da segurança dos cuidados em saúde (BRASIL, 2013b). O PNSP exige que os serviços de saúde criem núcleos de segurança do paciente com o intuito de aplicar e fiscalizar regras sanitárias e também a criação de protocolos para

prevenção de falhas na assistência. Os núcleos devem ser referência para promover o cuidado seguro, orientando pacientes, familiares e acompanhantes.

De acordo com Santana et al. (2012), notificações de erros envolvendo os medicamentos devem ser incentivados para que se trabalhe preventivamente e os profissionais de enfermagem ser motivados a fazer isto. Destacam ainda que os erros com medicamentos, em sua maioria, somente são detectados no momento em que há alterações clínicas ou presença de efeitos adversos após administrados.

Pedreira (2009) relata que 01 dentre 10 pacientes é afetado por um evento adverso devido a práticas inseguras e nos países em desenvolvimento estima-se que estes dados sejam mais preocupantes ainda.

### 2.3 CONTRIBUIÇÕES DA TEORIA FREIREANA PARA A EDUCAÇÃO PERMANENTE

A reflexão crítica sobre a prática torna-se necessária na relação teoria/prática, uma vez que sozinhas a teoria pode virar conversa e a prática ativismo. (FREIRE, 2006). Tratando-se da prática da educação em serviço, verificamos a importância desta reflexão crítica sobre a prática a fim de melhorar os serviços prestados. No momento em que verificamos a ausência desta reflexão crítica sobre as práticas, em especial na enfermagem, observa-se funcionários tarefeiros que reproduzem técnicas que aprenderam sem fazer questionamentos ou reflexões acerca de seu cuidado. A reflexão crítica sobre os cuidados sem dúvida qualifica e torna o cuidado humanizado, contribuindo para a segurança do paciente.

Segundo Ceccim (2005), quando há um projeto para mudanças institucionais ou na orientação política da prestação de ações a educação permanente (EP) pode corresponder à educação em serviço. Em 2004, por meio da portaria nº198, de 13 de fevereiro, a educação permanente tornou-se uma política nacional, para formar e desenvolver trabalhadores. (BRASIL, 2004a). Esta portaria foi substituída em 20 de agosto de 2007 pelo nº 1996. A política Nacional de Educação Permanente (PNEPS) tem como objeto de transformação do processo de trabalho com a finalidade de qualificar os serviços conforme a necessidade (MASSAROLI; SAUPE, 2007). A EP é pautada na pedagogia da problematização, utilizando as contribuições de Paulo Freire propondo uma educação crítica para transformação social (BELLO, 1993).

Freire (2006) destaca que o ato de ensinar não é transferência de conhecimento, mas deve criar possibilidades para sua construção. Este ato deve reforçar a capacidade crítica do educando, tornando-o participante no processo de transformação da realidade. Ribeiro e Motta (2005), relatam que tanto a educação permanente como a continuada deve corresponder às necessidades das pessoas.

A educação continuada é um processo que segundo a Organização Pan-Americana de saúde (1978) inicia logo após a formação básica a fim de atualizações mais restritas, através de metodologias tradicionais com duração definida (MASSAROLI; SAUPE, 2007). Desta forma, percebe-se que os saberes preexistentes e a construção de conhecimentos não são valorizados, limitando a aprendizagem a somente transmissão do saber.

Freire (2006) informa não se deve limitar-se à observação, mas constatar e ter a capacidade de intervir na realidade, tendo convicção de que a mudança é possível através do aprendizado. Para isto, pode-se utilizar nos serviços de saúde a educação permanente, pois se trata de uma ferramenta útil para a mudança de práticas e realidades. O enfermeiro que lidera a equipe de enfermagem deve estar atento a esta questão a fim de buscar alternativas que visem qualificar os atendimentos prestados, promovendo mais segurança ao paciente.

Segundo Ceccim (2005) a educação permanente em saúde pode orientar as iniciativas para desenvolver os profissionais na busca por estratégias para transformar as práticas de saúde. Para que mudanças ocorram torna-se necessário a detecção de possíveis inconformidades e deve-se ter como desafio a busca por práticas educativas que permitam o alcance destes objetivos.



### 3 DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

Nesta seção, apresentam-se o tipo de estudo e referencial metodológico, coleta e análise dos dados de pesquisa, a caracterização dos sujeitos e cenário envolvidos, bem como os aspectos éticos.

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO E MÉTODO

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, descritiva e participativa desenvolvida a partir do método de pesquisa convergente assistencial (PCA). A pesquisa qualitativa permite a obtenção de detalhes acerca de experiências dos sujeitos em relação ao fenômeno estudado (MINAYO, 2010). Pope (2009) complementa que, este tipo de abordagem tem relação ao significado atribuído pelas pessoas de suas experiências do mundo social e de como o compreendem, sendo que as estuda em seu ambiente natural ao invés de artificial ou experimental. De acordo com Lacerda et al. (2008), o estudo qualitativo é adequado à profissão de enfermagem pois seu objeto de trabalho é o ser humano.

Segundo Lakatos e Marconi (2006) a pesquisa descritiva é a descrição, registro, análise e interpretação de situações ou fenômenos através de um estudo realizado num espaço de tempo. Ressalta-se ainda que este estudo tem uma abordagem participativa, pois a intervenção foi realizada envolvendo práticas de ensino-aprendizagem participativas e dialógicas. Buscou-se promover debates em relação às práticas desenvolvidas durante o cuidado com a terapia medicamentosa, criando um espaço para reflexão crítica, possibilitando o desenvolvimento de uma cultura de segurança.

A PCA caracteriza-se como método e, também, estratégia para a prática assistencial, contribuindo e obtendo informações a partir dela. É considerada também uma prática dialógica, pois segue uma lógica participante desde o início. Essa articulação entre a prática assistencial e a pesquisa acontece na coleta de informações, principalmente onde os participantes do projeto (pesquisadores e pesquisados) envolvem-se juntos na pesquisa e assistência. Este método exige que haja participação ativa dos sujeitos a fim de resolver ou minimizar os problemas na prática ou ainda realizar mudanças e ou introduzir inovações na prática (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Importante destacar seus pressupostos, como renovar as práticas assistenciais, buscando solucionar problemas no cotidiano em saúde em que o profissional tem o compromisso de fazer pensando e pensar fazendo, renovando as práticas assistenciais no campo estudado. Como a pesquisa convergente assistencial tem uma relação horizontal e democrática com os sujeitos envolvidos, em que o pensar e o fazer não se distinguem, deve se ter cuidado para não se construir algo alienado direcionada para uma prática assistencial repetitiva (TRENTINI; PAIM, 2004).

Trentini e Beltrame (2006) salientam que a PCA é um trabalho de investigação, pois os fenômenos vivenciados no contexto levam a incluir conceitos inovadores. A PCA é distribuída em quatro diferentes fases, de acordo com Trentini, Paim e Silva (2014):

- **Fase de concepção:** em que se define o objeto e o tema de pesquisa que deve emergir da prática profissional, envolve revisões de literatura e decisões sobre delimitação do espaço físico e escolha dos participantes da pesquisa e instrumento de coleta de dados.

- **Fase de instrumentação:** momento em que procedimentos mais detalhados em relação aos participantes e espaço físico da pesquisa deve ser realizado, bem como escolha da coleta de dados

- **Fase de perscrutação:** investigação rigorosa da situação verifica-se intenções reais dos participantes no envolvimento de mudanças ou inovações.

- **Fase de análise:** compreende quatro processos: a apreensão, síntese, teorização e transferência. A apreensão inicia com a coleta de informações, onde os dados devem ser bem organizados a fim de evitar desprezar informações essenciais. Quando há apreensão do sentido das informações têm-se condições de descrever profundamente o fenômeno em estudo. Na síntese reúne-se elementos diferentes, concretos ou abstratos e une-se num coerente, devendo mostrar dados essenciais para desvelar o fenômeno. A teorização consiste no processo de descobrir o valor que contém nas informações, auxiliando na formulação de pressupostos e questionamentos. Na transferência dá-se significados a determinadas descobertas para serem contextualizados em momentos similares, sem generalizações, socializando-se os resultados, justificando-se possíveis adaptações.

Em todas as fases da PCA, o cuidado é realizado enquanto há as coletas das informações. A sistematização da prática assistencial é embasada nas normas, isto é, com rigor científico. A coleta dos dados bem como a análise das informações deve ocorrer juntas, para o pesquisador certificar-se de que não há necessidade de adequações. Em virtude de vir ao encontro dos objetivos desta pesquisa, escolheu-se a PCA por possibilitar a obtenção de informações sobre as experiências dos participantes do estudo e conduzir a prática assistencial pelas ações de educação em serviço através da informação e orientação relativa ao cuidado desenvolvido com a equipe de enfermagem em relação à terapia medicamentosa.

### 3.2 CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO E PARTICIPANTES DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em uma unidade de internação pediátrica (UIP) de um hospital público e federal. Fundado em 1970, é considerado um hospital de porte médio, com funções além da assistência à saúde de média e alta complexidade. Desenvolve o ensino, pesquisa e extensão. Atualmente está sendo administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. A referida unidade localiza-se no sexto andar, tem ao todo 17 leitos, possui uma enfermaria de três leitos, duas de dois leitos com um banheiro em cada, utilizados para isolamento quando necessário e duas de cinco leitos, cada uma com um banheiro para uso somente das crianças internadas. De acordo com a demanda, há períodos em que leitos extras são abertos.

A UIP possui um posto de enfermagem com espaço para descanso em anexo e banheiro, sala para o preparo de medicações, expurgo, sala de procedimentos com espaço anexado para depósito de materiais para reposição, bombas de infusão, suportes para soluções e rouparia, sala para reuniões, sala para refeições, sala de prescrição médica, estar médico, lactário, dois banheiros para os acompanhantes, sendo um com chuveiro e uma sala de recreação, chamada de brinquedoteca.

A equipe de enfermagem da referida unidade é composta por oito enfermeiras, dez auxiliares de enfermagem e dezesseis técnicos de enfermagem que atuam nos três turnos. Possui dois médicos e dois residentes no turno da manhã, pela tarde e noite permanece um residente com supervisão do médico da unidade de tratamento intensivo. Há também um fisioterapeuta, uma psicóloga,

nutricionista, fonoaudióloga e da residência multiprofissional conta-se com apoio de assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeira, nutricionista e fisioterapeuta.

Foram incluídos no estudo integrantes da equipe de enfermagem da UIP, atuantes na unidade no primeiro semestre de 2015, e foram excluídos os funcionários que estavam em licença para tratamento de saúde, licença gestante, adotante ou em férias neste período. A seleção dos participantes para as etapas de observação da pré-intervenção ocorreu aleatoriamente, de acordo com quem estava na escala para preparar os medicamentos. Na pós-intervenção os mesmos participantes foram observados, em virtude de que na PCA estes devem ser os mesmos a fim de detectar se houve impacto na prática diária da educação em serviço. Assim, foi possível observar os membros da equipe atuando em todos os turnos de trabalho. Ressalta-se que neste momento os enfermeiros não foram observados, tendo em vista que o preparo e administração de medicações só é realizado por este profissional eventualmente. Para as fases de perscrutação para levantamento das dúvidas foram ouvidos todos os membros da equipe de enfermagem que aceitaram participar.

Para a fase de prática de educação em serviço todos os membros desta equipe também foram convidados a participar. Esta foi desenvolvida em três momentos, propiciando a participação de todos. Assim, participaram da pesquisa 30 membros da equipe de enfermagem de um total de 34.

### 3.3 MÉTODO DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

De acordo com a abordagem metodológica da PCA, na fase de perscrutação foram definidas e desenvolvidas estratégias para obter informações dos participantes. Trentini, Paim e Silva (2014), descrevem que segundo o dicionário perscrutar significa procurar, examinar. Em vista disto, esta fase do estudo foi composta por seis etapas que vieram ao encontro da proposta da PCA e da pedagogia problematizadora freireana.

Na **primeira etapa**, preparou-se o cenário para a pesquisa. Os participantes que compõem a equipe de enfermagem foram informados sobre os objetivos e metodologia do estudo, bem como salientado a importância de sua participação neste. Obteve-se receptividade e apoio da equipe, pois a pesquisa apresentou um tema de grande interesse para a unidade.

Na **segunda etapa**, realizou-se a observação da prática pré-intervenção, sendo observados o preparo e administração de medicamentos de seis técnicos de enfermagem que atuam na UIP do hospital em estudo. Os participantes, neste momento foram escolhidos aleatoriamente, de acordo com quem estaria na escala para preparar e administrar os medicamentos. Estes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, incluindo o termo de autorização para o registro fotográfico. Na observação, apenas os técnicos de enfermagem participaram, tendo em vista que os enfermeiros não realizam diretamente o preparo e administração dos medicamentos. Para a observação utilizou-se um roteiro do tipo *checklist*, testado previamente, com os aspectos a serem observados (APÊNDICE B). Estes aspectos foram elencados a partir do encontrado na literatura como os principais e mais frequentes erros cometidos pela equipe e, também, a partir dos nove certos que devem ser observados no processo da terapia medicamentosa.

Foram observados dois participantes por turno de trabalho manhã, tarde e noite, totalizando seis profissionais. Justifica-se este número, tendo em vista que na PCA os participantes devem ser os mesmos nas etapas de pré e pós-intervenção a fim de constatar se houve mudanças.

Para esta fase, contou-se com a colaboração de duas auxiliares de pesquisa, devidamente capacitadas, tendo em vista o fato de a pesquisadora ser enfermeira da UIP e que os profissionais poderiam sentir-se constrangidos. A observação foi participante, pois houve necessidade da interação entre coletadores e pesquisandos. Utilizou-se, também, um diário de campo para registrar e contemplar questões que não estavam no *checklist*.

As sessões de observações ocorreram na sala de preparação de medicamentos e nas enfermarias durante a administração dos mesmos, no referido hospital. No primeiro momento pôde-se perceber desconfiança e certa ansiedade dos técnicos de enfermagem pelo fato de serem observados, mas com o decorrer do tempo eles pareceram à vontade e a rotina transpareceu.

Na **terceira etapa** desenvolveu-se entrevistas semiestruturadas com 30 profissionais da equipe de enfermagem, de acordo com o roteiro, contendo questões relativas às principais dúvidas dos participantes em relação à terapia medicamentosa (APÊNDICE C). Dos 30 profissionais, foram 14 técnicos de enfermagem, 09 auxiliares de enfermagem e 07 enfermeiras.

Na **quarta etapa** da coleta, tendo por base o relato da equipe capturado por meio das entrevistas e da observação, foi organizada e desenvolvida uma prática educativa em serviço, abordando os questionamentos que emergiram durante estas primeiras etapas.

A prática de educação em serviço desenvolveu-se por meio de debates em relação às dúvidas da equipe, em sala apropriada, evitando-se possíveis interrupções. Esta contou com auxílio de um projetor de multimídia para visualização de slides e de fotografias registradas no local de estudo, com a finalidade de tornar o processo dinâmico e envolvente aos participantes. A partir do resultado das observações pré-intervenção e das entrevistas foram listados os tópicos e temas que seriam abordados nos encontros da prática de educação em serviço.

Toda intervenção foi mediada pelo diálogo e por dinâmicas participativas, incluindo técnicas grupais para a construção do conhecimento de uma forma compartilhada entre pesquisadores e equipe da UIP. Os encontros foram previamente agendados com a equipe de enfermagem, sendo que um ocorreu na parte da manhã das 10:00 às 12:30 e outro à tarde das 14:30 às 16:30. Na parte da manhã participaram três técnicas de enfermagem da unidade, contou-se com a presença de duas enfermeiras que fazem parte do núcleo de segurança do paciente do hospital pesquisado, da orientadora deste projeto e de duas mestrandas de enfermagem, sendo uma auxiliar de pesquisa, no total de oito participantes. À tarde sete técnicas de enfermagem, duas auxiliares de enfermagem e quatro enfermeiras que atuam na unidade estiveram presentes, além das duas enfermeiras do hospital, que atuam no núcleo de segurança do paciente.

Nestes momentos, abordou-se acerca de questões éticas e legislação em relação à terapia medicamentosa, conceito de reconstituição, diluição, importância dos nove certos para o preparo e administração dos medicamentos, incompatibilidade, estabilidade, efeitos colaterais, eventos adversos e realização de cálculos das doses. Foi enfatizado, também, a importância de uma cultura de segurança a fim de proporcionar um cuidado mais seguro à criança hospitalizada. Este momento foi bastante produtivo, pois contou-se com a participação de duas enfermeiras que colaboraram na elaboração do manual de medicamentos que foi padronizado recentemente no hospital estudado e que fazem parte da equipe de segurança do paciente.

Contou-se com um diário de campo para registro das atividades e das principais questões que foram utilizadas para auxiliar no processo de análise dos dados.

Após esta prática, na **quinta etapa**, foi realizada a observação pós-intervenção de educação em serviço de quatro técnicos de enfermagem, do total de seis, pois dois não compareceram à educação em serviço não sendo, portanto, observados.

O uso de diferentes estratégias faz-se necessário como aliar a observação aos questionamentos ao grupo, pois, segundo Pope e Mays (2009), nem sempre o que é relatado pelas pessoas é na realidade observado. Em estudos qualitativos é utilizado o modelo emergente, onde há o desejo de realizar a pesquisa de acordo com a realidade e os pontos de vista do participante (POLIT; BECK, 2011).

### 3.4 ANÁLISE DOS DADOS

As coletas dos dados bem como a análise das informações ocorreram juntas, conforme preconizado pela PCA, permitindo ao pesquisador certificar-se de que não havia necessidade de adequações. Em virtude de vir ao encontro dos objetivos desta pesquisa, escolheu-se a PCA por possibilitar a obtenção de informações sobre as experiências dos participantes do estudo e conduzir a prática assistencial pelas ações de educação em serviço através das informações e orientações relativas ao cuidado desenvolvido com a equipe de enfermagem em relação à terapia medicamentosa.

A análise das transcrições foi realizada por meio da análise, conforme a metodologia proposta pela PCA em que esta é constituída por quatro processos: apreensão, síntese, teorização e transferência. (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Na apreensão realizou-se a coleta das informações através das entrevistas e das observações pré e pós-prática de educação em serviço, que foram registrados em diário de campo e o material empírico oriundo da transcrição das falas dos participantes que foram categorizadas, bem como dos registros fotográficos do local onde as medicações são preparadas.

Na síntese foi identificado, por meio das falas dos entrevistados bem como das observações, os códigos existentes e organizados com recurso de marcação cromática. De acordo com as semelhanças das codificações, emergiram as

categorias, processo de teorização, em que se descobriu os valores contidos nas informações. Neste processo de teorização foram buscadas ferramentas, tecnologias e fontes bibliográficas para construção da prática educativa em prol das mudanças necessárias à prática assistencial. Na transferência os resultados foram socializados com a equipe por meio da educação em serviço.

### 3.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto de pesquisa foi, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição registrado no Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e apresentado à Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) do Hospital Universitário de Santa Maria. Logo a seguir, mediante a autorização institucional por meio da Plataforma Brasil, sendo aprovado com número de Certificação de Apresentação e Avaliação Ética número: CAAE: 40744115.2.0000.5346.

Posteriormente à liberação do projeto de pesquisa, foi realizado contato inicialmente com os participantes, informando a proposta do trabalho, destacando a relevância de sua participação, sendo relatadas as questões éticas e de sua livre escolha, podendo desistir quando sentir vontade, sem que tenham prejuízo.

A pesquisa foi desenvolvida seguindo-se os aspectos éticos conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Aos participantes do estudo será apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (APÊNDICE D). A pesquisadora responsável, comprometeu-se com a privacidade e confidencialidade dos dados por meio da assinatura do Termo de Confidencialidade e Privacidade dos Dados (APÊNDICE E).

O TCLE foi apresentado aos participantes do estudo em duas vias, ficando uma delas com o participante e outra com a pesquisadora, com a assinatura de ambos. Neste termo constam todas as informações acerca da coleta, análise, bem como a divulgação das informações. Salienta-se que foi preservado o anonimato e suas identidades pessoais.

A privacidade foi garantida pela pesquisadora responsável, sendo que o participante em nenhum momento será identificado mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados para fins acadêmicos.



Os riscos desta pesquisa estão vinculados a situações que podem provocar constrangimentos, possibilitando despertar sentimentos e lembranças pelos sujeitos. Em relação aos benefícios, estes são indiretos, pretende-se contribuir com o conhecimento científico e no processo assistencial da enfermagem, favorecendo um cuidado mais seguro ao paciente pediátrico. Os participantes que responderam o questionário foram identificados com a letra E, de entrevistado, seguido do número da entrevista. Os que foram observados com a letra O, de observado, seguido o número da observação.

O material obtido na coleta dos dados ficará sobre responsabilidade e guarda da pesquisadora orientadora do estudo, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Enf<sup>a</sup>. Eliane Tatsch Neves. Os depoimentos bem como a transcrição das gravações arquivados por cinco anos no Centro de Ciências da Saúde da UFSM, CCS, na sala 1336, prédio 26, Cidade Universitária - Bairro Camobi. Av. Roraima, nº 100, CEP: 97.105.900, Santa Maria - RS.

## 4 CONVERGÊNCIA DOS DADOS DA PESQUISA COM A PRÁTICA DIALÓGICA DE EDUCAÇÃO EM SERVIÇO

É proposta por Paulo Freire, em suas obras, uma educação dialógica, libertadora e transformadora, o que vem ao encontro da PCA, pois tem o intuito de promover mudanças no local estudado. Desta forma, buscou-se articulação entre a assistência de enfermagem no preparo e administração de medicações e a prática dialógica de educação em serviço, a fim de promover reflexões críticas em relação a este cuidado.

Ao analisar os dados empíricos produzidos por meio de entrevistas, registros da observação pré e pós-prática educativa e registros do diário de campo da prática educativa emergiram as seguintes categorias: Cuidado seguro no preparo e administração de medicamentos e Repercussões de uma prática educativa dialógica em serviço.

### 4.1 CUIDADO SEGURO NO PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Esta categoria surgiu a partir dos relatos da equipe de enfermagem durante as entrevistas realizadas que mostrou as principais inquietações da mesma, bem como das observações na pré-prática educativa. Em decorrência das seis observações realizadas nos turnos da manhã, tarde e noite, sendo duas em cada turno, obteve-se os seguintes resultados:

- Das seis observações realizadas, em apenas uma delas o profissional **não transcreveu** para a fita adesiva disponível **a via a ser administrada** do medicamento.

- Em relação ao material disponível para **identificar o medicamento** a ser administrado, verificou-se inadequação nas seis observações, devido à utilização de fita crepe que dificulta a escrita e torna a leitura ilegível.

- Nos casos de **dúvidas no entendimento das prescrições médicas**, em duas observações elas foram sanadas com auxílio da enfermeira e em quatro os profissionais não referiram dúvidas.

- O **local para o preparo dos medicamentos**, mostrou-se inadequado nas seis observações em decorrência da **má iluminação** (FIGURA 1), **dos ruídos** (FIGURA 2), do **trânsito de pessoas** que não estavam envolvidas no preparo dos

medicamentos (FIGURA 3) e de outros fatores como: sala com presença materiais que não são utilizados no preparo dos medicamentos (FIGURA 4), rádio ligado, conversas entre colegas, reposição de materiais por funcionários da empresa terceirizada (FIGURA 3) e acompanhantes solicitando materiais, interrompendo a concentração de quem estava preparando os medicamentos.



Figura 1 – Iluminação inadequada na sala para o preparo dos medicamentos, sendo mais evidente à noite.



Figura 2 – Presença de rádio ligado sobre a bancada onde os medicamentos são preparados. A presença de ruídos como este podem distrair o profissional de enfermagem colaborando com possíveis incidentes.



Figura 3 – Presença de funcionários repondo materiais na sala ao mesmo tempo em que estão sendo preparados os medicamentos, podendo causar distração no momento do preparo dos medicamentos.



Figura 4 – Sala para o preparo dos medicamentos com outros materiais que deveriam estar em outra sala.

– **A higienização das mãos** antes do preparo da medicação não ocorreu de acordo com a padronização no hospital.

– Dos cuidados com os materiais utilizados, cinco participantes realizaram **asepsia** da ampola e demonstraram cuidado/atenção ao abrir as embalagens, uma não realizou asepsia da ampola. Verificou-se a presença de ampola aberta com medicamento sobre o balcão (FIGURA 5), que estava coberta com a embalagem do material utilizado para realizar asepsia dos materiais, bem como seringas contendo solução fisiológica para realizar a salinização dos cateteres venosos que permanecem, às vezes, por mais de seis horas.



Figura 5 – Ampola de medicamento aberta sobre o balcão protegida com embalagem da almofada com álcool que é utilizada para realizar assepsia dos materiais.

– Os **cinco certos** que incluem a identificação do paciente, da medicação, da dose, da hora e da via certos, foram realizados em cinco das seis observações, sendo que uma não identificou a via a ser administrada.

– Em duas observações o técnico de enfermagem, ao ser questionado pelo familiar, soube informar o nome da medicação e sua indicação. Em outras quatro observações não houve questionamento por parte do paciente/acompanhante, tão pouco a informação sobre o tipo de medicamento por parte do profissional ao paciente. Assim sendo, verificou-se que **somente são fornecidas as informações quando solicitado**.

– O profissional de enfermagem **delegou a administração de medicamento** ao familiar/acompanhante em cinco observações quando a medicação foi administrada por via oral ou sonda de gastrostomia.

Assim, a partir das observações obteve-se dados que remeteram à necessidade de desenvolvimento de uma prática educativa com a equipe, tendo sido constatado problemas com: a identificação da via e medicamentos, interpretação da prescrição, assepsia, local de preparo inobservância dos cinco certos, falta de

informações ao familiar/acompanhante e delegação da administração ao familiar/acompanhante.

Em relação às entrevistas as principais dúvidas citadas quanto ao preparo e administração de medicamentos foram: diluição e rediluição dos medicamentos (cálculos das doses), estabilidade dos medicamentos, tempo de infusão, preparo e efeitos colaterais e indicação das mesmas e diluente apropriado.

A equipe de enfermagem relatou muitas dúvidas em relação ao preparo adequado e administração dos medicamentos. As participantes enunciaram sobre suas principais dúvidas quanto a este cuidado:

[...] dúvidas surgem à medida que vem uma medicação nova. (E1)

[...] tem que ter uma atualização meio que contínua... (E8)

[...] dúvida é no preparo, não diluir no que seja incompatível. (E11).

Percebe-se que somente a habilitação para realizar os cuidados de enfermagem não basta, sendo de extrema relevância a promoção e participação em atualizações constantes, tendo em vista os avanços da medicina, do uso de novos medicamentos bem como equipamentos.

Sabe-se que algumas medicações precipitam quando reconstituídas ou diluídas em diluente não apropriado, tornando a medicação imprópria para o uso. Salienta-se mais uma vez a necessidade de uma educação permanente com intuito de propagar o conhecimento para promover um cuidado mais seguro ao paciente.

Durante a observação foi verificado que quando o técnico de enfermagem tem dúvidas em relação ao preparo e administração do medicamento, costuma procurar no quadro fixado à parede em que constam algumas informações. Porém, quando não as encontra ali, solicita esclarecimentos a outro técnico ou ao enfermeiro. Percebe-se a necessidade de terem-se informações disponíveis e de fácil acesso à equipe para sanar as dúvidas, evitando também um possível atraso na administração dos medicamentos.

Ainda em relação às dúvidas, obteve-se os seguintes relatos:

[...] tem que ter um padrão para diluição de medicação para gente não ficar com dúvida. (E7)

[..] uma diz que dilui assim, outra não dilui, então a gente sempre tem dúvida. (E4)

[...] tenho dúvidas principalmente em relação à estabilidade. (E22)

A diluição de medicamentos na área pediátrica é um cuidado que requer dos profissionais atitudes, conhecimentos e habilidades específicas. A diluição incorreta é um fator que contribui para que ocorra incidentes, podendo causar um dano temporário e até mesmo permanente ao paciente.

A estabilidade de um medicamento relatada aqui refere-se a medicações que são diluídas ou reconstituídas e como são doses para pacientes pediátricos, há em certos casos muitas sobras causando dúvidas na equipe se podem ser armazenadas para uso posterior.

#### **4.1.1 Discussão**

Medicamentos são úteis para tratamento, prevenção de patologias, controlar sinais e sintomas, aliviar a dor e conseqüentemente o sofrimento humano. Esta terapia medicamentosa envolve várias etapas que vai desde a prescrição, revisão, validação, dispensação, preparo e monitoramento de possíveis reações. Cabe à equipe de enfermagem administrar os medicamentos sendo imprescindível fazê-lo com segurança.

De acordo com o artigo 12, do código de ética dos profissionais de Enfermagem (COFEN 2007), sobre as responsabilidades, ressalta que é dever dos profissionais assegurar ao paciente uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência. Balbino et al. (2009), destacam que uma diluição errada constitui uma imperícia, a imprudência quando antecipa o medicamento e negligência quando não é checada. Desta forma, sendo um processo complexo, requer conhecimentos e habilidades específicas da equipe de saúde para evitar incidentes.

Entretanto, embora a legislação aponte uma postura punitiva para ações desta natureza, a instituição deve promover uma cultura não somente punitiva, mas de ordem educativa, incentivando o aprendizado a partir dos erros detectados e expostos pela equipe como um todo.

Em relação à utilização do aparelho de som e a presença de pessoas repondo materiais na sala do preparo dos medicamentos estudos descrevem que fatores ambientais tais como: barulho, agitação e estímulos visuais estão



frequentemente associados a falhas na assistência prestada pois desencadeiam estresse, diminuem a concentração e atenção (HARADA, 2006). Em virtude disto, salienta-se a importância de uma sala adequada para o preparo dos medicamentos com a finalidade de reduzir incidentes em decorrência de interrupções e distrações.

O erro de medicação, segundo Belela et al. (2011), é um evento evitável que ocorre durante o processo de terapia que pode ou não causar danos ao paciente. No Brasil, segundo Wegner e Pedro (2012) existem estudos, relatados principalmente pela enfermagem, sobre erros envolvendo medicamentos e abordam as etapas que envolvem este cuidado, bem como os profissionais envolvidos: médicos, farmacêuticos e equipe de enfermagem. Estes relatos auxiliam na busca de estratégias que podem contribuir com a redução de erros envolvendo a terapia medicamentosa. Cabe salientar também a importância de uma cultura de segurança que pode reduzir incidentes, pois de acordo com Franco et al. (2010), deve-se evitar punições e aprender com os erros. Importante também salientar que estes devem ser notificados sem que haja medo de punição pois servem como forma de aprendizado. Segundo Glavin (2010) a cultura de segurança é quando as organizações, as equipes e os indivíduos têm uma consciência constante e ativa de que existe um potencial para que erros aconteçam. São capazes de reconhecê-los, aprender com eles e implantar ações corretivas.

A partir dos relatos da equipe de enfermagem percebe-se que, em sua maioria, predomina a preocupação, principalmente em relação à diluição dos medicamentos, que pode causar danos ao paciente caso os cuidados devidos não sejam observados. Um estudo realizado no interior paulista vai ao encontro deste achado, pois evidenciou que a maior percentagem de dúvidas da equipe de enfermagem estava relacionada a diluição dos medicamentos (SILVA et al., 2007). Em decorrência disto salienta-se a necessidade de intervenções educativas visando o esclarecimento das dúvidas para contribuir para a promoção do cuidado seguro.

Peterlini, Chaud e Pedreira (2003), ressaltam que o metabolismo dos recém-nascidos e dos adolescentes diferem quanto à absorção, distribuição e excreção das drogas. Desta forma, torna-se necessário conhecimento técnico e científico específicos para que a terapia medicamentosa seja eficaz e segura. De acordo com Brasil (2013b), entende-se por segurança do paciente a redução de danos a um mínimo aceitável.

A instituição em que foi desenvolvida esta pesquisa, preocupada com as questões relacionadas à medicamentos, em janeiro de 2015, publicou online em sua página, o Manual<sup>2</sup> de diluições de medicamentos injetáveis para acesso em tempo real. Também, construiu um Programa<sup>3</sup> de capacitação para enfermeiros, técnicos de enfermagem e residentes multiprofissionais com foco nas orientações sobre referido manual entre outras questões relacionadas ao protocolo de medicamentos e dúvidas dos profissionais. Nesse sentido, cabe as chefias das unidades de internação a organização da inscrição dos profissionais para a participação na capacitação.

Um hospital infantil, na Suécia, criou um grupo de trabalho e desenvolveu um banco de dados sobre medicamentos, sendo atualizado frequentemente e que está diretamente ligado à prescrição médica eletrônica. Há informações sobre dose, indicação, instruções para preparo, armazenamento e estabilidade (STAR et al., 2013). Este banco de dados é uma excelente estratégia, pois facilita a obtenção de informações necessárias a toda equipe que participa deste cuidado.

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2007), no artigo 11, capítulo III, é função da equipe de enfermagem executar tratamentos como a administração de medicamentos, seja por via oral ou parenteral. Diante disto verifica-se que delegar este cuidado ao familiar ou acompanhante da criança vai de encontro a legislação.

Em relação à prática da higienização das mãos, sabe-se que influencia no controle de infecções nos serviços de saúde. As mãos dos profissionais de saúde são as vias que mais transmitem com frequência microrganismos no ambiente hospitalar (CARDOSO et al., 2012). Desta forma, salienta-se que deve ser realizada de forma adequada, pois refletirá diretamente na segurança do paciente atendido.

Há no Brasil, um manual para profissionais de saúde, elaborado pela Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente, no ano de 2013, que faz recomendações para que haja administração segura de medicamentos, dentre eles destaca: ambiente limpo, boa iluminação e ventilação, baixo nível de ruídos, materiais, mobiliários e espaço físico adequado, utilizar a regra dos nove certos, conforme orientação da ANVISA, implementação de protocolos cínicos

---

<sup>2</sup> O Manual está disponível em: <http://www.husm.ufsm.br/janela/manual-de-medicacao.pdf>

<sup>3</sup> O Programa “Cuidado seguro no preparo e administração de medicamento injetável” está organizado em oficinas que podem ser acessadas no link <http://nepshusm.blogspot.com.br/>

multiprofissionais com prescrições informatizadas a fim de minimizar confusões por ilegibilidade, importância da leitura atenta do rótulo antes do preparo do medicamento, atentando para que o horário de administração esteja entre trinta minutos antes ou até trinta após, que as medicações de alta vigilância estejam armazenados em gavetas chaveadas.

Percebe-se que há várias recomendações para evitar incidentes sendo necessário que cada profissional que participa no cuidado envolvendo a terapia medicamentosa tenha informações sobre estes e os implementem de maneira adequada, contribuindo com a segurança do paciente.

#### 4.2 REPERCUSSÕES DE UMA PRÁTICA EDUCATIVA DIALÓGICA EM SERVIÇO: EM PROL DA SEGURANÇA DO PACIENTE PEDIÁTRICO

Esta categoria surgiu por meio da convergência das entrevistas pré-prática educativa e da atividade educativa realizada com as mudanças e transformações observadas no momento pós-prática educativa. Ressalta-se que estas transformações começaram a ocorrer desde o início deste estudo, sendo que a cultura de segurança do paciente foi sendo disseminada entre a equipe e várias ações já foram implementadas desde o momento de ambientação da pesquisadora mestranda, sendo isso possível em se tratando de uma PCA. Estas transformações e mudanças serão descritas nesta seção como repercussões do estudo.

Durante as entrevistas, a equipe de enfermagem sugeriu que para a atividade educativa fosse abordado temas relativos a: diluição e rediluição dos medicamentos, técnicas de assepsia para o preparo de medicamentos e administração, padronização das diluições, noções de doses das medicações pediátricas, estabilidade dos medicamentos e tempo de infusão, atualização da tabela dos medicamentos existente na unidade que contém apresentação, diluição, rediluição, estabilidade e principais efeitos colaterais, indicações dos medicamentos e que fosse ressaltado a importância do registro completo nas etiquetas utilizadas para identificar a medicação e paciente, bem como dose, via e horário.

A prática educativa iniciou com questões referentes a legislação vigente no que tange a prática do enfermeiro, dos deveres da equipe de enfermagem em realizar um cuidado livre de imperícia, imprudência e negligência, de ter conhecimento sobre o medicamento a ser administrado, da importância de realizar o

cuidado de maneira segura, buscando sempre a prevenção de incidentes. Logo após, cada participante recebeu uma pergunta juntamente com um bombom para responder, com questões relativas à terapia medicamentosa como, por exemplo: diferença entre eventos adversos e efeitos colaterais, diluição e estabilidade de alguns medicamentos como gentamicina, dipirona, bactrim, penicilina cristalina, cálculo da dose de medicamentos como a ampicilina com sulbactam, dentre outros.

Houve vários questionamentos, sendo que os mais comuns versaram sobre: a diluição da gentamicina visto ser um antibiótico nefrotóxico e ototóxico, sua estabilidade após aberta a ampola, de não ser administrado junto com aminoglicosídeos como ampicilina, visto inativar sua ação, importância de adequar o volume do medicamento diluído ao tamanho da criança, bem como condições clínicas, da verificação de qual diluente é mais adequado para diluir o medicamento, de manter a temperatura adequada, entre 2 e 8 °C, do refrigerador utilizado para armazenar medicamentos, do armazenamento das sobras das medicações em seringas no máximo até 6 horas devido a sua aderência nas paredes da mesma, do cuidado ao identificar os medicamentos com fita adesiva de maneira clara e com todas as informações necessárias pois dependendo das intercorrências na unidade nem sempre quem preparou irá administrar a medicação, da atenção necessária e imprescindível na leitura da prescrição médica para o preparo e administração da medicação, sanando dúvidas sempre que preciso, da importância de aguardar a evaporação do álcool após fricção com almofada para assepsia na pele, ou conectores para administrar os medicamentos a fim de reduzir o número de bactérias, evitando-se infecções. Para o encerramento da prática foi fornecido aos participantes uma folha contendo questões de cálculos envolvendo doses dos medicamentos.

Após a atividade educativa, observaram-se mudanças na área física como: as gavetas que estavam as medicações dos pacientes foram reformadas e divididas, o rádio foi retirado do balcão para o preparo dos medicamentos (FIGURA 6), as seringas com solução fisiológica para realizar a salinização do cateter venoso são preparadas a cada turno e desprezadas se tiver sobras.

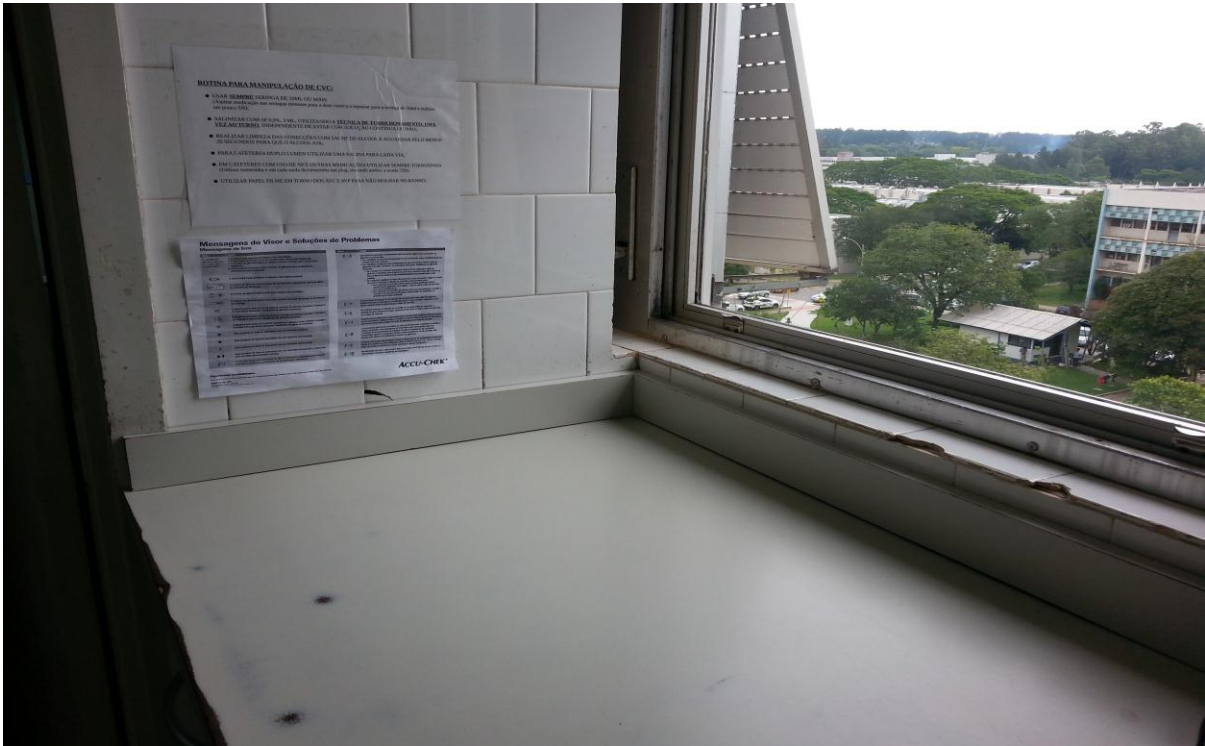


Figura 6 – O aparelho de som que estava sobre a bancada utilizada para o preparo dos medicamentos foi retirado pois poderia causar distração.

Esta atividade educativa foi planejada a partir dos questionamentos oriundos da equipe de enfermagem, no momento das entrevistas, sobre o que pensavam ser importante abordar a fim de minimizar as inquietações relatadas anteriormente: Em relação a esta questão E18 e E9 relatam:

[...] eu acho que tem que saber a diluição, os riscos, os efeitos colaterais, estabilidade (E18).

[...] eu acho que o princípio das técnicas de assepsia, o manejo no preparo (E9).

Tais solicitações foram frequentes nos relatos da equipe, tendo em vista que as doses pediátricas necessitam de cálculos recorrentes e um número reduzido de medicamentos possuem apresentação adequada a esta faixa etária, exigindo um cuidado maior.

Também, foi solicitado pela maioria dos membros da equipe que fosse atualizado o quadro que há na unidade e que contém informações sobre alguns medicamentos, tais como: apresentação, indicação, diluição e efeitos colaterais, isto se confirma no depoimento de E14 e E19:

[...] seria legal a gente atualizar a tabela, seguiria um padrão melhor (E14)

[...] deveria ser feito uma atualização do quadro de medicações e suas diluições que existe na salinha onde preparamos as medicações (E19).

Os relatos sobre este quadro com informações sobre os medicamentos foram frequentes e, realmente, verifica-se a importância de se ter materiais de fácil acesso para consultar quando necessário.

Concomitantemente à atividade educativa, perceberam-se mudanças concretas na prática assistencial da equipe de enfermagem na UIP, oriundas do processo educativo, tais como: maior segurança e cuidado no preparo e administração das medicações, bem como organização dos materiais. Para atender à solicitação da equipe de enfermagem da atualização do quadro, está sendo confeccionado um banner, com informações ampliadas e atualizadas para consulta no momento do preparo das mesmas.

A partir destas observações pós-prática educativa, foi verificado que houve efeitos benéficos em relação ao registro na fita adesiva disponível para identificar a medicação, pois estava com os dados completos como: nome, via a ser administrada, dose e horário, o que anteriormente houve falhas não identificando a via correta. A instituição hospitalar está, no momento, realizando levantamento de materiais mais adequados para identificar as medicações que serão administradas, para substituir a fita crepe.

Acerca do entendimento da prescrição médica, as participantes relataram que a prescrição eletrônica facilita e evita transtornos em relação à legibilidade e quando as dúvidas permanecem, elas são sanadas com a equipe de enfermagem e/ou médica.

O local para preparar as medicações permanece com iluminação inadequada, sendo que a direção do hospital já está a par destas informações para buscar soluções. Houve diminuição do ruído na sala, pois o aparelho de som foi retirado do balcão onde prepara-se os medicamentos. Permanece ainda a entrada e saída de pessoas da sala que não estão preparando os medicamentos, bem como outros tipos de materiais que deveriam estar noutras salas. Conforme contato com o núcleo de segurança do paciente, a adequação das salas de preparo de medicamentos compõe uma das metas prioritárias do Plano de Segurança do Paciente da instituição.

Por ocasião das atividades desta dissertação, foram providenciadas divisórias nas gavetas utilizadas para guardar os medicamentos dos pacientes (FIGURA 7), o que tornou mais organizado o acondicionamento das mesmas. Não foi mais observado sobre o balcão onde prepara-se os medicamentos ampolas deixadas cobertas com as embalagens das almofadas para assepsia dos materiais. (FIGURA 8).



Figura 7 – Novas divisórias para o acondicionamento individual dos medicamentos foram adicionadas nas gavetas.



Figura 8 – Ausência de ampolas de medicamentos abertas sobre o balcão logo após o preparo.

A higienização das mãos está sendo mais efetiva e observou-se preocupação em realizar conforme padronizado no hospital. Foi verificado o cuidado em não contaminar os materiais como seringas e agulhas e está sendo realizada a assepsia das ampolas e frascos de medicamentos. No que tange à higienização das mãos, esta é uma das metas mais trabalhadas na instituição. São realizadas campanhas, oficinas com a “Caixa da verdade”, disponibilização de material de qualidade e sensibilizações constantes, pois a cultura de segurança envolve comportamentos e atitudes proativas tanto profissionais quanto gerenciais.

Percebeu-se também que o cuidado está sendo efetivo na identificação do paciente, do medicamento, via dose e hora certos. Em quatro observações, permaneceram somente informando o familiar da medicação quando questionados. Embora tenha sido ressaltado na educação em serviço de que a administração de medicamentos, mesmo sendo por sonda, deve ser realizada pela enfermagem, em uma das vezes foi delegado ao familiar fazê-lo. Duas técnicas, ao serem observadas, relataram que gostaram da educação em serviço e de que as mudanças irão ocorrer aos poucos. Uma relatou descontentamento em relação à



demora das prescrições médicas que acabam atrasando a dispensação e consequentemente a administração. Cerca de três semanas após as observações a dispensação das medicações passou a ser mais rápida, pois como as prescrições são informatizadas logo que são enviadas para a equipe da farmácia, esta já pode efetuar a dispensação.

#### **4.2.1 Discussão**

Segundo Carotta (2009), há estudos que relatam que a educação permanente em saúde é uma estratégia de gestão que pode ser utilizada para construção de práticas educativas e processos de trabalho que permitam pensar e refletir. Em virtude disto foi realizada a atividade de educação em serviço com a equipe de enfermagem em que foram abordadas questões solicitadas pela mesma e, também, identificadas a partir de observações. Cabe destacar que esta intervenção foi pautada na teoria problematizadora de Freire (2006), em que deve haver reflexão crítica sobre a prática e não a transferência de conhecimentos, mas propiciar possibilidades para sua construção ou produção.

De acordo com Wegner e Pedro (2012) a roda de conversa pode ser uma estratégia para que os profissionais de saúde conversem sobre erros advindos de suas atividades profissionais o que pode ser o início do desenvolvimento da cultura de segurança do paciente. Pode-se constatar nesta prática desenvolvida que, encontros entre os profissionais trazem diversos benefícios, proporcionando a construção de conhecimentos, contribuindo para o cuidado mais seguro.

Oliveira et al. (2005), descreve que estratégias de curto prazo realizando-se treinamentos periódicos para médicos, equipe de farmácia e enfermagem, criação de comissões envolvidas com a segurança do paciente para prevenir ou reduzir incidentes em relação aos medicamentos, dispor de material com informações sobre interações e estabilidades aos profissionais, contribuem para a prática segura deste cuidado. Freitas e Oda (2008) ainda destacam a importância da notificação de erros pelos profissionais de saúde sem que haja medo de punição, pois servem como forma de aprendizado.

Em relação à prescrição médica eletrônica, Bates (2009) relata que são mais estruturadas e legíveis possibilitando que o erro seja corrigido ainda na digitação, sem rasuras e rabiscos. Na prática, o que se observa é que realmente são mais

legíveis, porém ainda ocorrem rasuras em função de modificações da prescrição durante as 24 horas. Metzger et al. (2010) informam que a prescrição médica eletrônica aliada a um programa de apoio a decisão clínica pode favorecer na redução de erros, quando um conjunto de ferramentas são integradas no sistema de entrada de prescrição podendo sugerir ordens apropriadas através de mensagens e alertas. Mas, de acordo com Baysari (2011) os médicos acabam substituindo estes alertas porque muitas vezes há um número excessivo deles, causando fadiga ao prescritor.

STAR et al. (2013) descrevem o relato de enfermeiras pediatras da Noruega que enfatizam a importância de se ter instruções padronizadas e de fácil acesso sobre medicamentos que raramente são prescritos. Este relato vem ao encontro das solicitações da equipe de enfermagem para atualização do quadro fixado na parede da unidade que contém informações relevantes sobre os medicamentos.

Com as intervenções realizadas através da prática de educação em serviço percebeu-se que houve repercussões nas ações da equipe de enfermagem em que os conhecimentos adquiridos já foram postos em prática imediatamente, trazendo benefícios não só para a equipe, mas principalmente para os pacientes e seus familiares.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo demonstraram que há necessidade de aprimoramento constante em relação ao processo medicamentoso, tanto na reestruturação do ambiente quanto do processo de trabalho. Isto se deve ao fato de que o cuidado no preparo e administração dos medicamentos é um processo complexo que requer habilidades, conhecimentos e atitudes de toda equipe multiprofissional envolvida.

Concluiu-se que a educação em serviço apresenta-se como uma estratégia necessária e eficiente para sanar dúvidas da equipe de enfermagem em relação à terapia medicamentosa. Esta apresentou repercussões imediatas na prática diária da equipe da UIP, contribuindo para a promoção da cultura de segurança do paciente. Ainda, a equipe demonstrou grande interesse em participar desde o início desta pesquisa, colaborando com um ambiente propício para a disseminação do conhecimento e desta cultura.

Acredita-se que somente intervenções isoladas não são totalmente efetivas, tendo em vista que a medicamentosa é um processo que envolve várias etapas desde a prescrição, validação, dispensação, preparo e administração. Em cada uma delas, o profissional envolvido tem suas responsabilidades e deve buscar conhecimentos para realizá-la de maneira adequada. Sugere-se, ainda, incentivar o desenvolvimento de uma cultura não punitiva em prol da segurança do paciente.

## REFERÊNCIAS

- ABBASINAZARI, M; ZAREH-TORANPOSHTI, S; HASSANI, A; SISTANIZAD, M; AZIZIAN, H; PANAHI, Y. The effect of information provision on reduction of errors in intravenous drug preparation and administration by nurses in UCI and surgical wards. **Acta Med Iran**. 2012. Nov; 5/09/11: p. 771-777.
- ACKROYD-STOLARZ, S.; HARTNELL, N.; MACKINNON, N. J. **Approaches to improving the safety of the medication use system**. *Healthc Q*. 2005;8 Spec No:59-64.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA (BR). O que devemos saber sobre medicamentos. Brasília, DF: ANVISA:2010 [Acesso em 2014 Set 04]. Disponível em:  
<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Medicamentos>
- AGRAWAL, A. Medication errors: prevention using information technology systems. **Br J Clin Pharmacol**. Jun. 2009, v. 67, n. 6, p. 681-686. doi: 10.1111/j.1365-2125.2009.03427.x
- AMERICAN Association of Hospitals Pharmacists. ASHP. Guidelines on preventing medication errors in hospitals. **Am J. Hosp. Pharm**, v. 50, p. 305-314, 1993.
- BALBINO, C. M. et al. Erros de medicação e a segurança do paciente: revisão sistematizada de literatura. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 8. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/2599/569>.
- BATES, D. W. Using information technology to reduce rates of medication errors in hospitals. **British Medical Journal**, v. 320, n. 7237, p. 788-791, 2000.
- BAYSARI, M; T.; WESTBROOK, J. I.; RICHARDSON, K. L.; DAY, R. O. The influence of computerized decision support on prescribing during ward-rounds: are the decision-makers targeted? **J Am Med Inform Hassock**, v. 18, p. 754-759, 2011.
- BELELA, A. S. C.; PEDREIRA, M. L. G; PETERLINE, M. A. S. Erros de medicação em pediatria. **Rev. Bras. Enferm** [internet]. 2011. [acesso em 23 de maio de 2014];64(3):563-9. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3a22.pdf>.
- BELLO, J. L. P. **Paulo Freire e uma nova filosofia para a educação**. Vitória, 1993. Disponível em: Acesso em: 15 mai. 2015.
- BOHOMOL, E.; RAMOS, L. H. Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. **Revista Bras. Enferm**, v. 60, n. 1, p. 32-36, jan/fev. 2007.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. **Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**. Brasília, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de ética em **pesquisa. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa em seres humanos. Resolução n.446**, Brasília, 2012. 2ª. Ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília**, DF, 02 abr. 2013b. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=43%data=02/04/2013>>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Institui os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente - Anexo 03: Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília**, DF, 25 de setembro de 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).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 198/GM/MS em 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União nº 32/2004, seção I** República Federativa do Brasil, Poder executivo, Brasília, DF, 2004a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariagm198polos.pdf>>. Acesso em 08 nov. 2014.

CARDOSO, T.; LOPES, J.; SILVA, C. S. O.; PINHO, L.; OLIVEIRA, A. P.; MARQUES, F.; SOUZA, L. P. S. A importância da lavagem das mãos para a realização dos cuidados de enfermagem. **EFDesportes.com, Revista digital**. Buenos Aires, ano 16, nº 164, janeiro de 2012. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/>

CAROTTA, F.; KAMURA, D.; SALAZAR, J. Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. **Saúde e sociedade**, v. 18. supl. I, 2009.

CASSIANI, S. H. B.; GIMENES, F. R. E.; MONZANI, A. A. S. O uso da tecnologia para a segurança do paciente. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 11, n. 2, p. 413-417, 2009. *versão On-line* ISSN 1518-1944. Disponível em: [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_serial&pid=1518-1944&lng=pt&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1518-1944&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 21 de setembro de 2014.

CECCIM, R. B. **Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário**. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-77, fev2005. Disponível em: <<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaopermanente.pdf>> Acesso em 22 out 2013.

COSTA, L. A.; VALLI, C.; PIMENTEL, A. A. Erros de dispensação de medicamentos em um hospital público pediátrico. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 16, n. 5, p. 812-817, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem Disponível em: <http://corensp.org.br/072005/>. Acesso em 21 de setembro de 2014.

FERRAZ, F. et al. Cuidar-educando em enfermagem: passaporte para o aprender/educar cuidar em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília- DF, v. 58, n. 5, p. 607-610, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/agibin/wxis.exe/iah>. Acesso em 19 de setembro de 2014.

FIOCRUZ. **Proqualis**. Disponível em: <http://proqualis.net/aula/taxonomia-classifica%C3%A7%C3%A3o-internacional-para-seguran%C3%A7a-do-paciente-icps#.VBwKBJRdUcA>. Acesso em 19 de setembro de 2014.

FRANKLIN, B. D.; O'GRADY, K.; PARR, J.; WALTON, I. Using the internet to deliver education on drug safety. **Qual Saf Health Care**. v. 15, n. 5, p. 329-333, Oct. 2006.

FRANCO, J. N.; RIBEIRO, G.; INNOCENZO, M.; BARROS, B. P. A. Percepção da equipe de enfermagem sobre fatores causais de erros na administração de medicamentos. **Rev. Bras. Enfem**, Brasília. v. 63, n. 6, p. 927-932, nov/dez. 2010.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia - Saberes necessários à prática educativa**. 34. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

FREITAS, D. F.; ODA, J. Y. Avaliação dos fatores de risco relacionados às falhas durante a administração de medicamentos. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v. 12, n. 3, p. 231-237, set./dez. 2008.

GLAVIN, R. J. Drug Errors: consequences, mechanisms, and avoidance. **British Journal of Anaesthesia**. v. 105, n. 1, p. 76-82, 2010.

HARADA, M. J. C. S.; PEDREIRA, M. L. G.; PETERLINI, M. A. S.; PEREIRA; S. R. **O erro humano e a segurança do paciente**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

KOHN, L.; CORRIGAN, J.; DONALDSON, M. **To err is human: building a safer health system**. Washington, DC: Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine: National Academy Press, 2000.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2006. 297p.

LACERDA, M. R. et al. Pesquisa-ação, pesquisa convergente assistencial e pesquisa cuidado no contexto da enfermagem: semelhança e peculiaridades. **Revista Eletrônica Enfermagem**. Goiânia, v. 10, n. 3, p. 843-8, 2008. Disponível em: <<http://www.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a31.htm>> Acesso: 30 de out de 2012.

LOPEZ, M. F. A.; WEGNER, W. Eventos adversos no cuidado da criança: concepções de familiar/cuidador na atenção básica. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 6, n. 3, p. 190-196, set./dez. 2013.

MARTINS, T. S. S.; SILVINO, Z. R.; SILVA, L. R. Eventos adversos na terapia farmacológica pediátrica: revisão integrativa de literatura. **Rer Bras Enferm**, Brasília v. 64, n. 4, p. 745-50, jul/ago. 2011.

MASSAROLLI, A.; SAUPE, R. **Distinção conceitual**: Educação permanente e educação continuada no processo de trabalho em saúde. 2007. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/w.045.pdf>> Acesso em 08 nov. 2014.

METZGER, J.; WELEBOB, E.; BATES, D. W.; LIPSITZ, S.; CLASSEN, B. C. Mixed results in the safety performance of computadorized physician order entry. **Health Affairs (Millwood)**. v. 29, n. 4, p. 655-663. Doi: 10.1377/hlthaff.2010.0160. Apr. 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 410p.

MIASSO, A. I.; SILVA, A. E. B. C, CASSIANI, S. H. B.; GROU, C. R.; OLIVEIRA, R. C.; FAKIH, F.T. O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de administração de medicação. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 354-363, maio-jun. 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde**. 2. ed. Série B, Textos Básicos em Saúde, 2008. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/AGENDA\\_PORTUGUES\\_MONTADO.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/AGENDA_PORTUGUES_MONTADO.pdf)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria MS/GM Nº 1.130, de 5 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://www.migalhas.com.br/arquivos/2015/8/art20150811-04.pdf>.

MONTESI G, LECHI A. Prevention of medication errors: detection and audit. **Br J Clin Pharmacology**. v. 67, n. 6, p. 651-655, jun. 2009. Doi: 10.1111/j.1365-2125.2009.03422.x.

NAHATA, M. C. **Pediatric drug formulations: challenges and potentials solutions**. *Annals of Pharmacotherapy*. v. 33, n. 2, p. 247-249, feb. 1999.

OLIVEIRA, R. C.; CAMARGO, A. E. B.; CASSIANI, S. H. B. Estratégias para prevenção de erros de medicação no setor de emergência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 4, p. 399-404, jul./ago. 2005.

PEDREIRA, M. L. G. **Enfermagem Dia a Dia**: Segurança do Paciente. Editora Yendis; 2009, p. 3-22.

PEDREIRA, M. L. G.; PETERLINE, M. A. S.; HARADA, M. J. C. S. Erros de medicação: aspectos relativos à prática do enfermeiro. In: **O erro humano e a segurança do paciente**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

PEIXOTO, L. S.; GONÇALVES, L. C.; COSTA, T. D.; TAVARES, C. M. M.; DANTAS, C. A. C.; ANTUNES, E. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Revista Eletrônica trimestral de Enfermagem**. n. 29 jan. 2013. Disponível em: <<http://www.um.es/englobal/>>

PETERLINE, M. A. S.; CHAUD, M. N.; PEDREIRA, M. L. G. **Órfãos de terapia medicamentosa**: a administração de medicamentos por via intravenosa em crianças hospitalizadas. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 88-95, jan./fev. 2003.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669p

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 172p.

REBRAENSP - Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. **Estratégias para a segurança do paciente**: manual para profissionais de saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.

RIBEIRO, E. C. O.; MOTTA, J. I. J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. **Divulgação em saúde para debate**, n. 12, p. 39-44, jul. 1996. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/arquivos/educação.rtf>. Acesso em 31 mai 2013.

ROCHA, P. K. et al. Segurança do paciente pediátrico. In: **Programa de atualização em Enfermagem- (PROENF): Saúde da criança e do adolescente**. Ciclo 5, v. 3. Porto Alegre: Artmed Editora, 2006. p. 9-27.

ROZEMBAUM, H.; GORDON, L.; BREZIS, M.; PORAT, N. The use of a standard design medication room to promote medication safety: organizational implications. **Int J Qual Health Care**. v. 25, n. 2, p. 188-196, apr. 2013. Doi: 10.1093/intqhc/mzt005. Epub 2013 Jan 18.

SANTANA, J. C.; SOUZA, M. A. S.; SOARES, H. C.; AVELINO, K. S. A. Fatores que influenciam e minimizam os erros na administração dos medicamentos pela equipe de enfermagem. **Rev. Enferm**. v. 15, n. 01, jan/abr. 2012.

SAXENA, K.; LUNG, B.R.; BECKER, J. R. **Improving patient safety by modifying provider ordering behavior using alerts (CDSS) in CPOE system**. AMIA Annu Symp Proc. 2011: 1207-1216. Epub 2011 Oct 22

SILVA, G. C.; GARCIA, C. A. Erro de medicação: estratégias e novos avanços para minimizar o erro. **Rev Enferm UNISA**, v. 10, n. 1, p. 22-26, 2009.

SILVA, D. O.; GROU, C. R.; MIASSO, A. I.; CASSIANI, S. H. B. Preparo e administração de medicamentos: análise de questionamentos e informações da equipe de enfermagem. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 15, n.5, Set./out. 2007.



STAR, K.; NORDIN, K.; PÖDER, U.; EDWARDS, I. R. Challenges of safe medication practice in paediatric care- a nursing perspective. **Acta Paediatr.** v. 102, n. 5, p. 532-538. May. 2013. Doi: 10.1111/apa.12212.

SULLIVAN, K. M.; SUH, S.; MONK, H.; CHU, O. Personalized performance feedback reduces narcotic prescription errors in a NICU. **BMJ Qual Saf.** v. 22, n. 3, p. 256-262, mar. 2013. Doi: 10.1136/bmjqs-2012-001089. Epub 2012 Oct4.

TONELLO, P.; ANDRIGUETTI, L. H.; PERASSOLO, M. S.; ZIULKOSKI, N. A. Avaliação do uso de medicamentos em uma unidade pediátrica de um hospital privado do sul do Brasil. **Rev. Ciênc Farm. Básica Apl.** v. 34, n. 1, p. 101-108. 2013.

TRENTINI, M.; BELTRAME, V. A Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA) levada ao real campo de ação da enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 11, n. 2, p. 156-60, 2006.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem.** Florianópolis: Insular, 2004, 144 p.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA D. M. G. **Pesquisa Convergente Assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde.** 3. ed. Porto Alegre: Moriá, 2014, 176 p.

VINCENT, C. **Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos/** Charles Vincent; tradução de Rogério Videira. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2009.

WEGNER, W.; PEDRO, E. N. R. A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. **Rev. Latino Am. Enfermagem.** v. 20, n. 03, maio/jun. 2012.

WEGNER, W. Prevenção de eventos adversos na assistência de enfermagem à criança hospitalizada. In: Associação Brasileira de Enfermagem. GAÍVA, M. A. M.; RIBEIRO, C. A.; RODRIGUES, E. C. (Org.). PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde da Criança e do Adolescente: ciclo 8. Porto Alegre: Artmed/ Pan-americana; 2013.p.63-102. (Sistema de Educação em Saúde Continuada a Distância, v. 1).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The conceptual framework for the international classification for patient version 1.1. Genebra (Swi). WHO, 2009.

YAMANAKA, T. I; PEREIRA, D. G. P.; PEDREIRA, M. L. G; PETERLINE, M. A. S. Redesenho das atividades de enfermagem para redução de erros de medicação em pediatria. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília: v. 60 n. 2, mar./apr. 2007.

**ANEXOS**

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA



**Gerência de Ensino e Pesquisa  
do Hospital Universitário de Santa Maria**

**FOLHA DE REGISTRO E ACOMPANHAMENTO DE PROJETOS**

Nº Inscrição GEP: 1421 2014 Data: 16/12/2014  
 Pesquisador: ELIANE TATSI NEVES Função: DOCENTE  
 SIAPE: 2207848 Telefone: 9931-9988 Unidade/Curso: ..... E-mail: eliane.neves@ufsm.br  
 Título: Seguimento do paciente pediátrico em terapia medicamentosa: convergência da teoria com a prática de enfermagem  
 TIPO DE PROJETO:  Pesquisa ( ) Extensão ( ) Institucional  
 FINALIDADE ACADÊMICA: ( ) TCC ( ) Especialização  Dissertação ( ) Tese ( ) Outro  
 TIPO DE PESQUISA: ( ) Inovações Tecnológicas em Saúde ( ) Operacional ( ) Clínica ( ) Básica  Políticas Públicas de Saúde  
 FONTE DE FINANCIAMENTO:  Recursos Próprios ( ) HUSM ( ) Agência Pública de fomento nacional ( ) Agência Pública de fomento internacional ( ) Indústria Farmacêutica

OBS: A fonte de financiamento da pesquisa deverá estar claramente definida no projeto. Caso haja custos para o HUSM a forma de ressarcimento deverá estar definida no projeto e com o setor envolvido.

Eliane Neves  
 Pesquisador Responsável

**Avaliação e Aprovação Setorial**

**Atenção Chefia: favor ler o projeto e avaliar as condições de realização no Setor antes de assinar.**

Setores envolvidos	Concorda com o projeto		Assinatura e carimbo dos responsáveis
<u>Unidade de Internação Pediátrica</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<u>Deborah Luiza Santos</u> <small>Deborah Luiza Santos ENFERMEIRA PROFESSOR</small>
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	

RECER COMISSÃO CIENTIFICA GEP: APROVADO Data: 31/12/2014

RECER

AO CEP

Suzinara Soares de Lima

Data: 31/12/2014

Profª Suzinara Beatriz Soares de Lima  
 Chefe da Divisão de Enfermagem  
 HUSM - EBSERH  
 COREN 56.571

## ANEXO B – CARTA DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA  
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** SEGURANÇA DO PACIENTE PEDIÁTRICO EM TERAPIA MEDICAMENTOSA:  
CONVERGÊNCIA DA TEORIA COM A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

**Pesquisador:** ELIANE TATSCH NEVES

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 40744115.2.0000.5346

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 981.919

**Data da Relatoria:** 10/03/2015

## Apresentação do Projeto:

A terapia medicamentosa em pediatria requer dos profissionais de saúde conhecimentos, habilidades e sistema adequado dos ambientes, prevenindo incidentes durante este cuidado. Neste contexto, o enfermeiro deve ter conhecimento adequado sobre medicamentos, favorecendo e disseminando uma cultura de segurança em relação a esta etapa do cuidado. Este estudo tem como objetivo desenvolver uma prática/atividade de educação em serviço acerca da segurança do paciente pediátrico em terapia medicamentosa com a equipe de enfermagem em unidade de internação pediátrica (UIP). É uma pesquisa qualitativa, participativa e descritiva desenvolvida com o método de pesquisa convergente assistencial (PCA).

Os participantes serão os componentes da equipe de enfermagem que atuam em UIP, incluindo técnicos, auxiliares e enfermeiros. A coleta de dados será realizada em três etapas: 1) pré-realização da atividade educativa: observação participante da equipe de enfermagem durante o preparo e administração de medicamentos; 2) entrevista semiestruturada individual: identificação de dúvidas da equipe em relação à terapia medicamentosa em pediatria; 3) desenvolvimento de uma prática/atividade de educação em serviço com a equipe de enfermagem da UIP. A etapa de observação será repetida após a prática educativa.

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

**Bairro:** Camobi

**CEP:** 97.105-970

**UF:** RS

**Município:** SANTA MARIA

**Telefone:** (55)3220-9362

**E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA  
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 981.919

As falas dos participantes da pesquisa serão gravadas durante as etapas de entrevistas e da prática educativa, após serão transcritas. Para registro das observações serão utilizados um roteiro e um diário de campo. Registros fotográficos realizados durante a observação participante, também serão utilizadas como material empírico para compor os dados da pesquisa.

O projeto segue os preceitos éticos e está de acordo com a Resolução 466/12 que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos e será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (CEP). Espera-se que este estudo contribua para a disseminação do conhecimento em relação à terapia medicamentosa, favorecendo na construção de uma cultura de segurança no atendimento ao paciente pediátrico.

**Objetivo da Pesquisa:**

Desenvolver uma prática/atividade de educação em serviço acerca da segurança do paciente pediátrico em terapia medicamentosa com a equipe de enfermagem em unidade de internação pediátrica.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Previstos de modo suficiente.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentados de modo suficiente.

**Recomendações:**

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. Acompanhe as orientações disponíveis, evite pendências e agilize a tramitação do seu projeto.

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

**Bairro:** Camobi

**CEP:** 97.105-970

**UF:** RS

**Município:** SANTA MARIA

**Telefone:** (55)3220-9362

**E-mail:** cep.ufsm@gmail.com

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – CONCEITOS CHAVES EM SEGURANÇA DO PACIENTE

**Quadro 1-** Conceitos-chaves utilizados em segurança do paciente

Segurança do paciente	Reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano associado ao cuidado de saúde.
Dano	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doença, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo assim, ser físico, social ou psicológico.
Risco	Probabilidade de um incidente ocorrer.
Incidente	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou em dano desnecessário ao paciente.
Circunstância notificável	Incidente com potencial de dano ou lesão.
Near Miss	Incidente que não atingiu o paciente.
Incidente sem lesão	Incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano.
Evento adverso	Incidente que resulta de dano ao paciente.

Fonte: Proqualis (FIOCRUZ, 2014, p7).

## APÊNDICE B – ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO PRÉ-INTERVENÇÃO

- 1- Ao copiar a medicação na etiqueta/ fita adesiva disponível registra:
  - ( ) Nome do paciente
  - ( ) Nome da medicação
  - ( ) Dose
  - ( ) via a ser administrada
  - ( ) Hora do aprazamento
  
- 2- Em caso de dúvidas no entendimento da prescrição médica procura saná-las com:
  - ( ) enfermeira
  - ( ) médico
  - ( ) outro profissional:
  
- 3- O local para o preparo das medicações apresenta:
  - ( ) Iluminação adequada
  - ( ) muitos ruídos
  - ( ) Entrada e saída de pessoas que não estão preparando medicações
  - ( ) outros fatores que interferem: -----
  
- 4- Realiza a lavagem das mãos antes do preparo de maneira:
  - ( ) adequada (de acordo com o procedimento operacional padrão)
  - ( ) parcialmente adequada (higieniza, porém, diferente do procedimento operacional padrão)
  - ( ) inadequada
  - ( ) não realiza a higienização das mãos
  
- 5- Dos materiais utilizados
  - ( ) realiza assepsia da ampola
  - ( ) demonstra cuidado ao abrir embalagens como seringa/agulha para evitar contaminação
  - ( ) contamina os materiais que devem estar assépticos



6- Administra adequadamente a medicação observando os cinco certos:

- ( ) Identificação do paciente
- ( ) Medicação certa
- ( ) via certa
- ( ) Dose certa
- ( ) Hora certa

7- Quando questionado pelo familiar sabe informar corretamente:

- ( ) Nome da medicação
- ( ) sua indicação

8- Informa o paciente/ acompanhante qual medicação está administrando:

- ( ) Sempre
- ( ) às vezes
- ( ) somente quando solicitado

9 - delega a administração do medicamento ao familiar/acompanhante da criança?

- ( ) Sempre
- ( ) às vezes
- ( ) somente quando considera o mesmo treinado/capacitado para tal.

## APÊNDICE C – ROTEIRO PARA ENTREVISTA PRÉ-INTERVENÇÃO

10 - Fale-me sobre as suas principais dúvidas em relação ao preparo, dispensação e administração de medicamentos em pediatria?

11 - Se você elaborasse um curso sobre este tema para a equipe de enfermagem que tópicos abordaria?

## APÊNDICE D – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO PÓS-INTERVENÇÃO

1 - Ao copiar a medicação na etiqueta/ fita adesiva disponível registra:

- Nome do paciente
- Nome da medicação
- Dose
- via a ser administrada
- Hora do aprazamento

2 - Em caso de dúvidas no entendimento da prescrição médica procura saná-las com:

- enfermeira
- médico
- outro profissional: \_\_\_\_\_

3 - O local para o preparo das medicações apresenta:

- Iluminação adequada
- muitos ruídos
- Entrada e saída de pessoas que não estão preparando medicações
- outros fatores que interferem: \_\_\_\_\_

4 - Realiza a lavagem das mãos antes do preparo de maneira:

- adequada (de acordo com o procedimento operacional padrão)
- parcialmente adequada (higieniza, porém, diferente do procedimento operacional padrão)
- inadequada
- não realiza a higienização das mãos

5 - Dos materiais utilizados

- realiza assepsia da ampola
- demonstra cuidado ao abrir embalagens como seringa/agulha para evitar contaminação

6 - Administra adequadamente a medicação observando os cinco certos:

- Identificação do paciente
- Medicação certa
- via certa
- Dose certa
- Hora certa

7 - Quando questionado pelo familiar sabe informar corretamente:

- Nome da medicação
- sua indicação

8 - Informa o paciente/ acompanhante qual medicação está administrando:

- Sempre
- às vezes
- somente quando solicitado

9 - delega a administração do medicamento ao familiar/acompanhante da criança?

- Sempre
- às vezes
- somente quando considera o mesmo treinado/capacitado para tal

## APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido<sup>4</sup>**

**Título:** Segurança na terapia medicamentosa em pediatria: convergência da teoria com a prática em unidade de internação pediátrica.

**Pesquisador responsável:** Profa. Dra. Enf. Eliane Tatsch Neves

**Mestranda responsável:** Enfa. Mda. Priscila Kelly Dias Padilha

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Mestrado em Enfermagem.

**Telefone para contato:** (55) 3220-8938

**Local da coleta de dados:** Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário de Santa Maria.

Prezado (a) Senhor (a):

Você está sendo convidado (a) a responder às perguntas deste formulário de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este formulário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma interferência ou danos em sua atividade profissional. **Objetivos** deste estudo são: planejar e desenvolver uma prática/atividade de educação em serviço com a equipe de enfermagem da unidade de internação pediátrica com o propósito de capacitar a equipe em relação ao cuidado com a terapia medicamentosa visando à segurança do paciente pediátrico.

---

<sup>4</sup> Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 E-mail: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep

**Procedimentos para coleta de dados:** Inicialmente a sua participação nesta pesquisa poderá consistir em participar do processo de observação participante do preparo e administração da medicação, pois este se dará por sorteio. Para tanto, será utilizado um roteiro tipo checklist e, quando necessário, serão feitas fotografias. Após será realizada uma entrevista individual seguindo um roteiro semiestruturado sobre as principais dúvidas em relação à temática do estudo. Na sequência, será desenvolvida uma prática educativa em serviço versando sobre os cuidados e procedimentos seguros para a terapia medicamentosa em pediatria. Após esta prática será realizada uma nova observação participante para avaliar o impacto da intervenção realizada. As entrevistas e a prática educativa serão gravadas em áudio e posteriormente transcritas. Para a etapa de observação participante será utilizado um diário de campo e registro fotográfico. **Riscos:** o estudo pode propiciar o despertar de sentimentos ou lembranças pelos participantes de situações vivenciadas em sua prática cotidiana. **Benefícios:** serão indiretos, contribuindo para o conhecimento científico e assistencial da enfermagem, e no processo de qualificação da equipe de enfermagem em relação à terapia medicamentosa em pediatria.

Sua privacidade será garantida pela pesquisadora responsável, sendo que você em nenhum momento será identificado mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados para fins acadêmicos. Para identificação dos participantes serão utilizados códigos alfanuméricos definidos pela letra P (de participante) em sequência numérica aleatória.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu \_\_\_\_\_, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Santa Maria \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora responsável  
Profa. Dra. Enfa. Eliane Tatsch Neves

## APÊNDICE F – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

**Título do projeto:** Segurança na terapia medicamentosa em pediatria: convergência da teoria com a prática em unidade de internação pediátrica

**Pesquisador responsável:** Profa. Dra. Enf<sup>a</sup> Eliane Tatsch Neves

**Mestranda responsável:** Enf.<sup>a</sup> Mda. Priscila Kelly Dias Padilha

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Mestrado em Enfermagem.

**Telefone para contato:** (55) 3220-8938

**Local da coleta de dados:** Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário de Santa Maria.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes cujos dados serão coletados através de observações e entrevistas. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no (a) sala 1336 do Departamento de Enfermagem da UFSM por um período de cinco anos sob a responsabilidade do Prof. (a) Pesquisador (a) Eliane Tatsch Neves. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em \_\_/\_\_/\_\_, com o número do CAAE \_\_\_\_\_

Santa Maria, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_ .

---

Eliane Tatsch Neves

Pesquisador responsável

---

Priscila Kelly Dias Padilha

Mestranda responsável

APÊNDICE G – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REGISTRO FOTOGRÁFICO DURANTE A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Eu \_\_\_\_\_ participarei da pesquisa “**Segurança na terapia medicamentosa em pediatria: convergência da teoria com a prática em unidade de internação pediátrica**” e autorizo o registro fotográfico de momentos de minha atividade laboral durante o preparo e administração de medicamentos em pediatria para fins de ilustrar e auxiliar na prática educativa acerca do tema que será realizada com a equipe durante a referida pesquisa. Sendo que a pesquisadora se compromete em respeitar a privacidade e o anonimato dos participantes envolvidos. Em nenhum momento minha identidade será revelada e as imagens serão utilizadas para outros fins que não para fins acadêmicos e de análise dos dados.

Santa Maria, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

---

Assinatura do participante

---

Assinatura da pesquisadora responsável  
Profa. Dra. Enfa. Eliane Tatsch Neves