

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

ALINE MODELSKI SCHATKOSKI

**Segurança e proteção à criança hospitalizada:
uma pesquisa bibliográfica**

Porto Alegre

2007

ALINE MODELSKI SCHATKOSKI

**Segurança e proteção à criança hospitalizada:
uma pesquisa bibliográfica**

Trabalho de conclusão apresentado à
Escola de Enfermagem da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul, para
obtenção do título de Enfermeira.

Orientadora: Prof^a Dra. Eva Néri Rubim
Pedro

**Porto Alegre
2007**

Agradecimentos

Durante esses nove semestres de curso, muitas pessoas entraram e saíram da minha vida. Cada uma delas teve um papel importante e com certeza, naquele momento em que estiveram comigo, cumpriram sua missão. Muitas também, chegaram e permanecem até hoje, e outras, já faziam parte da minha vida antes, e continuam dando força e apoiando.

Agradecer é reconhecer que todas as pessoas que participaram dessa caminhada foram importantes e contribuíram de alguma forma, seja com uma palavra, com um abraço, com um simples olhar, com uma lágrima, com um gesto, ou até mesmo com o silêncio.

À minha família, agradeço pelo apoio emocional e financeiro, por apesar das dificuldades, reconhecerem que a educação é a base de tudo, e que só assim conseguiremos mudar alguma coisa.

À minha orientadora prof Dra. Eva Pedro, obrigada pela toca de experiências, por doar seu conhecimento e por me guiar diante das adversidades encontradas durante a realização deste trabalho.

Às pessoas que trabalharam comigo, no laboratório de microbiologia da UFRGS, no Viva-Nenê em Alvorada, na Iniciação Científica e no Hospital de Clínicas, obrigada pelos bons exemplos a seguir e pela contribuição para o meu crescimento pessoal e profissional.

Agradeço as amigas que permanecem desde o tempo do colégio, Lisiane, Elenice, Fernanda, Michele, Rossana e Thais, e as amigas do volei do tempos de clube Rossana, Daniela, Fabiane e Nátali e as do volei da UFRGS, Michele, Shu, Vanessa e Carol por apesar de cada uma ter tomado um rumo diferente, ainda conseguimos nos encontrar, participar de momentos importantes nas vidas de cada uma. Sei que todas torcemos pelo sucesso das outras e estão dispostas a ajudar sempre.

As amigas que eu fiz, Rejane, Regina, Renata, Fernanda, Fezinha, Nanda, Theane e Daiana, e suas famílias, obrigada pelo exemplo de pessoas que são, por valorizarem a amizade, por compreenderem a ausência nesses últimos meses, pela parceria nos momentos bons e ruins, por se fazerem sempre presentes, mesmo

morando distantes, pelas sacudidas nos momentos ruins e pelas gargalhadas nos momentos bons.

E as amigas que conheci durante o na faculdade: Fernanda, Helen, Kelly e Thanize, que participaram de perto de quase todos os momentos que vivi dentro da faculdade e muitos momentos fora dela, obrigada por estarem sempre dispostas a ajudar, a ouvir, ou pelo simples fato de estarem por perto, por serem cúmplices, amigas, pelos puxões de orelha, pelos cumprimentos, pelos afagos, pelas lágrimas, pelas caras fechadas e pelos sorrisos, e principalmente por serem as pessoas maravilhosas que são. Agradeço a Deus por nossos caminhos terem se cruzado.

Se as coisas são inatingíveis... ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos se não fora
A mágica presença das estrelas!

Mario Quintana

Resumo

A segurança do paciente hoje é preocupação mundial. No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), inicia discussões sobre as políticas e práticas para proteger o paciente contra danos que podem ser causados durante a internação. O paciente pediátrico, devido a sua fragilidade, vulnerabilidade e por estar em constantes mudanças fisiológicas e anatômicas, merece uma atenção especial dos profissionais de saúde para que não sofra injúrias e seja prestado um cuidado que possa garantir segurança e qualidade. Este trabalho buscou realizar uma revisão bibliográfica para conhecer o que a literatura tem apresentado sobre a temática da segurança/proteção e violência à criança hospitalizada. Foram analisados 15 artigos utilizando-se os descritores: *child(ren)* ou *pediatry* e, *hospital's violence* ou *patient safety* ou *medication errors* ou *injury* ou *iatrogenic disease* ou *adverse events*, dos quais emergiram as categorias: Ocorrências adversas, Erros de medicação, Notificação dos eventos adversos e Segurança do paciente pediátrico. As considerações finais apontam a necessidade de preocupação com estudos para desenvolver estratégias que venham reduzir a probabilidade da ocorrência de eventos durante a hospitalização da criança.

Palavras-chave: Pediatria, criança, segurança do paciente, eventos adversos, violência hospitalar.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVO	9
3 REVISÃO DA LITERATURA	10
4 METODOLOGIA	14
4.1 Tipo de estudo	14
4.2 Fontes	14
4.3 Coleta de informações	15
4.4 Análise dos dados	17
4.5 Aspectos Éticos	17
5 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	18
5.1 Ocorrências adversas	18
5.2 Erros de medicação	22
5.3 Notificação dos eventos adversos	25
5.4 Segurança do paciente pediátrico	27
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	31
APÊNDICE – Ficha de leitura	34

1 INTRODUÇÃO

A infância é uma fase da vida extremamente delicada e importante, requerendo grandes investimentos afetivos e de suporte social. Os cuidados prestados à criança pela família, por instituições e por outros grupos sociais influenciarão sobremaneira sua possibilidade de sobrevivência e de qualidade de vida. Servirão também como um espelho de valores no qual ela vai se mirando e formando suas idéias sobre si e sobre o mundo.

A proteção à criança, mais especificamente em relação a situações desencadeadoras de violência, é um tema bastante atual, e tema de diversas publicações na área da saúde, principalmente na enfermagem, que muitas vezes descobre os próprios familiares como os principais agressores. No entanto, situações caracterizadas como violência e que dizem respeito a atitudes, comportamentos, negligências por parte dos profissionais de saúde ainda é pouco explorado e debatido. Os profissionais da saúde em geral, atuam como protetores da criança e por isso mesmo têm o compromisso de detectar os casos de violência, também conhecidos como efeitos adversos, principalmente, aqueles que podem ocorrer nas hospitalizações. Tal fato pode ser devido a complexidade em se trabalhar esse tema em nível das instituições e dos próprios profissionais uma vez que envolve os aspectos éticos e de segurança em relação á criança.

Os profissionais de saúde devem preocupar-se com a garantia dos direitos das crianças e adolescentes e comprometer-se com a promoção da saúde da população.

Porém, muitas atitudes e práticas dos membros da equipe de saúde, podem acarretar danos às crianças hospitalizadas, em vários níveis de gravidade, que também podem ser consideradas como um tipo de violência.

Hoje existe uma preocupação mundial em promover a segurança do paciente. Várias organizações mundiais foram criadas com esse intuito, como a Aliança Mundial pela Segurança do Paciente, criada em 2004, a Agency for Healthcare and Quality (AHRQ), e a National Patient Safety Foudation.

Uma publicação norte americana intitulada "To Err is Human: Building a Safer Health System", em 1999, mostrou que de 3 a 4% dos pacientes hospitalizados são injuriados por procedimentos que deveriam ajudá-los. A cada 100

pacientes hospitalizados, sete são expostos à sérios erros de medicação que os causam algum tipo de dano (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2001).

Durante parte do estágio curricular, que realizei em uma unidade de pronto atendimento pediátrico de Porto Alegre, pude observar muitas situações, consideradas como eventos adversos, e mesmo descaso por parte de alguns profissionais da enfermagem. São elas: o não esclarecimento das dúvidas dos pais, falta de explicação sobre os procedimentos, erros e atrasos de medicação, venopunção nas crianças várias vezes desnecessariamente, coleta de exames de pacientes errados, Nada Por Via Oral (NPO) prolongado e desnecessário, não valorização das queixas das crianças principalmente em relação a dor, postergar a administração de analgesia entre outras.

Diante disso, a questão que norteou a busca dos artigos é: O que a literatura tem apresentado sobre a temática da segurança/proteção e violência à criança hospitalizada?

Acredita-se que aprofundar o conhecimento em relação a esses eventos e instigar a reflexão de todos os envolvidos com a proteção da criança hospitalizada poderá, quem sabe, subsidiar os profissionais a se comprometerem contra a omissão ou mesmo o provocador de situações que podem vir a causar agravos a saúde da criança e de sua família durante uma hospitalização.

2 OBJETIVO

Esse trabalho tem o objetivo de conhecer o que a literatura tem apresentado sobre a temática da segurança, proteção e violência à criança hospitalizada, realizando uma revisão bibliográfica.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A segurança do paciente, segundo a National Patient Safety Foundation (2003), é definida como a prevenção de erros na atenção à saúde e a eliminação ou mitigação do dano causado ao paciente por tais erros.

Por causar danos a outra pessoa, nesse caso, o paciente, podemos considerar estes erros como atos de violência, ou maus-tratos.

Quando falamos em violência, lembramos principalmente na prática agressiva, com contato físico, que uma pessoa comete contra outra, causando um dano. Ao relacionar violência com cuidado de enfermagem em pediatria, sempre encontramos na literatura material relacionado às agressões que as crianças sofrem principalmente de seus familiares, onde a equipe de saúde, principalmente a de enfermagem, tem o papel de protetora, e dificilmente encontraremos material relacionado aos danos que a criança pode sofrer durante a hospitalização, pelos profissionais de saúde.

Para Moreno; Klijn (2003a, p. 10), se entende por violência “qualquer comportamento físico, psicológico, emocional, ou sexual que, por meio de ação ou omissão, provoca danos às pessoas”.

Maus-tratos é um termo bastante difundido para se referir à violência cometida contra crianças e adolescentes no âmbito familiar, no âmbito institucional mais amplo ou pela sociedade. Destaca-se que nesse estudo considera-se que qualquer ação ou omissão realizada na hospitalização de uma criança, tem implicações que afetam a sua segurança e proteção. Para tanto, não far-se-á distinção entre esses termos para fins do presente trabalho, pois se complementam.

Para Deslandes (1997),

”Define-se o abuso ou maus-tratos pela existência de um sujeito em condições superiores (idade, força, posição social ou econômica, inteligência, autoridade) que comete um dano físico, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima ou por consentimento obtido a partir de indução ou sedução enganosa.”

Um dos tipos de violência denominada de comunitária é definida como aquela que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos e desconhecidos. Consideram-se suas várias expressões como violência juvenil, agressões físicas,

estupros, ataques sexuais e inclusive, a violência institucional que ocorre, por exemplo, em escolas, locais de trabalho, hospitais, prisões e asilos.

Independentemente dos termos usados para nomeá-la, a violência contra as crianças está representada em toda ação ou omissão capaz de provocar lesões, danos e transtornos a seu desenvolvimento integral. Tais eventos geralmente envolvem uma relação assimétrica e desigual de poder manifestada pela força física, pelo poder econômico ou político, pela dominação e opressão familiar ou geracional. Esse fenômeno se configura também de forma estrutural na aplicação de políticas educacionais, sanitárias ou econômicas que mantêm as condições que impedem ou não promovem o seu crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2005).

A criança hospitalizada está mais vulnerável ainda a ações violentas, por serem dependentes de adultos e por sua própria condição enferma. Além disso, tem necessidade de uma supervisão mais próxima e não têm capacidade de decidir sobre seu cuidado (MARK; HARLESS; BERMAN, 2007).

O paciente pediátrico pode ser violentado de diversas formas, que muitas vezes são ignoradas e passam despercebidas pelos profissionais da saúde, até mesmo porque fazem parte do cotidiano do seu fazer e observar. Com o tempo, essas formas de violência vão se tornando invisíveis, tanto para os responsáveis diretos pelos cuidados, como pelos administradores e demais profissionais.

Diversos são os eventos considerados “maus-tratos institucionais”: internações hospitalares por motivos descabidos, jejum prolongado ou desnecessário, realização de procedimentos sem preparo prévio, sem analgesia adequada ou sem orientações aos pais, desrespeito à dignidade e privacidade da criança (despí-la sem preparo prévio ao realizar exame físico), coletar exames de sangue repetidas vezes e/ ou desnecessárias; rotinas hospitalares intransigentes e rígidas, limitar a participação dos pais/acompanhantes no cuidado, entre outras (RIBEIRO; RAMOS, 1999; LIMA; ISSI; CARVALHO, 2004). Aqui, ainda podem ser incluídos os erros de medicação, sendo esses, um dos mais comuns. Os erros relacionados à procedimentos e técnicas na área da saúde podem resultar em tragédia para pacientes e suas famílias, aumentar o tempo de internação e os custos hospitalares (HARADA; MARIN; CARVALHO, 2003).

A forma como se organiza a prática terapêutica no hospital (historicamente originado como ambiente de construção de saber médico através da disciplinarização e do controle dos corpos enfermos) e a organização do processo

de trabalho também favorecem a manifestação da violência à criança hospitalizada (RIBEIRO; RAMOS, 1999). Os serviços de saúde são os ambientes de trabalho mais expostos a ações violentas, em especial os hospitais, por gerarem um alto grau de estresse em seus trabalhadores. O paciente, por sua condição de enfermo, por depender em vários graus do cuidado de outros, está muito vulnerável aos comportamentos violentos (MORENO; KLIJN, 2003b).

Além disso, se reconhece também como expressão da violência as situações em que existe uma percepção de má qualidade dos serviços, e/ou atenção à saúde, a não satisfação das necessidades do usuário e a oferta de serviços que estão abaixo das expectativas do usuário (MORENO; KLIJN, 2003a).

A preocupação com a segurança do paciente, por ser bastante atual, ainda está se encaminhando para a construção de um sistema de saúde seguro e de qualidade.

Em nível mundial, a Organização Mundial da Saúde, por meio da Aliança Mundial pela Segurança do Paciente, tem como missão a prevenção de danos aos pacientes. O elemento central é a ação chamada “Desafio Global”, que a cada dois anos lança um tema prioritário a ser abordado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007). Em 2005 e 2006, o tema do desafio global da Aliança foi “Clean Care Is Safe Care” (cuidado limpo é cuidado mais seguro), e o foco foram as infecções relacionadas à assistência à saúde. No biênio 2007-2008, o desafio global proposto pela Aliança é “Safe Surgery Saves Lives” (cirurgia segura salva vidas). O objetivo é tornar a cirurgia segura uma realidade constante nas instituições de saúde, vencendo os desafios relacionados à estrutura física, equipamentos, prevenção de infecções e à capacitação dos profissionais de saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2003).

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) prepara uma proposta nacional para a segurança dos pacientes, nos moldes do projeto da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre o assunto. O objetivo é identificar os problemas e especificidades da segurança nos serviços de saúde.

Em relação ao paciente pediátrico, ainda são necessários muitos avanços, tendo em vista as particularidades de cada faixa etária do desenvolvimento infantil, e além disso por serem as crianças mais dependentes de um cuidado o que as diferem de alguns adultos que podem conduzir ou mesmo solicitar, ou recusar um

cuidado. Outra singularidade no cuidado á criança diz respeito a presença constante de um familiar que também precisa ser cuidado.

A enfermagem, por estar um período maior do que qualquer outro profissional com o paciente, tem papel fundamental na promoção da segurança do paciente, tem condições de observar e detectar situações em que ocorrem ou ocorreram erros, evitando que eles aconteçam, e também tem o dever de prestar um cuidado de qualidade, onde erros não sejam cometidos, para que o paciente pediátrico não seja injuriado.

4 METODOLOGIA

A seguir será apresentada a metodologia utilizada neste estudo.

4.1 Tipo de estudo

Estudo exploratório do tipo pesquisa bibliográfica. Os estudos bibliográficos devem partir de uma questão de pesquisa e apresentar comentários em forma de uma síntese com uma apreciação crítica. Nas conclusões devem ser evidenciadas os aspectos significativos, o problema proposto e os achados que responderam a questão de pesquisa (GIL, 2002).

A busca tem que ser o mais ampla possível, sendo muito importante que o pesquisador especifique todos os métodos usados para encontrar os artigos. São citados como fontes de busca as bases de dados computadorizadas, a busca manual em índices não-computadorizados, referências bibliográficas de outros artigos de revisão e também dos próprios artigos primários, os livros, as dissertações de mestrado e doutorado, relatos governamentais, órgãos de registro de ensaios clínicos.

4.2 Fontes

As fontes utilizadas para esta pesquisa foram artigos científicos, manuais, guias e livros publicados nos últimos 10 anos.

A questão que norteou a busca dos artigos é: O que a literatura tem apresentado sobre a temática da segurança/proteção à criança hospitalizada? As fontes foram selecionadas através de pesquisas realizadas em bases de dados eletrônicos no Sistema de Automação da Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (BDENF), no Sistema da Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), National Library of Medicine

(MEDLINE), no Scientific Eletronic Library Online (SCIELO) e Cumulative index to Nursing and Allied Health Literatura (CINAHL).

As palavras-chaves utilizadas para a localização do material de pesquisa foram: *child(ren)* ou *pediatry* e, *hospital's violence* ou *patient safety* ou *medication errors* ou *injury* ou *iatrogenic disease* ou *adverse events*.

Optou-se por não limitar os artigos somente à área da enfermagem devido à pouca quantidade de material produzido.

4.3 Coleta de informações

A coleta propriamente dita foi realizada no período de outubro de 2007. Por meio das fontes selecionadas, buscou-se artigos que contivessem as palavras chaves, além da leitura do título, resumo objetivos e conclusões para ver a possibilidade de inclusão no estudo. Elaborou-se uma ficha de leitura (APÊNDICE) com a finalidade de documentar o nome dos autores, do periódico, livro ou outro material pesquisado assim como datas, páginas e um comentário para fazer parte da análise.

Nessa revisão foram encontrados 21 artigos, dos quais foram selecionados 15. Esse número se deve á apresentação do resumo nas bases de dados, o qual evidenciava estudos realizados com crianças, sendo os demais relativos à adultos. Dos 15 artigos analisados 13 eram no idioma inglês e dois em português. Foram encontrados dois artigos publicados no Brasil, um publicado no Canadá e 12 artigos publicados nos Estados Unidos, nos seguintes jornais e revistas: Texto e Contexto Enfermagem; Acta Paulista de Enfermagem; Pediatric Nursing; Journal of Pediatric Nursing; Policy, Politics, & Nursing Practice; Pediatrics; Cincial Pediatric Emergency Medicine; Journal of Nursing Care Quality; Journal of The american Medical Association; e Journal of Pediatrics .

Os artigos encontrados tiveram sua publicação entre os anos de 1999 à 2007. Optou-se por consultar somente os resumos dos trabalhos, objetivos e conclusões, tendo em vista as limitações do estudo em função do tempo.

O material encontrado é atual, mas a quantidade de estudos realizados no Brasil e publicados é muito pequena, sendo as publicações latino-americanas muito escassas.

O Quadro 1 apresenta os artigos encontrados, com seus respectivos autores para uma melhor visualização.

	Título	Autor	Ano
1.	Nurse Staffing and Adverse events in hospitalized children	Mark, B. A.; Harless, D. W.; Berman, W. F.	2007
2.	Medication Safety in Critically Ill Children	Lesar, T. S.; Mitchell, A.; Sommo, P.	2006
3.	Falls in Hospitalized Children	Razmus, I. <i>et al.</i>	2006
4.	Basic Concepts in Pediatric Patient Safety: Actions Toward a Safer Health Care System	Napier, J. Knox, E.	2006
5.	Adverse Events and Preventable Adverse Events in Children	Woods, D. <i>et al.</i>	2005
6.	Reporting of Medication Errors by Pediatric Nurses	Stratton, K. M. <i>Et al.</i>	2004
7.	Pediatric Patient Safety in Hospitals: a National Picture in 2000	Miller, M. R.; Zhan C.	2004
8.	Strategies for the Prevention of Medical Error in Pediatrics	Fernandez, C. V.; Gillis-Ring, J.	2003
9.	Patients Safety Events during Pediatric Hospitalizations	Miller, M. R.; Elixhauser, A.; Zhan, C.	2003
10.	Ocorrências Adversas e Conseqüências Imediatas para os Pacientes em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos.	Harada, M. J. C. S.; Marin, H. F.; Carvalho, W. B.	2003
11.	Hospital-Reported Medical Errors in Children	Slonim, D. <i>et al.</i>	2003
12.	Principles of Patient Safety in Pediatrics	American Academy of Pediatrics	2001

13.	Medication Errors and Adverse Drug Events in Pediatric Inpatients	Kaushal, R.. <i>et al.</i>	2001
14.	Medical Error Reporting: A Survey of Nursing Staff	Antonow, J. A.; Smith, A. B.; Silver, M. P.	2000
15.	A Violência à Criança Hospitalizada: A Dimensão Ética da Intervenção Terapêutica	Ribeiro, R. L. R.; Ramos, F. R. S.	1999

Quadro 1 – Artigos encontrados

4.4 Análise dos dados

Foi realizada primeiramente uma leitura exploratória do material bibliográfico encontrado. O principal a ser analisado na etapa da análise dos dados, segundo Gomes (2001), é grau de concordância entre os estudos, ou seja, a homogeneidade entre os artigos, o que faz com que o resultado final da revisão tenha mais credibilidade.

4.5 Aspectos Éticos

Os aspectos éticos foram respeitados na medida em que foram referenciados todos os autores e respectivas obras utilizadas na revisão bibliográfica conforme preconiza Goldim (2000).

5 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A revisão da literatura permitiu evidenciar as principais convergências encontradas, que foram sintetizadas, agrupadas e categorizadas. Os artigos foram agrupados, surgindo as categorias: ocorrências adversas, erros de medicação, notificação dos eventos adversos e segurança do paciente pediátrico.

5.1 Ocorrências adversas

Ocorrência adversa, segundo Padilha (1994) e Harada; Marin; Carvalho (2003), é um evento indesejável, de natureza prejudicial ou não ao paciente, que ocorre durante a assistência médica ou de enfermagem, conseqüente ou não de falha do profissional responsável pelo cuidado, e que tem potencial de comprometer a segurança do doente.

A maioria (onze) dos artigos encontrados tratam dos diversos tipos de ocorrências adversas que podem ocorrer com crianças hospitalizadas. São eles os artigos 5, 7, 8, 9, 10, 11 e 15, que apontam principalmente as ocorrências relacionadas a intervenções médicas, pois como citado anteriormente neste trabalho, as publicações relacionadas à enfermagem são muito escassas.

O estudo realizado por Woods *et al.* (2005), realizado com 3719 pacientes de 0 a 20 anos de idade em todos os hospitais de dois estados americanos, mostrou que os eventos adversos ocorrem em 1% das hospitalizações pediátricas nesses 2 estados, e que 0,6% dessas são preveníveis. Os adolescentes (de 13 a 20 anos) são os que sofreram maior número de eventos adversos (3,41%). Setenta e oito por cento dos eventos adversos em recém nascidos, 10,8% em crianças em idade escolar (1 à 12 anos) e 78,6% dos eventos adversos em adolescentes eram preveníveis.

O trabalho realizado por Miller; Zhan (2004), buscou descrever eventos adversos em crianças hospitalizadas e avaliar os fatores relacionados a estes eventos, baseando-se no indicador de segurança do paciente, desenvolvido pela

“Agency for Healthcare Research and Quality”. Este estudo foi realizado com 5.7 milhões de crianças e adolescentes, menores de 19 anos de 27 estados americanos no ano de 2000, e mostra que os principais eventos adversos foram os relacionados a trauma obstétricos - parto vaginal com instrumentação - (21,52%), seguidos de traumas obstétricos sem instrumentos (10,72%), falhas no salvamento (7,03%) e sepse pós-operatória (1,03%).

Um outro estudo mostra que a maioria (29,6%) dos eventos adversos foram os relacionados ao nascimento, seguidos dos relacionados ao diagnóstico (21,3%). A maioria dos eventos adversos preveníveis também foram os relacionados ao nascimento (32,2%), seguidos também dos relacionados ao diagnóstico (30,4%), e eventos relacionados à medicação em 21,3% (WOODS *et al.*, 2005).

Miller; Elixhauser; Zhan (2003), em estudo realizado com 3.8 milhões de crianças e adolescentes, menores de 19 anos em 22 estados americanos, analisou dados do sistema de saúde americano de 1997, que mostrou resultados semelhantes, trazendo também a maior ocorrência dos eventos adversos relacionados a trauma nos recém nascidos em 1,54%, seguido de eventos relacionados à infecções pós operatórias (0,44%) e complicações obstétricas (0,26%). Como pode-se observar, nessas quatro investigações, os eventos preveníveis necessitam ser estudados e pesquisados no sentido de minimizar os efeitos que trazem danos aos pacientes, independentes da idade, sejam eles físicos ou psicológicos.

Slonin *et al.* em 2003, investigaram a incidência de erros médicos em pacientes pediátricos através da análise documental do sistema de saúde americano, e concluíram que no período de 1988-1997, os erros médicos aumentaram de 1,81% para 2,96%.

Um dos poucos estudos referentes à enfermagem, realizado em uma unidade de cuidados intensivos pediátricos de um hospital universitário em São Paulo, apresentou 2,9 ocorrências adversas por criança como resultados da prática de cuidado em enfermagem. Este estudo trouxe eventos relacionados à medicação (32,7%) como os mais freqüentes eventos, seguidos pela ventilação pulmonar, mecânica/via aérea (29,2%), procedimentos de enfermagem (16,8%), cateteres, sondas e drenos (14,3%), equipamentos/materiais (4,4%) e outros (2,6%) (HARADA; MARIN; CARVALHO, 2003).

Um outro tipo de evento adverso encontrado, é relacionado às quedas no ambiente hospitalar. O estudo de Razmus *et al.* (2006), analisou prontuários de 200 pacientes que apresentaram quedas em um hospital nos Estados Unidos. Oitenta e dois por cento das crianças estavam acompanhadas dos pais durante as quedas, 87% caíram no quarto, sendo que 35% dos paciente caíram da cama, e 15% caíram no banheiro.

Ribeiro; Ramos (1999), observaram que o ambiente e a organização do trabalho no hospital mostram-se como geradores de violência, onde precariedade, desmotivação dos trabalhadores e violência são visíveis através da sujeira, do descuido com o ambiente, e de rotinas e tecnologias adultocêntricas. O choro e a dor da criança também são destaques nesse estudo, mostrando a impotência das lágrimas enquanto forma de comunicação, e a negação da dor da criança por parte dos trabalhadores do hospital. As pesquisadoras concluem que a banalização do sofrimento e da experiência podem ter estreita relação com a redução da qualidade do serviço público, o que concorda-se, e reforça-se que há muitos outros aspectos que podem ser considerados e estudados, como por exemplo, os tipos de procedimentos que aumentam o sofrimento, como o jejum prolongado, a suspensão de cirurgias sem causas reais, a não responsabilidade com o erro de prescrição ou de administração, a ocultação de verdades aos pais ou mesmo à criança, e outros tantos aspectos.

Em relação ao tempo de cuidado prestado, Mark; Harless; Berman (2007), relacionaram o tempo de cuidado de enfermagem com as várias complicações que podem ocorrer com crianças internadas. Este estudo demonstrou que um aumento no tempo de cuidado pela enfermagem está associado com uma redução significativa em complicações pós-operatórias cardiopulmonares, pneumonias pós operatórias, e infecções pós-operatórias, porém, não está associado com a diminuição da mortalidade e com a diminuição de infecções urinárias.

Woods *et al.* (2005), nos mostram que de acordo com o tipo de serviço onde os eventos adversos ocorreram, 34,2% ocorreram em serviços obstétricos, 18% ocorreram em serviços de cirurgia e 14,5 em serviços de pediatria.

Já para Fernandez; Gillis-Ring (2003), o setor de emergência é o lugar mais propício para ocorrerem erros devido acuidade do cuidado, grande volume de pessoas, alto nível de estresse, de barulho, pressão do tempo e pacientes

desconhecidos. Os serviços de cuidados intensivos e de oncologia, pela complexidade dos cuidados, também são locais propícios ao erro.

Há também uma importante relação entre gênero e a incidência dos erros. Meninos obtiveram maiores taxas de erros médicos em todos os anos pesquisados por Slonin *et al.* (2003). Esse estudo ainda revelou que a maioria das ocorrências se deu com crianças de 6 a 12 anos de idade em todos os anos de estudo. Pode-se atribuir tal fato porque nessa idade a criança é particularmente vulnerável a eventos que possam diminuir seu sentimento de controle e de poder. Para as crianças em idade escolar as atividades dependentes, como o repouso forçado no leito, a incapacidade de escolher o que comer, a falta de privacidade, ou mesmo o banho sob acompanhamento ou no leito, podem representar uma ameaça direta à sua segurança, levando-os a uma perda de controle, tornando-os agressivos, irritadiços e não cooperativos. No caso dos meninos, nessa idade as expectativas culturais de “agir como homem”, ou de ser corajoso e forte pesam muito, levando-os a reagir ao estresse com estoicismo, isolamento, aceitação passiva ou de hostilidade, raiva e agressividade (WINKELSTEIN; HOCKENBERRY; WILSON, 2006). Esses comportamentos podem desencadear nos profissionais da saúde atitudes negativas podendo ocasionar eventos adversos como contenção mecânica inadequada, agressões verbais, procedimentos incorretos e até mesmo administração de medicamentos de forma errônea.

Já para Miller; Zhan (2004), as crianças menores (até um ano de idade) são as que sofrem um maior número de eventos adversos. Pode-se inferir neste caso que nessa faixa etária as crianças controlam o ambiente através de expressões emocionais, como o choro ou o sorriso (WINKELSTEIN; HOCKENBERRY; WILSON, 2006). No hospital é mais difícil de perceber ou interpretar esses sinais. Sendo o choro uma forma expressiva de comunicação da criança pequena e de difícil compreensão muitas vezes pelos profissionais da equipe de saúde, acredita-se que eles possam realmente serem alvos de eventos que prejudiquem suas condições de segurança.

Em relação às conseqüências imediatas para a criança, no estudo de Harada; Marin; Carvalho (2003), 23,1% não trouxeram nenhuma conseqüência, porém 76,8% resultaram em danos diversos, sendo que destas, 42,1% acarretaram alterações clínicas leves, 2,4% alterações clínicas moderadas e 37,3% alterações clínicas graves.

Para Miller; Zhan (2004) e Miller; Elixhauser; Zhan (2003), sofrer qualquer tipo de evento adverso está significativamente associado com aumentos no tempo de internação, no custo da hospitalização e na mortalidade durante a internação.

Segundo Fernandez; Gillis-Ring (2003), entre os motivos que podem resultar em eventos adversos, estão a história da doença atual e o exame físico em pacientes pediátricos. Esse, é mais difícil de ser realizado, comparando-se ao exame do adulto, pois as crianças não têm condições de fornecer detalhes sobre a sua história médica ou de doença, além de facilitar o exame seguindo as solicitações do examinador. Quando a criança chega a um serviço de emergência trazidas pelo pai, o estudo apontou que detalhes podem ser incompletos, principalmente se esse pai não é o cuidador mais participativo, pois na maioria das vezes, as mães são as responsáveis pelo cuidado diário. Outras situações podem influenciar para que a segurança da criança fique comprometida, como por exemplo, instruções transmitidas de cuidador para cuidador; havendo problemas na comunicação; outra situação seria o nível de ansiedade que a criança tem ao encontrar o médico ou a enfermeira, revivendo experiências negativas anteriores, o impacto da roupa branca e seu significado para a criança; o medo de estranhos o que inibe a cooperação e a comunicação; o medo da dor; o medo do desconhecido que pode fazer a criança não querer mostrar sua real condição entre outras tantas.

Fatores relacionados à organização do trabalho, que são muito comuns no dia-a-dia da enfermagem, também podem desencadear os erros: o acúmulo de atividades, quantidade de pessoal insuficiente e mal-qualificado, recursos materiais escassos, interrupções de colegas durante os procedimentos e condições ambientais como má iluminação e presença de ruídos. Além disso, muitos profissionais encaram jornadas duplas de trabalho, o que gera estresse, cansaço e desatenção, propiciando a ocorrência de eventos adversos.

5.2 Erros de medicação

Por fazerem parte do cotidiano da enfermagem e por serem encontrados em um número considerável de publicações, os erros de medicação merecem um destaque especial neste trabalho.

Dos 11 artigos encontrados, quatro deles tratam somente sobre os erros de medicação, sendo que alguns dos outros estudos também citam este tipo de evento adverso.

Administrar medicamentos, uma das atividades de maior responsabilidade da equipe de enfermagem, tem a finalidade de promover um resultado terapêutico, proporcionado a cura ou alívio dos sofrimentos, melhora da qualidade de vida, e benefícios àqueles que necessitam dos serviços de saúde.

Erro de medicação, segundo Kaushal *et al.* (2001), é definido como erros na prescrição, interpretação, dispensação, administração ou monitoração. E reações adversas a drogas são injúrias causadas pelo uso de alguma medicação.

As crianças são mais vulneráveis devido a grande variação no seu peso, o que dificulta o cálculo da dosagem, apresentam variações no nível de maturação fisiológica, dificuldades na identificação do paciente, pouca habilidade de comunicação, uma maior probabilidade de overdoses ou doses baixas (LESAR; MITCHELL; SOMMO, 2006). Os recém-nascidos, no estudo realizado por Kashual *et al.* (2001), foram os que mais sofreram erros de medicação (62%) e a maioria das reações adversas (20%).

O estudo realizado por Harada; Marin; Carvalho (2003) traz as ocorrências adversas envolvendo erros de medicação como a principal causa indesejável da prática dos cuidados de enfermagem, em razão das alterações no metabolismo e excreção das drogas, e pela necessidade de fracionar a medicação em várias doses, tendo-se ainda que adequá-las ao peso da criança. Outros fatores podem contribuir para esse tipo de erro, como pacientes com várias alterações clínicas e fisiológicas e a prescrição de múltiplas drogas e diferentes dosagens, favorecendo as interações e incompatibilidades medicamentosas. A esses fatores também se associam as características do próprio ambiente, quer pela excessiva movimentação, quer pela demanda na quantidade de trabalho de enfermagem.

A frequência das reações adversas é relacionada ao número de medicações utilizadas, gravidade da doença do paciente, e acuidade do cuidado (LESAR; MITCHELL; SOMMO, 2006).

Em relação ao tipo de erro de medicação, segundo Kashual *et al.* (2001), os erros de dosagem foram os mais frequentes (28%) seguidos de erros na via de administração (18%) e erros no registro das administrações (14%). Em relação ao

estágio em que o erro ocorre, a grande maioria é na prescrição (74%) e os erros de administração são em torno de 10%.

Segundo Fernandez; Gillis-Ring (2003), sempre há um risco de erro no cálculo da dosagem, visto que as crianças estão sempre mudando fisicamente e fisiologicamente. O estudo apontou que há a possibilidade de risco de erro pelo pouco conhecimento de farmacocinética, farmacodinâmica e toxicidade de muitas drogas utilizadas com as crianças. Nesse aspecto, concorda-se com o referido trabalho, pois a prática dos profissionais envolvidos tanto na prescrição como no cálculo e administração requer uma atualização constante e uma necessidade de aprendizagem contínua. Percebe-se, muitas vezes, que os profissionais envolvidos, tratam desse tema, de maneira automatizada, rotinizada, sem aprofundamentos. Além disso, os erros de prescrição freqüentemente ocorrem por que muitas vezes as informações são incompletas, a letra é ilegível, as dosagens e concentrações são prescritas erradas. Há também características das medicações que propiciam os erros, como embalagens ou medicações muito parecidas.

Um outro problema, bastante importante e corriqueiro, que não foi abordado por nenhum dos trabalhos encontrados, são as interações medicamentosas e interações com alimentos, problemas com aos quais a enfermagem deve estar alerta, pois é ela que detém a tarefa de administrar a medicação e observar esses erros, preferencialmente antes deles ocorrerem.

Para Lesar; Mitchell; Sommo (2006), erros de dosagem são os mais comuns, principalmente nos casos de overdose. Esses erros podem originar-se em qualquer parte do processo de medicação, desde a anamnese do paciente até a prescrição, preparação, dispensação e administração. Outros tipos de erros de medicação, de acordo com os mesmos autores, incluem doses não administradas, vias de administração erradas, alergias, e deficiência na monitorização das drogas.

As razões para os erros de medicação acontecerem, segundo Stratton *et al.* (2004) são as distrações e interrupções (50%), fracionamento da medicação (37%) e muitas medicações num mesmo paciente (35%).

O estudo realizado por Kaushal *et al.* (2001), mostrou que 5,7% das prescrições de medicação apresentaram erros, 0,24% apresentam reações adversas a drogas, das quais 19% eram preveníveis. Mesmo que a prescrição do medicamento não seja uma atribuição do enfermeiro, esse profissional teria plenas condições de diagnosticar os erros e preveni-los, uma vez que em sua formação,

teve contato com disciplinas de farmacologia, anatomia e fisiologia. Uma questão que pode ser discutida é o quanto esse profissional vai necessitar de aprofundamento e conhecimentos atualizados para poder realmente exercer essas condições. A experiência no cuidado com as crianças e a atualização constante em relação às novas drogas também possibilitam ao enfermeiro prevenir erros que podem resultar em sérios prejuízos ou danos as crianças.

Um importante aspecto a ser considerado também pela pessoa que administra as drogas é saber por que está administrando aquela droga, quais são os resultados desejáveis e quais sinais e sintomas podem indicar reações adversas. É sempre bom ter em mente também os sete certos da enfermagem na administração de medicamentos: medicamento certo, paciente certo, dose certa, hora certa, a via de administração certa, diluição certa e tempo de administração certo.

As ocorrências adversas com medicação podem acarretar aumento no custo do tratamento, no tempo de permanência no hospital, trazendo graves conseqüências para a saúde do paciente (HARADA; MARIN; CARVALHO, 2003), influenciando dessa maneira na segurança da criança e na qualidade do cuidado prestado.

5.3 Notificação dos eventos adversos

É muito importante que os eventos adversos sejam comunicados quando ocorrem. Isso possibilita que as medidas necessárias para sua reversão sejam tomadas rapidamente. Deve-se estabelecer uma cultura nos serviços de saúde no sentido de aprender-se através dos erros apresentados, e não apenas procurar culpados.

Errar faz parte do cotidiano de qualquer pessoa, seja no trabalho, em casa, nas relações interpessoais, no trânsito, na rua. No hospital, não estamos livre dessas ocorrências. Porém, por estarmos lidando com pessoas que não estão em plenas condições de saúde, muitas vezes dependentes, e no caso das crianças, não tem condições de responder por elas próprias, temos muita responsabilidade e o dever de zelar pela sua segurança e promover sua saúde.

A verdadeira freqüência em que os erros de medicação ocorrem não é realmente conhecida, devido à dificuldade de identificar e quantificar o problema. A freqüência na comunicação dos erros varia consideravelmente, devido às metodologias que são utilizadas, a definição de reação adversa e erro, e o ambiente do cuidado (LESAR; MITCHELL; SOMMO, 2006).

No trabalho realizado por Stratton *et al.* (2004), as enfermeiras entrevistadas estimaram que 67% dos erros de medicação que aconteceram em suas unidades foram comunicados. Aqui cabe refletir sobre a realidade dos hospitais brasileiros. Têm-se essa cultura de comunicação?

Entre as razões para não comunicar os erros, Stratton *et al.* (2004) encontraram como motivos: enfermagem está mais focada na pessoa do que no sistema e as enfermeiras tem medo das conseqüências que sofreriam ao comunicar os erros. Esse é um outro aspecto que merece atenção. Que conseqüências têm para os profissionais a comunicação de um erro? O que a legislação prevê? E o paciente e ou familiar como enfrenta essa situação se for comunicado? Que rede de apoio tem esse profissional para comunicar? Há uma consciência coletiva dos profissionais, administradores, gestores, que o dano ao paciente merece ser comunicado, estudado, prevenido? Essas e outras questões necessitam ainda de respostas.

Para Antonow; Smith; Silver (2000), 53% dos erros de medicação foram de prescrição, 37% dos erros de interpretação, 44% dos erros de dispensação, 43% de erros de administração sendo que 30,5% de todos os erros observados foram comunicados formalmente. Os erros mais comunicados formalmente são os de administração (51%), seguidos de interpretação (24%) e de prescrição (16%).

Infelizmente a ação comumente adotada frente ao erro é a punição por parte do hospital e a omissão, por parte do praticante. Além de o profissional estar se sentindo culpado devido à ocorrência adversa que o paciente sofreu, ele pode receber desde uma advertência até ser demitido. Isso certamente promove uma subnotificação dos erros, devido ao medo de ser punido. Sabemos porém, que muitos erros não ocorrem isoladamente, e não há apenas um responsável. Por isso, o hospital deve promover um sistema de notificação dos erros, que não procure apenas apontar e punir os culpados, e sim promover uma conscientização coletiva, para identificar os erros, e assim aprender com eles, impossibilitando que ocorram novamente.

5.4 Segurança do paciente pediátrico

A preocupação com a segurança do paciente é recente e tem dimensões mundiais. Isso pode ser observado através da Organização Mundial da Saúde e da Aliança Mundial pela Segurança do Paciente assim como de outras organizações que foram criadas com essa preocupação, como a National Patient Safety Foundation, a Agency for Healthcare and Quality (AHRQ), e o National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention.

Com o objetivo de identificar os problemas e especificidades da segurança dos pacientes nos serviços de saúde brasileiros, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) prepara uma proposta nacional, baseando-se nas diretrizes da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, da OMS.

Em relação à segurança do paciente pediátrico, são poucas as publicações, e geralmente são baseadas nas estratégias já observadas com os pacientes em geral. Os artigos 4 e 13 tratam somente desse assunto, e o artigo 2 aborda essa temática, porém relacionada à medicação.

De acordo com a American Academy of Pediatrics (2001), todos os sistemas de saúde devem preocupar-se em prevenir erros. O primeiro passo é identificar os erros e estudar seu padrão de ocorrência para reduzir a probabilidade de ocorrência dos eventos adversos.

Segundo Napier; Knox (2006), a vigilância individual, apesar de necessária, não é suficiente para construir o cuidado seguro às crianças. Em seu trabalho, apresentam estratégias que servem como um pano de fundo para um processo organizacional para melhorar a qualidade, segurança e saúde em pediatria.

Para Lesar; Mitchell; Sommo (2006) e Napier; Knox (2006), os principais pontos para a segurança no sistema de saúde devem ser: liderança, sistemas de informação e notificação de erros, mudança de padrões de comportamentos, aumentar e/ou reforçar o envolvimento da família e do paciente.

A segurança do paciente deve ser prioridade, para tanto deve haver constante atualização e treinamento dos profissionais quanto a esse aspecto. A notificação dos erros deve ser não punitiva e confidencial, sendo que a partir da

ocorrência da mesma possa haver um aprendizado coletivo por meio dos erros apresentados.

Além disso, os profissionais devem confiar nesse sistema de notificação; deve ser proposto um ambiente (virtual ou não) para que os profissionais possam “contar suas histórias”, discuti-las e com isso aprender. Reunir os membros da equipe no momento em que o evento adverso acontece ou se possível, logo após, é importante para o entendimento sobre o acontecido. Isso pode ser uma maneira de esclarecer o evento ocorrido e também ouvir todos os participantes pode ajudar a compreender as falhas. Comunicar os resultados inesperados e se desculpar com familiares é outro aspecto importante. Doentes e famílias esperam ser informados quando as coisas não dão certo. Os pais são a principal fonte para a história da criança, pois fornecem aos médicos o que as crianças gostam, o que não gostam, as sensibilidades, e as vulnerabilidades da criança, contribuindo dessa forma, no conhecimento das características da criança, que muitas vezes podem ser desencadeadoras de efeitos adversos.

A American Academy of Pediatrics publicou em 2001 um guia para promover segurança no sistema de saúde, preocupando-se em maximizar a qualidade do cuidado e minimizar os erros cometidos por médicos. As recomendações são designadas aos médicos, porém devem ser direcionadas a todos os profissionais da saúde como: a importância de construir um sistema de notificação dos erros, que não seja punitivo e que permita o aprendizado através dos erros; guias para a promoção da segurança do paciente devem ser criados nos hospitais por uma equipe multidisciplinar, e devem dar atenção especial ao paciente pediátrico, baseando-se em suas necessidades específicas; e a criação de um programa de segurança do paciente que promova um comprometimento coletivo com a segurança (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2001).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste trabalho foi possível conhecer o que a literatura mundial traz sobre a proteção/segurança à criança hospitalizada, e refletir sobre esse assunto, baseando-se principalmente em fatos que são muito comuns no cotidiano da enfermagem.

A criança, por sua fragilidade, vulnerabilidade e por estar em constantes mudanças fisiológicas e anatômicas, merece uma atenção especial dos profissionais de saúde para que os danos a sua saúde sejam evitados e seja prestado um cuidado de melhor qualidade.

Os pais normalmente esperam que seus filhos sejam protegidos e bem cuidados no hospital, sem cogitar da possibilidade de que possam sofrer algum tipo de violência dentro dessas instituições. Muitas vezes, os pais desconhecem que seus filhos podem ser vítimas de erros e descuidos durante uma internação.

Os eventos adversos, como mostramos nesse estudo, e que consideramos uma violência, são freqüentes, fazem parte da prática diária e podem ter conseqüências leves, moderadas ou graves. Um dos eventos mais destacado nas publicações encontradas, é o erro de medicação, com o qual a enfermagem está diretamente relacionada, pois controla a última etapa no processo de medicação, que é a administração.

Porém, por envolver não só a administração de medicações, mas também outros diversos procedimentos e práticas da enfermagem, a preocupação com a segurança do paciente é muito recente, e referente principalmente ao paciente adulto e à área médica, com pouquíssimos trabalhos realizados por enfermeiras.

O registro do erro deve ser a primeira atitude do profissional, visando implementar medidas ao paciente como também evitar que novos erros com as mesmas características ocorram. Entretanto, isso de fato nem sempre ocorre, pois muitas vezes o profissional além de ter medo da punição, desconhece o real objetivo e importância deste registro. Contudo, é importante comunicar os erros quando acontecem ou quando são detectados, para que o aprendizado a partir deles, como preconizado pela Organização Mundial da Saúde de fato ocorra.

Acredita-se que com a implantação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente instituída em Washington, em 27 de outubro de 2004, se possa ter um

novo olhar sobre essa temática. Na medida em que ocorra a propagação e disseminação das medidas estudadas e instituídas pelo governo, gestores, profissionais e acadêmicos do âmbito da saúde se possa descobrir estratégias para minimizar a violência nos hospital.

Cabe salientar que os eventos adversos vão ocorrer sempre, o que se almeja é que eles tendam a diminuir ou mesmo serem evitados visando à segurança do paciente e a qualidade do tratamento e do cuidado.

Enfatiza-se que a produção bibliográfica da enfermagem frente à essa temática é muito escasso, ainda mais no Brasil, o que aponta para necessidade de pesquisas nessa área pouco explorada, e muito menos divulgada. Espera-se que os profissionais da Enfermagem envolvam-se e preocupem-se com o aspecto da segurança dos pacientes e que mobilizem-se na busca de alternativas para a garantia desse direito que também é uma questão de respeito á cidadania.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Anvisa promove debate sobre segurança do paciente no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em <<http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2007/171007.htm>>. Acesso em 29 out 2007.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Principles of Patient Safety in Pediatrics. **Pediatrics**, v. 107 n. 6, p. 1473-1475, Jun 2001.
- ANTONOW, Juli A.; SMITH, Anne B.; SILVER, Michael P. Medication Error Reporting: A Survey of Nursing Staff. **Journal of Nursing Care Quality**, v. 15, n. 1 p. 42-48, out 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- DESLANDES, Suely F. **Prevenir a violência**: um desafio para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1997.
- FERNANDEZ, Conrad V.; GILLIS-RING, Jane. Strategies for the prevention of medical error in pediatrics. **The Journal of Pediatrics**, Nova Scotia, v. 143, n. 2, p. 155-162, ago 2003.
- GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- GOLDIM, José Roberto. **Manual de Iniciação em Pesquisa em Saúde**. 2ª ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000.
- GOMES, Marleide M. **Medicina baseada em evidências**: princípios e práticas, Rio de Janeiro, RJ:ed.Reichmann & Affonso, 2001.
- HARADA, Maria J. C. S.; MARIN, Heimar de Fátima; CARVALHO, Werther B. Ocorrências Adversas e conseqüências Imediatas para os Pacientes em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. **Acta Paul Enf**, São Paulo, v.16, n. 13, p. 62-70, 2003.

KASHUAL, Rainu; *et al.* Medical Errors and adverse drug events in pediatric inpatients. **Journal of The American Medical Association**, Boston, v. 285, n. 16, p. 2114-2120, abr 2001.

LESAR, Timothy S.; MITCELL, Amy; SOMMO, Patrick. Medication Safety in Critically Ill Children. **Clinical Pediatric Emergency Medicine**, New York, v. 7, n. 4, p. 215-225, dez 2006.

LIMA, Elizabete C. ISSI, Helena B.; CARVALHO, Paulo Roberto A. Um caminho para a prevenção dos maus-tratos institucionais. In: LUZ, Anna Maria H.; MANCIA, Joel R.; MOTTA, Maria da Graca C. **As Amarras da violência: a família, as instituições e a enfermagem**. Brasília : ABEn, 2004 p. 145-150

MARK, Bárbara A.; HARLESS, David. W.; BERMAN, Wallace. F.n Nurse Staffing and Adverse Events in Hospitalized Children. **Policy, Politics & Nursing Practice**, v.8, n. 2, p. 83-92, may 2007.

MILLER, Marlene R.; ELIXHAUSER, Anne; ZHAN, Chunliu. Patients safety events during pediatric hospitalizations. **Pediatrics**, Baltimore, v. 111, n. 6, p. 1358-1366, jun 2003.

MILLER, Marlene R.; ZHAN, Chunliu. Pediatric patient safety in hospitals: a national picture in 2000. **Pediatrics**, Baltimore, v. 113, n. 6, p. 1741-1746, jun 2004.

MORENO, Mônica C. B.; KLIJN, Tatiana Maria P. Violência Hospitalaria em Pacientes. **Ciência y Enfermaria**. Concepcion/Chile, v 9, n. 1, p. 9-14, 2003a.

MORENO, Mônica C. B.; KLIJN, Tatiana Maria P. Percepcion de Violência de los Pacientes Hospitalizados em los Servicios de Medicina y Cirurgia de um Hospital Publico. **Ciência y Enfermaria**. Concepcion/Chile, v 9, n. 1, p. 29-42, 2003b.

NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION. **About NPSF**. North Adams: National Patient Safety Foundation, 2007. Disponível em: <www.npsf.org>. Acesso em 27 out 2007.

NAPIER, Judith; KNOX, Eric G. Basic Concepts in Pediatric Patient Safety: Actions Toward a Safer Health Care System. **Clinical Pediatric Emergency Medicine**, New York, v. 7, n. 4, p. 226-230, dez 2006.

PADILHA, Katia G. **Des-cuidar: as representações sociais dos enfermeiros de UTI sobre as ocorrências iatrogências de enfermagem**. 1994. 200p. Doutorado – Faculdade de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

RAZMUS, Ivy; *et al.* Falls in Hospitalized Children. **Pediatric Nursing**, Tulsa, v. 32, n. 6, p. 568-572, nov-dez 2006.

RIBEIRO, Rosa Lucia R.; RAMOS, Flávia Regina S. A violência à Criança Hospitalizada: a Dimensão Ética da Intervenção Terapêutica. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 514-518, mai-ago 1999.

SLONIM, Anthony D.; *et al.* Hospital-Reported Medical Errors in Children. **Pediatrics**, Nashville, v. 111, n. 3, p. 617-621, mar 2003.

STRATTON, Karen M., *et al.* Reporting of Medication Errors by Pediatric Nurses. **Journal of Pediatric Nursing**, Denver, v. 19, n. 6, p. 385-392, dez 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient Safety**. Geneva: WHO, 2007.
Disponível em: <www.who.int>. Acesso em: 03 nov 2007.

WINKELSTEIN, Marilyn L.; HOCKENBERRY, Marilyn J.; WILSON, David. **Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

WOODS, Donna; *et al.* Adverse events and preventable adverse events in children. **Pediatrics**, Boston, v. 115, n. 1, p. 155- 160, jan 2005.

APÊNDICE – Ficha de leitura

Título em Inglês:	_____
Título em Português:	_____
Autores:	_____
Ano:	_____
Comentários:	_____