

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA
CURSO DE GRADUAÇÃO E LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

AGNNE KATY SOARES RAMALHO

EVIDÊNCIAS SOBRE A SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONTEXTO DA CRIANÇA
HOSPITALIZADA: uma revisão integrativa.

NITERÓI
2014

AGNNE KATY SOARES RAMALHO

**EVIDÊNCIAS SOBRE A SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONTEXTO DA
CRIANÇA HOSPITALIZADA: uma revisão integrativa.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem e Licenciatura da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense, como parte das exigências para obtenção do grau de Bacharel e Licenciado em Enfermagem.

Orientadora:

Prof^a Dr^a Ana Karine Ramos Brum

Niterói, RJ

2014

R 165 Ramalho, Agne Katy Soares
Evidências sobre a segurança do paciente no contexto da
criança hospitalizada: uma revisão integrativa. / Agne
Katy Soares Ramalho. – Niterói: [s.n.], 2014.
75 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em
Enfermagem) - Universidade Federal Fluminense, 2014.
Orientador: Prof^a. Ana Karine Ramos Brum.

1. Segurança do paciente. 2. Criança hospitalizada. 3.
Gestão de segurança. 4. Saúde da Criança. 5. Enfermagem
Pediátrica. I. Título.

CDD 610.7362

AGNNE KATY SOARES RAMALHO

**EVIDÊNCIAS SOBRE A SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONTEXTO DA
CRIANÇA HOSPITALIZADA: uma revisão integrativa.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem e Licenciatura da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense, como parte das exigências para obtenção do grau de Bacharel e Licenciado em Enfermagem.

Aprovada em : ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof^a .Dr^a Ana Karine Ramos Brum – Orientadora
Universidade Federal Fluminense - UFF

Prof^a Dr^a Simone Cruz Machado Ferreira – 1^a Examinadora
Universidade Federal Fluminense – UFF

Mnd. Elsie Storch Borges – 2^a Examinadora
Universidade Federal Fluminense - UFF

Prof^o Msc André Luiz de Souza Braga – 1^o Suplente
Universidade Federal Fluminense - UFF

Dedico este trabalho às pessoas mais importantes na minha vida: Minha mãe Rita, meu irmão Állan, meu marido Marcus Paulo. Sem vocês, nada disso aconteceria. Dedico também as crianças hospitalizadas na UTI Pediátrica do Hospital Estadual Alberto Torres, os quais eu tive o prazer de cuidar.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por tudo que fez e ainda vai fazer em minha vida. Nada acontece por acaso.

A minha mãe, Rita pelo apoio incondicional, por ter lutado a vida toda para me dar uma educação de qualidade, deixando muitas das vezes a própria vida de lado. Obrigada pela paciência, compreensão, por comemorar comigo cada vitória conquistada na minha vida e sempre me incentivar a continuar trilhando o caminho que escolhi. Amo-te mãe, sem você eu não sou nada! Ao meu irmão Állan, por estar sempre comigo nos momentos de desespero, quando eu achava que nada ia dar certo.

Ao meu marido Marcus Paulo, agradeço por todo o apoio, companheirismo, por me incentivar nos momentos difíceis no decorrer desses quase sete anos juntos, desde o pré-vestibular, sempre me dando forças para continuar. Essa é apenas uma das grandes vitórias que comemoraremos juntos! Obrigada por tudo, pelo amor, pelo carinho e pela paciência durante esse tempo! Pode acreditar você foi o melhor presente que a UFF me deu.

Aos amigos Amanda, Géssica, Lorrane, Luana, Vanessa, Larissa, Carolina, pessoas maravilhosas que Deus colocou em minha vida durante esses 4 anos e meio de faculdade, passamos por muita coisa juntos, quero levar um pouquinho de cada um para o resto da minha vida. Especialmente ao meu amigo Raí, pelo apoio incondicional durante todo o processo de elaboração desse trabalho, sem o seu suporte, nada disso poderia ter sido realizado. O que a UFF uniu, ninguém separa.

À minha orientadora, Ana Karine Ramos Brum, por me auxiliar nessa jornada. Obrigada pelo apoio, pelo incentivo, por todo o carinho que me deu, eles foram fundamentais para que esse trabalho se tornasse realidade. Obrigada pelos desafios e caminhos que me apontou, e por me preparar para as etapas futuras que estão por vir.

A todos os professores e profissionais que contribuíram para minha formação durante todo esse caminho bem como aos amigos que fiz na UTI Pediátrica do Hospital Estadual Alberto Torres, mas principalmente aos Enfermeiros Diogo e Thaís. Sem vocês, nada disso seria possível. Obrigada pela paciência e ensinamentos, tem um pedacinho para cada guardado no meu coração! Nunca me esquecerei de vocês!

Aos companheiros da turma de formandos da 2014.1, pelo companheirismo nos momentos em que este foi necessário e pela força mútua nos momentos de crise. Pelas alegrias compartilhadas e amizades construídas. Sucesso a todos!

RESUMO

A criança por si só é considerada um ser frágil, cujo cuidado deve ter o máximo de atenção possível. Por mais de um século têm sido descritos e estudados erros e danos causados aos pacientes durante o atendimento médico-hospitalar. Entretanto, essas pesquisas são muito restritas à adultos, e muito pouco quando relacionada às crianças hospitalizadas. Além disso, a visibilidade da temática junto aos profissionais de saúde ainda não alcançou a sua devida atenção. Segundo a Organização Mundial de Saúde, segurança do paciente é a redução dos riscos e danos desnecessários associados à assistência em saúde de acordo com o que seja considerado viável nos recursos disponíveis e no contexto no qual a assistência foi realizada.. O papel do enfermeiro é de suma importância durante esse processo, pois como membro da equipe de saúde, precisa estar instrumentalizado, munido de um conhecimento prévio para cuidar da criança de forma segura. Para a enfermagem, a relevância desse estudo está associada à garantia da qualidade e segurança no cuidado a criança hospitalizada, onde a proteção integral da criança e da família, durante o processo de hospitalização, ocorra mediante a um conhecimento prévio acerca dos eventos adversos por parte dos profissionais, garantindo assim uma segurança, por meio de mecanismos de proteção no cenário dos cuidados. **Objetivos:** Identificar as evidências nas produções científicas nas bases de dados virtuais sobre a criança hospitalizada no contexto da Segurança do Paciente; Analisar as evidências científicas de acordo com o ano de publicação, fonte, metas internacionais de segurança, eixo temático e eventos adversos ou quase danos; Discutir as evidências frente ao Programa Nacional de Segurança do Paciente, e aos protocolos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Elaborar uma tecnologia educativa para os profissionais de enfermagem no âmbito da Segurança do Paciente Pediátrico. **Metodologia:** Estudo exploratório, com abordagem qualitativa do tipo revisão integrativa, tendo como cenário as bases de dados virtuais com a questão de pesquisa: Quais são as evidências científicas que abordam a criança hospitalizada no contexto da segurança do paciente? Utilizando assim, os seguintes descritores: “Segurança do Paciente”, “Criança Hospitalizada”, “Gerenciamento de Segurança”, “Saúde da Criança”, “Enfermagem Pediátrica” e “Evento adverso”. **Resultados:** Foram selecionados 14 artigos, dos quais emergiram três categorias na análise: eventos adversos relacionados a erros de medicação; redução do índice de infecção relacionado aos cuidados de saúde; cirurgia segura e a segurança do paciente pediátrico. **Conclusão:** Os resultados apontaram a necessidade da criação de protocolos e manuais voltados exclusivamente para os pacientes pediátricos. A comunicação efetiva entre a equipe e entre os familiares/cuidadores, a notificação da ocorrência do erro, a prática constante de higienização das mãos, o uso de tecnologias inovadoras na garantia de um acesso mais seguro, a criação de checklist para cirurgia em crianças e uma atualização constante dos profissionais são considerados ferramentas importantes na obtenção de uma cultura de segurança do paciente voltada não apenas para a criança hospitalizada, mas para os pacientes em geral. Como contribuição dessa pesquisa, elaborou-se um folder educativo contendo informações inerentes a realização desse processo.

Descritores: Segurança do Paciente; Criança Hospitalizada, Gerenciamento de Segurança, Saúde da Criança, Enfermagem Pediátrica e Evento adverso.

ABSTRACT

The child itself is considered a fragile being, whose care should have the maximum possible attention. For more than a century have been described and studied errors and harm to patients during hospital care. However, these studies are restricted to adults, and very little when related to hospitalized children. Moreover, the visibility of the subject with healthcare professionals not yet reached its due attention. According to the World Health Organization, patient safety is to reduce unnecessary risk and harm associated with health care in accordance with what is considered feasible on available resources and the context in which the service was performed .. The role of the nurse is of paramount importance during this process because as a member of the healthcare team, must be exploited, provided with prior knowledge to care for the child safely. For nursing, the relevance of this study is associated with quality assurance and safety in the care of hospitalized children, where the full protection of the child and family during the hospitalization process, occurring by a prior knowledge about the adverse events by professionals, thus ensuring safety through protection mechanisms in the setting of care. Objectives: To identify evidence in scientific production in virtual databases on hospitalized children in the context of Patient Safety; Analyze the scientific evidence according to the year of publication, source, international security goals, thematic axis and adverse events or almost damage; Discuss the evidence before the National Patient Safety Program, and the protocols of the National Health Surveillance Agency; Develop an educational technology for professional nursing within the Paediatric Patient Safety. Methodology: An exploratory study with a qualitative approach to integrative review type, against the backdrop of the virtual databases to the research question: What is the scientific evidence that address the hospitalized child in the context of patient safety? So, using the following descriptors: "Patient Safety", "Child Hospitalized", "Security Management", "Children's Health", "Pediatric Nursing" and "adverse event". Results: 14 articles, of which three categories emerged in the analysis were selected: adverse events related to medication errors; reducing the rate of infection related to health care; safe surgery and the safety of pediatric patients. Conclusion: The results indicate the need to develop protocols and manuals exclusively to pediatric patients. Effective communication among staff and between family / caregivers, notice of the occurrence of the error, the constant practice of hand hygiene, the use of innovative technologies to ensure more secure access, creating a checklist for surgery in children and constant updating of professionals are considered important tools in achieving a culture of patient safety focused not only for hospitalized children, but for patients in general. As a contribution of this research, we prepared an educational brochure containing information pertaining to completion of that process.

Keywords: Patient Safety; Hospitalized Child, Security Management, Children's Health, Pediatric Nursing and adverse event.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO, p 13

1.1 SITUAÇÃO PROBLEMA, p15

1.2 OBJETO DO ESTUDO, p 15

1.3 QUESTÕES NORTEADORAS, p 15

1.4 OBJETIVO GERAL, p 15

1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS, p 16

1.6 JUSTIFICATIVA, p 16

1.7 RELEVÂNCIA, p 17

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA, p 18

2.1 QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E A SEGURANÇA DO PACIENTE, p 18

2.2 PROGRAMA BRASILEIRO DE SEGURANÇA DO PACIENTE (PBSP) E O PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE (PNSP), p 19

2.3 A SEGURANÇA DO PACIENTE PEDIÁTRICO, p 20

2.3.1 Eventos adversos, p 21

2.3.1.1 Eventos adversos relacionados a erros de medicação, p 22

2.3.1.2 Eventos adversos relacionados ao uso de cateteres intravenosos, p 23

2.3.1.3 Eventos adversos e a infecção hospitalar, p 24

2.3.1.4 Eventos adversos relacionados à queda, p 25

2.4 TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS EM SAÚDE, p 27

3 METODOLOGIA, p 28

3.1 TIPO DE ESTUDO, p 28

3.2 REVISÃO INTEGRATIVA, p 28

3.2.1 Levantamento Bibliográfico, p 29

3.2.2 Seleção e validação dos artigos, p 31

3.2.3 Extração dos dados, p 32

4 RESULTADOS DISCUSSÃO, p 33

4.1 PERFIL DOS ESTUDOS SELECIONADOS, p 33

4.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO, p 35

4.2.1 Categorização dos estudos, p 40

4.2.1.1 Eventos adversos relacionados a erros de medicação, p 40

4.2.1.2 Redução do índice de infecção relacionados aos cuidados de saúde, p 46

4.2.1.3 Cirurgia segura e a segurança do paciente pediátrico, p 52

4.2.2 Contribuições do Estudo, p 57

5 CONCLUSÃO, p 58

6 OBRAS CITADAS, p 61

7 OBRAS CONSULTADAS, p 67

8 APÊNDICES, p, 71

8.1 APÊNDICE 2 – QUADRO RESUMITIVO DAS OBRAS SELECIONADAS, p 71

8.2 APÊNDICE 3- FOLDER INFORMATIVO, p 74

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1** Distribuição quantitativa das obras encontradas nas bases de dados utilizadas de acordo com os descritores relacionados a segurança do paciente, f 30
- Quadro 2** Distribuição quantitativa das obras encontradas nas base de dados mediante a junção dos descritores, f 30
- Quadro 3** Obras selecionadas em potencial, f 32
- Quadro 4** Distribuição dos estudos utilizados, segundo codificação determinada, seus objetivos correlacionados as metas de segurança do paciente, f 36
- Quadro 5** Distribuição dos estudos por categoria, contendo objetivo, resultados e conclusão, f 40
- Quadro 6** Distribuição dos estudos por categoria, contendo objetivo, resultados e conclusão, f 46
- Quadro 7** Distribuição dos estudos por categoria, contendo objetivo, resultados e conclusão, f 52

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Artigos selecionados em relação ao ano de publicação das obras, f 33

TABELA 2 – Porcentagem dos estudos mediante ao local de realização, f 34

TABELA 3 – Distribuição dos artigos de acordo com a abordagem metodológica, f 35

TABELA 4 – Frequência e porcentagem dos estudos segundo a formação profissional dos principais autores, f 35

TABELA 5 – Distribuição dos estudos de acordo com as metas, f 39

1 INTRODUÇÃO

No decorrer da faculdade, a questão do cuidado em saúde chamou muita a minha atenção. Além disso, trabalho como bolsista de extensão em um projeto voltado para a segurança do paciente, e devido ao fato de trabalhar com crianças hospitalizadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) durante um estágio extracurricular, me fez levantar algumas questões voltadas a esse assunto.

A temática segurança e proteção sejam da criança, seu acompanhante e as implicações na área da saúde tem sido a motivação de pesquisas e publicações, principalmente no que diz respeito aos erros de medicamentos e eventos adversos provocados devido ao cuidado direto em contextos internacionais. Segundo Wegner (2011), existem pesquisas que discutem o assunto e a partir de análises, problematizam algumas interfaces evidenciando que a segurança e proteção do paciente pode ser um indicativo da qualidade do cuidado em saúde. Então, mediante a isso, surgiu o interesse de pesquisar mais sobre a segurança do paciente voltada para criança hospitalizada.

O conceito de saúde no decorrer da história brasileira tem sido questionado por muitos, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde é um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doenças ou enfermidades. A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um marco importante no que diz respeito à saúde do nosso país, onde grandes avanços favoreceram a base conceitual de saúde, devido à participação ativa da sociedade, a qual impulsionou o Movimento da Reforma Sanitária, que possibilitou a reformulação do sistema de saúde brasileiro, bem como o entendimento de saúde enquanto produto de múltiplos determinantes, como educação, trabalho, alimentação, acesso aos serviços de saúde, dentre outros. (DALMOLIN et al, 2011)

A Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e de outras providências. Ela traz que saúde é um direito fundamental do ser

humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, além disso, diz que é dever do Estado a formulação, execução de políticas econômicas e sociais que visam à redução de risco de doenças, bem como o acesso universal e igualitário as ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação. Essa definição destaca o ser humano como um ser integral e a saúde como qualidade de vida. (BRASIL, 1990)

Segundo a OMS, segurança do paciente é a redução dos riscos e danos desnecessários associados à assistência em saúde de acordo com o que seja considerado viável nos recursos disponíveis e no contexto em que a assistência foi realizada. Em uma visão mais ampla, (COSTA & NEMITZ, 2013) também define segurança do paciente, baseado pela The Canadian Patient Safety, como “redução e mitigação de atos não seguros dentro do sistema de assistência à saúde, assim como a utilização de boas práticas para alcançar resultados positivos para o paciente”.

Em 2004, a OMS lança a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente com o objetivo de aumentar a atenção ao problema da segurança do paciente. Com isso, muitos desafios foram lançados e nesta perspectiva, surgiu a necessidade de se criar de forma abrangente, uma classificação para conceitos relacionados com a segurança do paciente.

Segundo Silva (2012), existe uma proximidade entre a relação de risco e os cuidados a saúde. Risco é compreendido como condição, situação ou procedimentos, que pode resultar ou não um efeito negativo para o paciente, ou seja, os riscos ficam evidentes a partir do momento em que melhora os meios de diagnósticos e tratamentos. Portanto, quanto maior for o risco que o paciente corre, mais a sua segurança está em jogo.

Atualmente, é observada uma frequência crescente de casos notificados de eventos adversos no cuidado à saúde e isso, tem levantado um grande debate acerca da segurança do paciente em nível internacional e nacional. Gallotti (2004) conceitua Evento Adverso (EA) como complicações indesejadas oriundas do cuidado realizado aos pacientes, não relacionadas ao decorrer natural da doença base. Com isso, um grande desafio para melhorar a qualidade nos setores de saúde consiste na existência de incidentes e eventos adversos, os quais comprometem a segurança do paciente.

A hospitalização de uma criança seja em uma enfermaria, ou em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) proporciona momentos de angústia, desespero e sofrimento às famílias e isso ocorre devido à condição de saúde da criança, sua vulnerabilidade e a relação de vivência com os profissionais e o ambiente. O papel do enfermeiro é de suma importância durante esse processo, pois como membro da equipe de saúde, precisa estar instrumentalizado, munido de um conhecimento prévio para cuidar da

criança de forma segura. (CÔA & PETTENGILL, 2011) Além disso, as condições clínicas dos pacientes variam entre limites estreitos de normalidade e a dependência não só do ser adulto, mas também da equipe de enfermagem faz com que a criança se torne passiva, deprimida, assustada, rebelde e vulnerável. A segurança e a proteção, portanto, devem estar incluídas no contexto da hospitalização, visto que a garantia de assistência a saúde é um direito da criança, e o não cumprimento deste direito pode ser considerado como negligência e violência. (SILVA. T et al, 2012)

1.1 SITUAÇÃO PROBLEMA

A criança por si só é considerada um ser frágil, cujo cuidado deve ter o máximo de atenção possível. Por mais de um século têm sido descritos e estudados erros e danos causados aos pacientes durante o atendimento médico-hospitalar. Entretanto, essas pesquisas são muito restritas à adultos, e muito pouco quando relacionada às crianças hospitalizadas. Além disso, a visibilidade da temática junto aos profissionais de saúde ainda não alcançou a sua devida atenção. Por outro lado, ultimamente na mídia, tem saído muitas notícias elencando erros cometidos por profissionais de enfermagem que dão origem a um evento adverso ao paciente seja por falta de atenção, conhecimento e até habilidades.

1.2 OBJETO DO ESTUDO

- Evidências encontradas nas bases de dados virtuais relacionadas à criança hospitalizada no contexto da Segurança do Paciente.

1.3 QUESTÃO NORTEADORAS

- Quais são as evidências científicas que abordam a criança hospitalizada no contexto da Segurança do Paciente?

1.4 OBJETIVO GERAL

- Propor uma tecnologia educativa a partir das evidências e/ou estratégias emergentes das produções científicas nas bases de dados virtuais acerca da criança hospitalizada no contexto da Segurança do Paciente.

1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Identificar as evidências nas produções científicas nas bases de dados virtuais sobre a criança hospitalizada no contexto da Segurança do Paciente
- 2) Analisar as evidências científicas de acordo com o ano de publicação, fonte, metas internacionais de segurança, eixo temático e eventos adversos ou quase danos.
- 3) Discutir as evidências frente ao Programa Nacional de Segurança do Paciente, e aos protocolos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
- 4) Elaborar uma tecnologia educativa para os profissionais de enfermagem no âmbito da Segurança do Paciente Pediátrico.

1.6 JUSTIFICATIVA

Cerca de 3 a 4% dos pacientes que são hospitalizados sofrem pelo cuidado prestado não adequado. Estima-se que, entre 44 e 98 mil americanos morrem por ano devido aos erros cometidos durante a assistência à saúde. Faz-se necessário uma discussão, visto que os serviços de saúde deveriam estar qualificados, de forma a prevenir esses erros. Existe uma literatura escassa que aborde a realidade brasileira, ainda mais quando falamos no contexto da criança hospitalizada, reforçando assim, a necessidade de pesquisas que abordem essa temática. (SCHATKOSKI et al, 2009)

Com isso, a vontade de aprofundar os conhecimentos nessa temática, a afinidade e paixão por crianças me motivaram a pesquisar mais sobre esse assunto. Além disso, o fato de fazer parte de um projeto de extensão que trabalha com a segurança do paciente e de trabalhar como acadêmica bolsista em uma unidade pediátrica me fez levantar alguns questionamentos e correlacionar essas questões com o que é preconizado a fim de minimizar possíveis intercorrências que podem prejudicar a saúde daquelas crianças.

Vale ressaltar que a minha vontade era realizar uma pesquisa de campo que tinha como objetivo identificar qual o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre segurança do paciente relacionado à criança hospitalizada em uma unidade de terapia intensiva pediátrica, utilizando como cenário a mesma unidade onde fiz esse estágio extracurricular mencionado anteriormente.

Como se trata de um processo longo, estávamos envolvidos nisso desde o início do ano de 2013 e submetemos o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) no final do ano de 2013. Depois de quase três meses de

espera, recebemos a aprovação sem nenhuma pendência, entretanto, quando íamos começar a coleta dos dados, recebemos a notícia de que não estava mais autorizada a pesquisa por motivo de mudança administrativa no hospital e pensando no pouco tempo que tínhamos, resolvemos mudar o tipo de pesquisa, passando para uma revisão integrativa.

1.7 RELEVÂNCIA

Silva (2010) relata que especialistas em segurança do paciente têm como maior desafio a redução dos eventos nas instituições de saúde, e o principal problema tem sido a assimilação, por parte dos dirigentes, que a multifatoriedade é causa dos erros e eventos adversos e que os profissionais de saúde podem cometer erros quando processos organizacionais e técnicos são mal elaborados e muita das vezes complexos. Mediante a tudo que foi aqui exposto, a relevância desse estudo está associada à garantia da qualidade e segurança no cuidado a criança hospitalizada, onde a proteção integral da criança e da família, durante o processo de hospitalização, ocorra mediante a um conhecimento prévio a cerca dos eventos adversos por parte dos profissionais, garantindo assim uma segurança, por meio de mecanismos de proteção no cenário dos cuidados.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E A SEGURANÇA DO PACIENTE

Um elemento primordial para assegurar a redução e o controle dos riscos a que o paciente está exposto é a qualidade dos serviços de saúde. Nesse sentido, um apanhado de ações complementares entre si como controle sanitário e a regulamentação são imprescindíveis para identificação precoce da ocorrência de eventos que afetam, direta ou indiretamente, a segurança do paciente, a fim de reduzir o dano para se evitar riscos futuros. (BRASIL, 2011)

Segurança do paciente é entendido, portanto como a redução ao mínimo aceitável dos riscos passíveis de danos que podem ser evitados durante o cuidado à saúde. Enquanto que incidente é considerado um evento ou circunstância que resulta em um dano evitável para o paciente, ou seja, a ação do profissional que acarretou um evento adverso (EA). Então, o erro só pode ser aplicado às ações intencionais, já que os tipos de erro depende de duas espécies de falha:

- Falha na execução: falha nas ações que caminham de acordo com a intenção pretendida, como um deslize e lapso.
- Falha no planejamento: falha das ações intencionais para alcançar os resultados desejados, o engano.

Deslize e o lapso são erros que resultam de alguma falha na execução de uma ação independentemente se o plano que os guia é ou não adequado para se alcançar o objetivo. Já o engano é considerado como uma deficiência no processo de julgamento ou inferência envolvido na seleção de um objetivo ou na especificação dos meios para alcançá-lo, independente das ações dirigidas ao esquema de decisão, ocorre ou não de acordo com o planejado. (FONSECA, 2013) Existem também os cuidados que ficam além dos padrões

mínimos, que são caracterizados como negligência e podem ocasionar ações legais contra a instituição. Essas estratégias tem o objetivo de evitar, prevenir e minimizar os resultados indesejados provenientes de eventos adversos e inerentes às práticas de atenção em saúde relacionadas ao cuidado prestado. (WEGNER, 2011)

Existem muitos termos sobrepostos na literatura sobre segurança do paciente com o intuito de descrever os aspectos relacionados com a segurança do paciente. Temos o termo evento adverso como uma lesão ou dano ocasionado da assistência a saúde, que difere daqueles danos que ocorrem em função dos cuidados de saúde, independente da ocorrência ou não de um erro cometido por um profissional. Por isso, alguns autores preferem destacar eventos adversos que podem ser evitados como o objetivo principal do tema da segurança, já que essa terminologia não é resultado de um determinado profissional de saúde responsável por algum dano, podendo gerar uma atitude defensiva por parte dos profissionais de saúde ou foco excessivo da organização no indivíduo, em vez de dar foco aos sistemas. (WACHTER, 2010)

2.2 PROGRAMA BRASILEIRO DE SEGURANÇA DO PACIENTE (PBSP) E O PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE (PNSP)

Já em 2008, o Instituto Qualisa de Gestão (IQG), teve como iniciativa, desenvolver o Programa Brasileiro de Segurança do Paciente (PBSP) que junto com organizações mundiais, busca manter um vínculo para que o tema segurança do paciente esteja em constante desenvolvimento nas organizações de saúde e sociedade. O programa tem como objetivo central a promoção de uma rede de informações e comunicações entre os hospitais multiplicadores e integrantes permitindo assim, um canal de comunicação aberto a todos os integrantes para o desenvolvimento de evidências científicas, dados, indicadores nacionais para a sua vinculação com tomadores de opinião, administradores e outros órgãos do setor saúde. (PROGRAMA BRASILEIRO DE SEGURANÇA DO PACIENTE, 2011)

O Brasil continua avançando na temática e atualmente o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) mediante a portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, visando reduzir a incidências de eventos adversos nos serviços de saúde do país. Tal portaria traz no Art 2º o objetivo geral do programa que é “contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional”. (BRASIL, 2013)

Entre as regulamentações criadas pela Anvisa no tema, merece destaque a publicação da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. A RDC estabelece a obrigatoriedade de implantação do NSP em serviços de saúde. O desenvolvimento das ações e das estratégias previstas no PNSP cabe ao NSP, o qual desempenha papel fundamental em todo processo de implantação do PSP. (BRASIL, 2014)

Com isso, para implementar a segurança do paciente nos estabelecimentos de saúde, faz-se necessário a criação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), com o objetivo de elaborar o Plano de Segurança do Paciente (PSP) nos termos definidos pelo PNSP, mostrando assim, o compromisso e o planejamento institucional dos estabelecimentos de saúde a fim de sistematizar as práticas que podem ocasionar riscos aos pacientes. (BRASIL, 2014)

2.3 A SEGURANÇA DO PACIENTE PEDIÁTRICO

Segundo Gouvêa e Travassos (2010), pesquisas em hospitais de vários países evidenciaram a combinação entre a ocorrência de eventos adversos e os incidentes que ocasionam danos aos pacientes.

Estimativas dos países desenvolvidos indicam que pelo menos 5% dos pacientes admitidos em hospitais contraem uma infecção. No Brasil, pesquisa recente em três hospitais de ensino do Rio de Janeiro identificou uma incidência de 7,6% de pacientes com eventos adversos, sendo 66,7% destes com eventos adversos evitáveis. (GOUVÊA & TRAVASSOS, 2010, p. 1061)

Nesse contexto, na última década ocorreu um incentivo à promoção de diferentes iniciativas a fim de garantir que os cuidados prestados nos ambientes de saúde fossem seguros. Dentre estas iniciativas, destaca-se a elaboração de programas para o monitoramento da qualidade e segurança embasados em indicadores. A qualidade, portanto, é um conceito multidimensional que utiliza diferentes abordagens para a sua avaliação e indicador de qualidade é conceituado como uma medida quantitativa baseado em algum aspecto do cuidado do paciente, no qual a sua utilização permite um maior monitoramento do caminhar dos serviços de saúde, além de auxiliar na programação de ações de melhorias de qualidade e orientar os pacientes em suas escolhas, de forma bem informada. (GOUVÊA & TRAVASSOS, 2010)

Então, o objetivo principal de um hospital é a prestação de serviços na área da saúde de forma qualificada, eficaz e eficiente e isso não pode ser almejado sem um setor administrativo efetivo em suas ações, a fim de prevenir acidentes, proporcionando condições ambientais seguras tanto para os pacientes quanto para os profissionais que ali trabalham. A

temática que envolve a segurança no ambiente hospitalar, mediante a sua complexidade, necessita de um tratamento multiprofissional, que será útil para a tomada de decisões técnicas, como administrativas, ocupacionais e no âmbito econômico. (BRASIL, 2006)

Com isso, um dos fatores de monitoramento de qualidade da assistência dentro dos serviços de saúde frente aos cuidados que são prestados aos pacientes é a comunicação ativa. Uma competência diária de todos os profissionais de saúde, inclusive da enfermagem, que permite uma interação com a criança e com o acompanhante, servindo como indicador do processo terapêutico em uma Unidade Pediátrica. Ademais, quando se utiliza uma ausculta sensível, faz-se possível um cuidado humanizado, a fim de esclarecer possíveis dúvidas acerca do tratamento, diagnósticos e procedimentos que serão realizados. Um efetivo processo de comunicação contribui, portanto, para uma linguagem única quando utilizado de forma interdisciplinar a fim de ser traduzida em uma segura assistência em saúde e desconsiderando as informações imprecisas que podem acarretar em um evento adverso. (SILVA. T et al, 2012)

Os hospitais são caracterizados por macrocomplexidades, associados às tecnologias e com determinadas especificidades, com equipes multiprofissionais que realizam sua prática nesse ambiente. Mediante a isso, os profissionais de saúde precisam atentar acerca dos direitos das crianças e adolescentes, de forma a garanti-los, se comprometendo com a promoção da saúde dessa população conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). (SCHATKOSK, 2009) É notória a necessidade de uma supervisão eficaz quando falamos de criança hospitalizada, pois estas estão mais vulneráveis a ações violentas, por não possuírem a capacidade de decidir sobre o seu cuidado. Segundo Schatkosk (2009), a criança pode sofrer de várias formas, uma violência institucional que muitas das vezes passa despercebida pelos profissionais da saúde com o passar do tempo.

2.3.1 Eventos adversos (EA)

Inúmeras situações são consideradas como eventos adversos. Em uma UTIP, por exemplo, podemos elencar várias, mas as principais estão associadas a terapia medicamentosa, infecção devido a implantação cateter intravenosos periféricos e profundos e conseqüentemente o curativo do mesmo, quedas, visto que pessoas hospitalizadas sofrem esse risco, principalmente quando falamos de crianças, e cuidados diretos de enfermagem. Além disso, é identificado baixos níveis de entendimento por parte da equipe de enfermagem nas UTIP, o que contribui para o aumento dos eventos adversos em crianças. (WEGNER, 2011)

Nas UTIP, por serem unidades utilizadas para o atendimento de crianças que necessitam de cuidados de média e alta complexidade, onde são realizados frequentemente diagnósticos invasivos e procedimentos de risco terapêutico, a questão sobre eventos adversos gera grandes preocupações, pois este ambiente pode auxiliar no surgimento de iatrogenias. Os profissionais, portanto, precisam a todo o momento, utilizar na tomada de decisão, uma das competências principais do enfermeiro, a comunicação ativa, para que tratamentos e cuidados almejados sejam alcançados. (HARADA et al, 2003)

Uma pesquisa sobre a associação de falhas e incidentes com o gerenciamento da assistência assinala que um em cada dez pacientes admitidos em hospitais de países desenvolvidos é vítima de pelo menos um erro não intencional, sendo que cerca de metade dessas falhas poderiam ser evitadas se os profissionais tivessem extraído lições de acontecimentos anteriores. (VENDRAMIM, 2013)

Schatkosk (2009) traz um estudo realizado no Brasil pela enfermagem em uma UTI Pediátrica de um hospital universitário de São Paulo. Tal estudo demonstrou que ocorreram 2,9 eventos adversos por criança internada devido a prática dos cuidados de enfermagem. Desses 2,9 eventos, 32,7% era referente à medicação, sendo considerados os mais frequentes. 29,2% eram referente à ventilação mecânica/via aérea, 16,8% ocorreram devido a procedimentos de enfermagem, 14,3% ocorreram devido à infecção ocasionada por cateteres, sondas e drenos, 4,4% por causa de equipamentos e materiais e por fim, 2,6 % devido a outras causas.

2.3.1.1 Eventos adversos relacionados a erros de medicação

Eventos adversos relacionados a medicamentos são conceituados como danos não intencionais causados aos pacientes durante a terapia medicamentosa, podendo ser classificados em evitáveis, aqueles oriundos de erros de medicação ou inevitáveis, oriundos de reações adversas a ação dos medicamentos. A medicação consiste na forma mais comum de intervenção no cuidado à saúde, no entanto nem sempre a terapia medicamentosa é realizada de forma a trazer benefícios aos pacientes, levando à ocorrência de eventos que causam prejuízos irreversíveis e podem levar a morte (OLIVEIRA, 2010)

Uma das principais causas de eventos adversos relacionados a medicamentos que prejudicam a segurança das crianças envolve a prescrição, o preparo e a administração. As particularidades fisiológicas e farmacocinéticas que acometem essa faixa etária tem uma constante modificação no decorrer do tempo, fazendo que as crianças fiquem a mercê de efeitos nocivos ocasionados pelos medicamentos. (SANTOS, 2004) Segundo Carvalho et al

(2003), mais de 50% dos medicamentos prescritos para pacientes pediátricos não são aprovados ou padronizados para a administração em crianças no EUA. Isso ocorre devido a prováveis limitações éticas no que diz respeito à pesquisa de medicamentos que envolvem crianças nas últimas décadas. No Brasil, essa taxa também é alta, principalmente quando falamos no ambiente hospitalar.

Para Oliveira (2010), estudos realizados em vários países destacaram a necessidade e a possibilidade de se diminuir o número de eventos adversos nos ambientes de saúde. Mais da metade de todos os eventos adversos evitáveis no país, e que foram notificados, tiveram como sua principal causa, os erros de medicação.

Com muita frequência, a prescrição e o uso desses medicamentos, nas faixas pediátricas, são baseados em extrapolações de doses e/ou modificações de formulações para adultos, ignorando-se completamente as diferenças entre crianças e adultos, e submetendo aquelas aos riscos de eficácia não comprovada e de paraféitos não avaliados. (CARVALHO et al, 2003, p.398)

A enfermagem, devido ao fato de atuar em todas as etapas do sistema de medicação, principalmente no preparo da medicação e na sua administração, faz com os erros que venham por ventura acontecer, independente se ocorrer no começo ou no meio do processo, lhes sejam atribuídos. Isso só faz aumentar a responsabilidade da equipe de enfermagem, pois esse erro pode ser corrigido nos processos anteriores e a falta de atenção ou até mesmo conhecimento não se deixa observar. E isso é notório, visto que a enfermagem é capaz de interromper até 86% dos erros associados à medicação, entretanto, desses 86%, apenas 2% dos erros na administração são evitados. (MIASSO et al, 2006; CASSIANI et al, 2004)

2.3.1.2 Eventos adversos relacionados ao uso de cateteres intravenosos

Um erro muito comum que também acomete as crianças internadas diz respeito ao uso de cateteres intravenosos periféricos e profundos. Um procedimento comum que é realizado nos pacientes hospitalizados, que os deixam a mercê de eventos adversos infecciosos e não infecciosos. Machado et al (2008), relata que cerca de 1% a 10 % desse paciente chegam a desenvolver infecções locais ou sistêmicas, devido a inserção de cateteres, seja por ruptura da integridade da pele que possibilita a passagem de micro-organismos colonizadores ou pela falta de atenção ao curativo do local, servindo como porta de entrada para infecção.

As complicações mais comuns são flebite, infiltração e extravasamento que são elencadas como eventos adversos ocasionados pelo uso de cateteres intravenosos periféricos.

A escolha do tipo apropriado de curativo tem o objetivo de manter o local de inserção do cateter o mais limpo e seco, prevenindo assim a contaminação externa e o trauma. Há relatos que o tipo de curativo e a forma de fixação do cateter auxiliam para a ocorrência dessas complicações. Essas complicações ocorrem devido a vários fatores como: “tipo de cateter selecionado, o preparo do local de inserção, o tipo de infusão, a técnica de inserção, o tempo de permanência do cateter, o tipo de curativo e o local de inserção do cateter”. (MACHADO et al, 2008)

Qualquer pessoa que esteja internada em um hospital tem um potencial de adquirir uma infecção hospitalar. O risco de infecção não é apenas inerente à inserção de cateteres, sondas e drenos, existem problemas agudos que ocorrem principalmente em países em desenvolvimento e que estão relacionadas ao período de internação dos pacientes. (BRASIL, 2013)

2.3.1.3 Eventos adversos: Infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS)

Infecção Hospitalar (IH) é conceituada como aquela adquirida pelo cliente depois da sua admissão no hospital, podendo se manifestar durante a internação ou após a sua alta, desde que associada ao seu período de internação no hospital. Será considerada infecção hospitalar, manifestações clínicas que ocorram após 72h de internação, entretanto, se a infecção tiver alguma ligação com procedimentos terapêuticos ou diagnósticos praticados pela equipe e se manifestar antes do período de 72h após a internação, também será considerada infecção hospitalar. Mais especificamente em crianças, essas manifestações podem acontecer por diversos motivos, como a lenta maturação do seu sistema imunológico, visto que, quanto menor a idade, o seu desenvolvimento é menos acentuado, isso as tornam susceptíveis a adquirir doenças transmissíveis. Assim como a troca de objetos entre pacientes pediátricos, a presença de anomalias congênitas, o uso abusivo de medicamentos, desnutrição aguda e doenças hemato-oncológicas. (BRASIL, 2006)

Os pacientes internados em unidades de terapia intensiva são de alto risco, devido ao seu estado de deficiência imunológica, como resultado dos procedimentos terapêuticos e diagnósticos invasivos, e são particularmente mais susceptíveis as infecções hospitalares. [...]A correlação de procedimentos invasivos e a incidência de infecção hospitalar em pacientes internados em UTI já foi amplamente demonstrada. Estes pacientes freqüentemente têm severa doença de base, depressão imunológica ou desnutrição predispondo às infecções bacterianas, fúngicas e virais. (BRAGA et al, 2004, p.7)

O controle de IRAS é de suma importância quando analisadas no âmbito da segurança do paciente. É notório que o desenvolvimento e o uso de novas tecnologias tanto

diagnósticas, quanto terapêuticas, promovendo assim, melhorias na qualidade da assistência e um aumento da expectativa de vida. Com isso, faz-se necessário a implementação de estratégias voltadas principalmente para a educação dos profissionais, mudança cultural do hospital frente a esses erros que de alguma forma geram um dano, garantindo assim, um sistema de qualidade e conseqüentemente a segurança do paciente. (OLIVEIRA, 2010)

2.3.1.4 Eventos adversos relacionados à queda

Outro problema que interfere na segurança do paciente internado, diz respeito à queda. Schatkosk (2009) relata um estudo realizado em um hospital dos EUA, que dos prontuários analisados, 200 pacientes apresentaram quedas, e desses, foi identificado que 82% das crianças que sofreram a queda, estavam acompanhadas dos pais. Essas quedas podem estar relacionadas com insegurança e apreensão dos pais no ambiente hospitalar, além disso, o fato das crianças estarem acompanhadas pelos pais gera uma “certa” despreocupação por parte da equipe, o profissional então transfere de certa forma um pouco da responsabilidade do cuidado para aqueles pais que ali estão.

A queda, portanto, é conceituada como um evento não planejado, onde o paciente veio ao chão, gerando ou não uma lesão. Suas causas são as mais distintas, desde as intrínsecas como decorrência de alterações fisiológicas, patológicas, medicamentosas até extrínsecas como o comportamento do paciente relacionado ao ambiente em questão. No âmbito hospitalar, as quedas podem aumentar o tempo de internação do cliente, o custo do tratamento, além de promover um desconforto ao paciente, acarretando uma desconfiança em relação à responsabilidade do profissional e a qualidade da assistência prestada pelo mesmo. (PAIVA et al, 2010)

Quedas de pacientes produzem danos em 30% a 50% dos casos, sendo que de 6% a 44% desses pacientes sofrem danos de natureza grave, como fraturas, hematomas subdurais e sangramentos, que podem levar ao óbito. A queda pode gerar impacto negativo sobre a mobilidade dos pacientes, além de ansiedade, depressão e medo de cair de novo, o que acaba por aumentar o risco de nova queda. (BRASIL, 2013, p.1)

Com isso, os idosos e as crianças são a população mais vulnerável quando falamos sobre quedas no ambiente hospitalar, visto que ambos são considerados os extremos no que diz respeito a atenção prestada. Para Paiva (2010), a enfermagem precisa promover meios que facilitem a comunicação desses tipos de eventos, prestando muita atenção a fim de prevenir que esses eventos não venham a acontecer. Tudo isso com objetivo de promover a segurança do paciente no ambiente hospitalar, estabelecendo mecanismos de prevenção dos efeitos adversos.

Mediante a essa problemática, o Ministério da Saúde (MS) elaborou um protocolo de prevenção de quedas. Este protocolo é parte integrada do PNSP e tem como finalidade a diminuição da frequência de quedas dos pacientes hospitalizados e conseqüentemente o dano que ela pode ocasionar por meio da implementação de medidas que envolvem a avaliação de risco do paciente, garantindo o cuidado multiprofissional e um ambiente seguro, promovendo a educação do paciente, acompanhantes e profissionais, atentando sempre para o resguardo da dignidade do paciente. (BRASIL, 2013)

A enfermagem, durante a sua prática diária, precisa prevenir a ocorrência de erros, visto que necessitam garantir a segurança do paciente. Contudo, por serem seres humanos, esses profissionais são passíveis de cometer erros. Além disso, a falta de conhecimento a respeito dos eventos adversos impede que os profissionais de saúde possam exercer sua profissão de acordo com seu Código de Ética. (FONSECA, et al, 2013)

Em um estudo, autores perguntaram a 145 enfermeiros quais as causas, o tipo de erro cometido. Quanto ao tipo de erro cometido, as respostas foram classificadas de acordo com as fases do processo de enfermagem, considerando 33% ocorreram durante uma intervenção no paciente, 27-9% estavam ligados a comunicação, 27-9% ao planejamento das ações, que eram mal planejadas e 10-1% ocorriam na fase de avaliação. Quanto às causas mais elencadas pelos enfermeiros foi o ambiente de estresse, seguido do excesso de trabalho, visto que muitos trabalham em outros lugares para conseguir uma renda boa, em terceiro lugar ficou a falta de conhecimento e experiência, principalmente por parte daqueles que eram recém-formados, seguido de deficiência na supervisão e suporte dos enfermeiros com mais experiências. (MANSOIA, 2010)

Mediante tudo o que foi exposto, a cultura de segurança busca estimular a notificação dos eventos adversos, a liderança precisa passar confiança para os seus profissionais afim de que cada vez mais eles se sintam seguros para conversar sobre erros cometidos. Quem ganha com isso são as pessoas envolvidas direta ou indiretamente no contexto da hospitalização, principalmente quando falamos da hospitalização infantil, visto que o profissional sente-se respaldado para comunicar qualquer fato que possa prejudicar a vida do paciente. A comunicação do erro é considerada então um dever ético das profissões que trabalham com o ser humano. Portanto, assumir o erro com responsabilidade é ser ético nas relações entre as pessoas envolvidas, já que o reconhecimento e a comunicação do erro diz respeito a autonomia desse profissional em agir de forma prudente e responsável. (WEGNER, 2011)

Então, é de fundamental a importância que a equipe de enfermagem trabalhe de forma integrada, fortalecendo a relação enfermeiro-paciente, usando os resultados de investigação a fim de providenciar mais segurança nos cuidados realizados, ou seja, o enfermeiro precisa aprender como identificar e categorizar eventuais erros, sendo uma forma de promover a segurança do paciente. (MANSOIA, 2010)

2.4 TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS EM SAÚDE.

A tecnologia educativa nada mais é do que o simples uso de meios tecnológicos mais ou menos sofisticados, como uma forma sistemática de conceber, gerir e avaliar o processo de ensino e aprendizagem em função de metas e objetivos educacionais perfeitamente definidos. (COUTINHO, 2007, p. 1)

Para Santos & Lima, (2008) o trabalho educativo com grupos populacionais é considerado com uma valiosa alternativa que visa buscar a promoção da saúde, facilitando assim, o aprofundamento das discussões bem como a ampliação de conhecimentos. Com isso, tecnologias educativas em saúde (TES) são consideradas uma das ferramentas fundamentais para a realização de um trabalho educativo e o processo de cuidar.

A TES integra o grupo das tecnologias leves, denominadas tecnologia de relações, como acolhimento, vínculo, automação, responsabilização e gestão como forma de governar processos de trabalho. A utilização dessas tecnologias contempla a existência de um objeto de trabalho dinâmico, em contínuo movimento, não mais estático, passivo ou reduzido a um corpo físico. (SANTOS & LIMA, 2008, p 91)

Visando manter os pacientes informados, existe a necessidade da elaboração de materiais impressos que tem como objetivos a orientação e a adaptação de comportamentos, promoção da saúde, bem como prevenção de futuros eventos adversos. Portanto, esses materiais impressos que são utilizados na educação em saúde visam disseminar conteúdos relevantes para prevenção e tratamento de acordo com as enfermidades. Além disso, esses materiais nos formatos de cartazes, cartilhas, folders, panfletos, livretos são considerados “materiais educativos” nos serviços de saúde, visto que fazem parte da relação entre profissionais e a população. (MONTEIRO & VARGAS, 2006)

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente trabalho trata de uma pesquisa descritiva exploratória do tipo Prática Baseada em Evidências (PBE). Uma pesquisa do tipo exploratória visa propiciar uma ampla familiaridade com a problemática, tornando-o mais explícito. Tem como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de instituições. Para tanto, utiliza-se de um planejamento flexível permitindo assim, uma gama de considerações de vários aspectos no que diz respeito ao que é estudado. (GIL, 2002) Por sua vez, a pesquisa descritiva, como o próprio nome remete, busca descrever as características de uma determinada população, segundo Minayo (2008, p.109) este tipo de pesquisa “busca entender fenômenos específicos, mas com profundidade, comparando, descrevendo e interpretando.” Mediante a isso, as pesquisas descritivas buscam descrever com precisão os fenômenos e fatos de uma determinada realidade (GIL, 2002)

Segundo Mendes et al (2008), A PBE tem como finalidade, utilizar os resultados da pesquisa associado com a assistência prestada nos diferentes níveis de atenção, ressaltando a importância da pesquisa para a prática clínica. Além disso, define, busca e avalia as evidências disponíveis e programa as evidências na prática, avaliando os resultados obtidos, ou seja, busca encorajar a fundamentação da assistência em saúde baseada no conhecimento científico, promovendo a qualidade dos serviços com baixo custo operacional. (MENDES et al, 2008)

3.2 REVISÃO INTEGRATIVA

Para a realização da PBE, podem ser utilizados dois tipos de revisão de literatura, a sistemática e a integrativa, visto que para tal, utilizam-se métodos de busca, avaliação crítica e

síntese das evidências disponíveis de acordo com o tema pesquisado. Mediante a isso, o presente trabalho optou-se pelo método da revisão integrativa..

Para Mendes et al (2008), a revisão integrativa, permite a utilização das evidências na prática clínica, tendo como objetivo, reunir e sintetizar os resultados das pesquisas acerca de um determinado tema ou questão de forma sistemática, permitindo assim, o aprofundamento a cerca do conhecimento da temática estudada. Portanto, a revisão integrativa tem como finalidade, a análise de pesquisas relevantes que fundamentam a tomada de decisão, a fim de melhorar a prática clínica, promovendo um acúmulo de conhecimento a cerca de um determinado tema, permitindo assim, a realização de novos estudos mediante ao preenchimento de lacunas de conhecimento. (Mendes et al, 2008)

Para a construção de uma revisão integrativa relevante, é preciso percorrer seis etapas distintas, são elas: 1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; 2) Estabelecimento dos Critérios para inclusão e exclusão dos estudos/amostragem ou busca na literatura; 3) Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; 4) Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5) Interpretação dos resultados; 6) Apresentação da revisão/síntese do conhecimento. (MENDES, et al, 2008) Para tal, na operacionalização dessa revisão, foram utilizadas as seguintes etapas: seleção da questão temática (elaboração da pergunta norteadora), estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão de artigos, seleção dos artigos (seleção da amostra), análise e interpretação dos resultados.

3.2.1 Levantamento Bibliográfico

O levantamento dos artigos foi motivado e realizado por meio da seguinte questão: o que vem sendo produzido acerca da criança hospitalizada no contexto da Segurança do Paciente? Este levantamento foi realizado nas bases de dados Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), nas fontes Lilacs, Medline e BDNF utilizando os seguintes descritores: “Segurança do Paciente”, “Criança Hospitalizada”, “Gerenciamento de Segurança”, “Saúde da Criança”, “Enfermagem Pediátrica” e “Eventos adversos”. Abaixo, segue o panorama no âmbito na segurança do Paciente sem a especificidade da criança.

Quadro 1: Distribuição quantitativa das obras encontradas nas bases de dados de acordo com os descritores relacionados a segurança do paciente. Niterói, 2014.

2004-2013	Base de Dados				
Descritores	Lilacs	Scielo	BDENF	Medline	Total
Segurança do Paciente	523	279	109	5.318	6.229
Gerenciamento de Segurança	258	37	45	6.969	7.309
Evento Adverso	102	102	10	----	214
Total	883	418	164	12.287	13.752

Devido ao quantitativo encontrado, realizou-se então um primeiro refino dos artigos encontrados, mediante a junção de alguns descritores como: “Segurança do Paciente e Criança Hospitalizada”, “Segurança do Paciente e Enfermagem Pediátrica”, “Saúde da Criança e Gerenciamento de Segurança” e “Gerenciamento de Segurança e Enfermagem Pediátrica”, a fim de selecionar os artigos e teses que atendessem ao objeto da pesquisa.

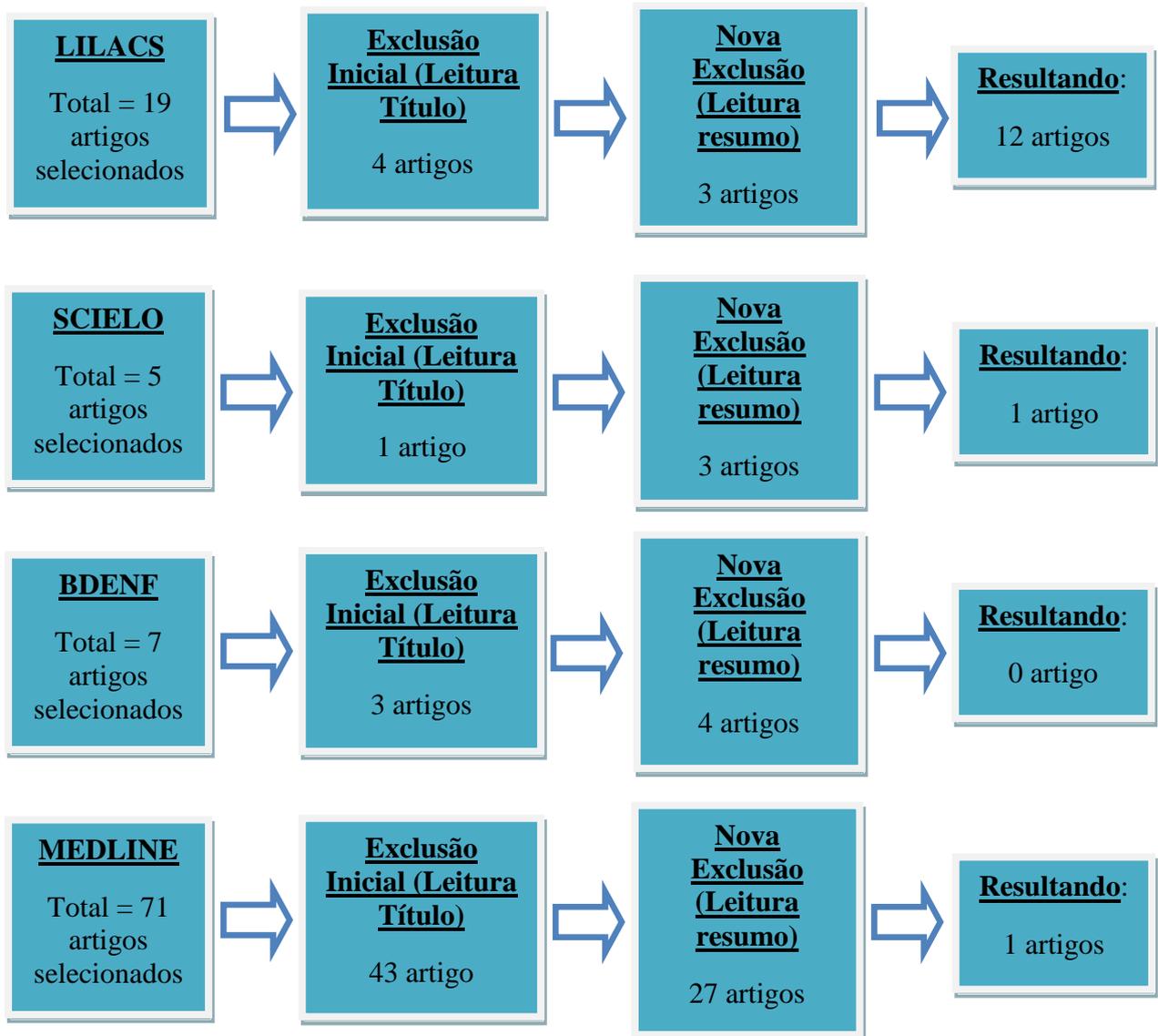
Para tal, foram utilizados alguns critérios de inclusão como: artigos, completos, disponíveis nos idiomas português e inglês nos anos de 2004 até 2013, tendo como sujeitos as crianças hospitalizadas, excluindo aqueles que não se enquadravam nos critérios de inclusão como, tipo de sujeito ou então que não abordassem a temática em questão. Vale ressaltar, o ano de 2004 ocorreu a 57ª Assembleia Mundial de Saúde que cria a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, mediante a isso, utilizamos um recorte temporal de 10 anos. Encontramos assim, 102 artigos, conforme descrito abaixo.

Quadro 2: Distribuição quantitativa das obras encontradas nas bases de dados mediante a junção dos descritores. Niterói, 2014.

2004-2013	Base de Dados				
Descritores	Lilacs	Scielo	BDENF	Medline	Total
Segurança do Paciente e Criança Hospitalizada	3	1	2	2	8
Segurança do Paciente e Enfermagem Pediátrica	14	3	4	11	32
Saúde da Criança e Gerenciamento de Segurança	2	0	0	40	42
Gerenciamento de Segurança e Enfermagem Pediátrica	0	1	1	18	20
Total	19	5	7	71	102

3.2.2 Seleção e avaliação dos Artigos

A leitura seletiva dos artigos encontrados nas bases de dados, Scielo e BVS, nas fontes Lilacs, Medline e BDENF foi feita, inicialmente, com análise pelo título e resumo, conforme descrito no fluxograma a baixo:



Na Lilacs foram selecionados 12 estudos, a partir dos títulos e resumos, enquanto que na Scielo, BDENF e Medline, selecionados, 1, 0 e 2, respectivamente, totalizando 14 artigos selecionados. Vale ressaltar que os artigos que aparecia duplicados nas bases de dados, foram contabilizados apenas uma vez. O que resultou a tabela abaixo.

Quadro 3: Obras selecionadas em potencial. Niterói, 2014.

2004-2013	Base de Dados				
Descritores	Lilacs	SciELO	BDENF	Medline	Total
Segurança do Paciente e Criança Hospitalizada	3	0	0	0	3
Segurança do Paciente e Enfermagem Pediátrica	9	0	0	0	9
Saúde da Criança e Gerenciamento de Segurança	0	0	0	1	1
Gerenciamento de Segurança e Enfermagem Pediátrica	0	1	0	0	1
Total	12	1	0	2	14

3.2.3 Extração dos dados

A fim de definir as informações que seriam extraídas de cada artigo, foi realizada uma leitura crítica dos estudos selecionados, para identificação de elementos que se relacionassem à temática da Segurança do paciente no contexto da criança hospitalizada, além disso, foi realizada a seleção dos trechos que continham as evidências científicas necessárias, que após esse processo foram agrupadas de acordo com o tema central e elementos relacionados a ele.

Mediante a isso, foi elaborado um quadro que objetivava reunir e sintetizar tais informações chaves a fim de caracterizar e categorizar as obras em potencial, possibilitando assim, a análise e discussão dos elementos identificados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Criou-se então um quadro sinóptico que contém os dados que foram extraídos de cada obra em potencial. Tal instrumento encontra-se no apêndice do presente trabalho e é composto por: autores, base de dados, título, objetivos, idioma, ano, revista.

4.1 PERFIL DOS ESTUDOS SELECIONADOS

A tabela abaixo, diz respeito ao ano de publicação dos artigos. Ficou evidenciada uma maior publicação de artigos que abordam a temática de Segurança do Paciente no contexto da criança hospitalizada entre os anos de 2008 - 2011, sendo o seu “BOOM” a partir do ano de 2012 - 2013, com 9 publicações (64,26%). Isso se justifica visto que a temática da Segurança do Paciente ganhou notória visibilidade após a elaboração da Portaria N° 529 de 1º de abril de 2013 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Vale ressaltar que esta temática vem sendo abordada ao longo dos anos, visto que é de fundamental importância para a assistência de enfermagem, além disso, demonstram que as pesquisas na área da saúde sobre a temática se encontram em um ritmo crescente de desenvolvimento, o que retrata a preocupação dos profissionais em fornecer subsídios ao conhecimento científico para a área, em prol da segurança do paciente.

Tabela 1: Artigos selecionados em relação ao ano de publicação das obras. Niterói, 2014.

ANO	N	N(%)
2004 - 2007	2	14,28%
2008 - 2011	3	21,42%
2012 - 2013	9	64,26%

Buscando identificar a região o qual se concentram os estudos selecionados, ficou evidenciada conforme a tabela abaixo, uma maior concentração de pesquisas científicas na

região sudeste, correspondendo a (57,14%) dos estudos em questão, seguido da região sul com (28,56%). Tal fato ocorreu devido a concentrações dos autores a cerca da temática, visto que foi possível identificar o mesmo autor em mais de um artigo, tomando-os como autores referência para a pesquisa. Vale ainda ressaltar a necessidade de mais estudos que aborde a temática de segurança do paciente pediátrico.

Tabela 2: Porcentagem dos estudos mediante ao local de realização. Niterói, 2014

LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO	N	N(%)
Região Sudeste	8	57,14 %
Região Sul	4	28,56%
Região Nordeste	1	7,14%
Internacional	1	7,14%

Outra questão que foi avaliada nos artigos selecionados diz respeito à abordagem metodológica das obras em potencial, e conforme pode ser observado na tabela 3, (28,57%) dos artigos selecionados não especificaram o tipo de abordagem metodologia, enfatizando apenas o tipo de estudo, por exemplo, metodológico, descritivo transversal, descritivo exploratório. Além disso, foi possível identificar que (21,48%) desses artigos tinham uma abordagem qualitativa e outros (21,48%) eram revisão de literatura, mais especificamente a revisão integrativa.

Segundo Medeiros (2012), entende-se como pesquisa qualitativa aquela que produz evidências independente das formas de procedimento ou de formas de quantificação, visto que permitem compreender o mundo simbólico e particular das experiências, além de entender sobre o funcionamento organizacional, os fenômenos e as interações entre as pessoas, seus grupos sociais e as instituições. Ele resalta ainda a importância da consistência e do rigor na elaboração de projetos de pesquisa qualitativa realizada por novos pesquisadores, a fim de sustentar todo o processo de investigação, produzindo achados consistentes e inéditos, os quais contribuem para o avanço do conhecimento científico principalmente nas áreas de enfermagem e de saúde com enfoque na Segurança do Paciente.

Já a abordagem do tipo revisão de literatura permite um maior acesso aos resultados das pesquisas existentes a cerca da temática estuda além de permitir a construção do conhecimento em enfermagem, produzido por um saber baseado nas evidências científicas a fim de permitir ao enfermeiro, um atendimento de melhor qualidade. (MENDES, 2008)

Tabela 3: Distribuição dos artigos de acordo com a abordagem metodológica utilizada. Niterói, 2014.

Abordagem Metodológica	Amostra	Porcentagem
Qualitativo	3	21,48%
Quantitativo	1	7,14%
Quanti-qualitativo	1	7,14%
Revisão de Literatura	3	21,48%
Ensaio Clínico	2	14,28%
Não especificado	4	28,57%

Visto que os todos os artigos tem como autores principais, profissionais de saúde, buscou-se identificar qual a titulação dos principais autores, conforme a tabela 4 abaixo.

Tabela 4: Frequência e porcentagem dos estudos, segundo a formação profissional dos principais autores. Niterói, 2014.

Formação Profissional	Amostra	Porcentagem
Enfermagem	12	85,71%
Farmácia	1	7,14%
Não especificado	1	7,14%

Ficou evidenciado que (85,71%) das produções tinham a Enfermagem como a principal formação profissional dos autores, tal fato se justifica, pois segundo Domingues et al (2012) a segurança do paciente engloba todos os profissionais da área da saúde, envolvidos diretamente com o cuidado, tornando-se um requisito fundamental na gestão de qualidade. [...] Sendo assim, por estar diretamente envolvido com a assistência ao paciente, o profissional de enfermagem, deve oferecer um cuidado seguro, livre de qualquer dano ou evento adverso, identificando as possíveis falhas, tornando-se uma busca contínua de soluções que visem um cuidado efetivo e seguro.

Além disso, sabe-se que a segurança do paciente pediátrico é um fenômeno muito complexo, delicado e específico, sendo o enfermeiro, a peça primordial nessa cadeia como elemento coordenador dessa assistência. (VENDRAMIM, 2013)

4.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO

Com a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente em 2004, a *Joint Commission*, empresa internacional mais importante no processo de acreditação hospitalar, juntamente com a OMS, elaborou e disseminou algumas recomendações que buscam a

promoção da Segurança do Paciente, sendo uma dessas recomendações, as 6 metas internacionais a constar. (VENDRAMIM, 2013 p.264)

- Meta 1: Identificar corretamente o paciente;
- Meta 2: Melhorar a comunicação efetiva;
- Meta 3: Melhorar a segurança de medicamentos de alto risco;
- Meta 4: Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimentos e pacientes corretos;
- Meta 5: Reduzir o índice de infecções associadas aos cuidados de saúde
- Meta 6: Reduzir o risco de lesões ao paciente decorrente de queda.

A fim de compreender melhor a temática da segurança do paciente no contexto da criança hospitalizada, foi necessário realizar uma análise cautelosa do conteúdo das produções científicas selecionadas, portanto, criou-se um quadro com uma codificação desses artigos, com seus objetivos e correlacionados com as metas internacionais de segurança do paciente.

Quadro 4: Distribuição dos estudos utilizados, segundo a codificação determinada, seus objetivos correlacionados as metas de segurança do paciente. Niterói, 2014.

CÓDIGO	TÍTULO	OBJETIVO	METAS
E1	Erros de medicação em pediatria: análise da documentação de enfermagem no prontuário do paciente.	Identificar os erros de medicação por meio da análise dos prontuários dos pacientes de 3 unidades pediátricas de um hospital universitário.	Meta 3
E2	Redesenho de atividades da enfermagem para a redução de erros de medicação em pediatria.	Verificar a influência de uma intervenção de reestruturação de atividades composta pela elaboração de um algoritmo e desenvolvimento de um programa de educação, com vistas à redução de erros de medicação em três unidades pediátricas de um hospital universitário, a partir de uma pesquisa anteriormente realizada nas mesmas unidades.	Meta 3
E3	Segurança e proteção à criança	Identificar a produção do conhecimento sobre a temática da segurança, proteção	Meta 3

	hospitalizada: revisão de literatura.	e violência à criança hospitalizada , no período de 1997 a 2007.	
E4	Revelação da ocorrência de erro de medicação em unidade de cuidados intensivos pediátricos.	Descrever a ocorrência de comunicação do erro de medicação à equipe e família em uma unidade de cuidados intensivos pediátricos para atendimento de pacientes oncológicos.	Meta 3
E5	Eventos adversos na terapia farmacológica pediátrica: revisão integrativa da literatura.	Identificar as evidências disponíveis sobre os principais eventos adversos relacionados a medicamentos na clientela pediátrica e propor estratégias para a redução dos mesmos.	Meta 3
E6	Segurança da criança hospitalizada na UTI: compreendendo os eventos adversos sob a ótica do acompanhante.	Descrever os eventos adversos identificados pelo familiar/cuidador em uma Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico (UTIP).	.Meta 2
E7	Método Bundle na redução de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateteres centrais: revisão integrativa.	Identificar intervenções baseadas em evidências que compõem o método bundle, designados à redução de infecção da corrente sanguínea relacionada ou associada a cateter intravenoso central.	Meta 5
E8	Segurança na administração de medicamentos em pediatria.	Apresentar aspectos relevantes do sistema de medicação e recomendações para a redução de erros de medicação em crianças, com fundamentação nos princípios da segurança do paciente em pediatria.	Meta 3
E9	A multicenter collobarotive approach to reducing Pediatric Codes Outside the ICU.	Diminuir a taxa de códigos pediátricos fora da UTI em 50% no dobro de dias desses eventos e melhorar a pontuação da cultura de segurança do paciente em 5 pontos percentuais.	Meta 2
E10	A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção	Analisar como as acompanhantes/cuidadoras e profissionais da saúde reconhecem os eventos adversos nas circunstância do cuidado.	Meta 2

	de eventos adversos na hospitalização infantil.		
E11	Higienização das mãos e a segurança do paciente pediátrico.	Avaliar se a higienização das mãos realizadas antes do preparo e da administração de medicamentos e fluidoterapia pelos profissionais de enfermagem segue as diretrizes estabelecidas pela OMS e ANVISA.	Meta 5
E12	Cirurgia segura em pediatria: elaboração e validação de checklist de intervenções pré-operatórias.	Validar um checklist de intervenções pré-operatórias pediátricas , relacionadas à segurança do paciente submetido a cirurgias.	Meta 4
E13	Assertividade e tempo de permanência de cateteres intravenosos periféricos com inserção guiada por ultrassonografia em crianças e adolescentes.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar se a ultrassonografia vascular (UVS) pode promover o aumento da assertividade na utilização do CIP e maior tempo de permanência do cateter quando comparado ao método tradicional. • Verificar se o emprego desse tipo de tecnologia pode auxiliar o enfermeiro e contribuir para o desenvolvimento da terapia com redução de danos e aumento da segurança do paciente. 	Meta 5
E14	Interações fármaco-alimento/nutriente potenciais em pacientes pediátricos hospitalizados.	Investigar as possíveis interações entre medicamentos e alimentos/nutrientes na unidade de pediatria em um hospital piauiense.	Meta 3

Analisando criteriosamente cada estudo selecionado, surgiram alguns pressupostos, que deram origem a alguns enfoques pelos autores. Mediante a isso, agrupamos os estudos de acordo com as metas internacionais de segurança do paciente, a fim de proporcionar uma maior visibilidade sobre a temática da segurança do paciente no contexto da criança hospitalizada, conforme tabela abaixo.

Tabela 5: Distribuição dos estudos de acordo com as metas.

Metas Internacionais	Amostra	Porcentagem
Meta 1	0	0

Meta 2	3	21,42%
Meta 3	7	50,00%
Meta 4	1	7,14%
Meta 5	3	21,42%
Meta 6	0	0

Autor: Agne Katy Soares Ramalho

O agrupamento dos estudos de acordo com as metas internacionais, evidenciou o que (50,00%) dos estudos selecionados, estavam relacionados com a meta 3, ou seja, melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos. As crianças apresentam diferentes alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas de acordo com a idade, mediante a isso, os cuidados durante a preparação da medicação, bem como na administração, devem ser rigorosos, eficazes e com segurança, a fim de garantir uma assistência de qualidade em prol da segurança do paciente pediátrico. (MENDONÇA et al, 2013)

Vale ainda ressaltar, que foi observado, que nenhum dos artigos, abordavam a meta 1 e a meta 6, identificação correta do paciente e a redução do risco de queda e ulcera por pressão, respectivamente.

Segundo o Ministério da Saúde/MS (2013), a identificação correta do paciente é o processo pelo qual se garante tanto ao paciente, quanto a sua família, que a ele é destinado determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo a ocorrência de erros e enganos que o possam gerar eventos adversos. [...] Os erros de identificação do paciente pode acontecer desde sua admissão até a sua alta do serviço, bem como em todas as fases do diagnóstico e de tratamento. Tais erros podem ser potencializados devido ao estado de consciência do paciente, mudanças de leito, setor ou profissional dentro da instituição, bem como outras circunstâncias no ambiente.

Apesar da presença dos familiares com as crianças no período de internação, é notória a importância da identificação correta do paciente a fim de prevenir possíveis erros possam vir a acontecer.

Já no que diz respeito à redução do risco de lesões ao paciente decorrente de queda meta 6, o Ministério da Saúde (2013) relata que o processo de hospitalização eleva o risco de quedas, devido ao ambiente, doenças que podem levar a queda como a demência e a osteoporose, bem como alguns procedimentos terapêuticos e múltiplas prescrições de medicamentos. Para a criança isso é ainda mais preocupante devido a sua fragilidade e vulnerabilidade. Mediante a isso, ressalta-se a importância de estudos no contexto da criança hospitalizadas voltadas as quedas.

4.2.1 Categorização dos estudos

O processo de análise e interpretação dos dados, evidenciou 5 categorias temáticas que foram desenvolvidas para confirmar e sustentar os objetivos desse estudo. Para tal, realizou-se uma releitura do título e resumo dos 14 artigos selecionados para o agrupamento dos textos de acordo com a afinidade temática, sendo eles:

- Eventos adversos relacionados a erros de medicação;
- Redução do índice de infecção relacionado aos cuidados de saúde;
- Cirurgia segura e a segurança do paciente pediátrico.

4.2.1.1 Eventos adversos relacionados a erros de medicação

Na presente categoria, foram agrupados os estudos conforme o quadro sinóptico abaixo.

Quadro 5: Distribuição dos estudos por categoria, contendo objetivo, resultados e conclusão. Niterói, 2014.

Estudo	Objetivo/ Resultados / Conclusão
E1	Objetivo: Identificar erros de medicação por meio da análise de prontuário. Resultados: Nos 68 prontuários investigados, foram identificados 1717 erros de registro, compondo 21,1% das 8152 doses de medicamentos ou soluções prescritas no período investigado. Foram caracterizados 13 tipos de erros, destacando-se os de omissão de dose ou de registro da execução da dose (75,7%). Conclusão: Sugere-se o desenvolvimento de programa de educação continuada e a criação de ferramentas de gestão da assistência que permitam desenvolver esta prática, monitorando resultados obtidos.
E2	Objetivo: Verificar se a influência do redesenho de atividades de enfermagem para a redução de erros de medicação em três unidades pediátricas de um hospital universitário. Resultados: Foram analisadas 556 prescrições médicas nos prontuários de 77 crianças. Das 8550 doses, 1498 (17,5%) constataram-se erros. Conclusão: Globalmente a intervenção gerou pouca mudança na proporção e na tipologia dos erros de medicação, sendo efetiva para reduzir a omissão da dose, medicação suspensa pelo médico e não registrada como suspensa pela enfermagem e hora errada.
E3	Objetivos: Identificar a produção do conhecimento sobre a temática da segurança, proteção e violência à criança hospitalizada, no período de 1997 a 2007. Resultados: Formulação de 4 categorias na análise: ocorrência adversa, erros de medicação, notificação de ocorrências adversas e segurança do paciente pediátrico. Conclusão: os resultados indicam a necessidade de se desenvolver

	<p>estratégias que reduzam a probabilidade da ocorrência desses eventos, durante a hospitalização da criança, para que ela não sofra qualquer intercorrência nem violação de seus direitos fundamentais.</p>
E4	<p>Objetivo: Descrever a ocorrência de comunicação do erro de medicação à equipe e família em uma unidade de cuidados intensivos pediátricos para atendimento de pacientes oncológicos. Resultados: Das 71 fichas coletadas, após a detecção do erro de medicação, a ocorrência não foi comunicada à equipe em 34 (47,9%) situações. Nos 37 casos nos quais os eventos foram comunicados, o médico foi aquele que mais recebeu a informação (48,7%). Em (95,8%) dos relatos a ocorrência não foi comunicada a família. Conclusão: Embora a literatura atual preconize a revelação do erro, tal prática não constitui atividade frequente na unidade de cuidados intensivos pediátricos estudada.</p>
E5	<p>Objetivos: Identificar as evidências disponíveis sobre os principais eventos adversos relacionados a medicamentos na clientela pediátrica e propor estratégias para a redução dos mesmos. Resultados: Inadequação da apresentação dos fármacos direcionada ao atendimento das necessidades terapêuticas específicas das crianças. Conclusão: Entende-se que a tomada de decisão do enfermeiro sobre o aprazamento seguro, o preparo e a administração de fármacos, deve estar baseada em avaliação criteriosa e individualizada de cada cliente. Assim, é necessário que o profissional esteja embasado cientificamente, para implementar intervenções eficazes que sejam capazes de reduzir e, até mesmo, evitar os eventos adversos oriundos da uni ou polifarmácia.</p>
E8	<p>Objetivo: apresentar aspectos relevantes do sistema de medicação e recomendações para a redução de erros de medicação em crianças, com fundamentação nos princípios da segurança do paciente em pediatria. Resultados: Recomendações para redução de erros de medicação em crianças e os princípios da segurança do paciente em pediatria. Conclusão: É um desafio para toda a instituição e equipe de saúde, promover mudanças na conduta organizacional que permitam a reestruturação de processos e a implementação de estratégias de segurança.</p>
E14	<p>Objetivo: Investigar as possíveis interações entre medicamentos e alimentos/nutrientes na unidade de pediatria em um hospital piauiense. Resultados: Os antimicrobianos tiveram uma frequência significativa, com 79 interações entre os medicamentos estudados, seguido pelos corticoides com 22 ocorrências. Foram encontrados ainda 9 episódios de interações envolvendo os antiulcerosos. Conclusão: Pode ser observado que as interações estão presentes na clínica pediátrica, e só o conhecimento pode minimizar prejuízos e/ou multiplicar os benefícios decorrentes das associações de medicamentos com alimentos. Assim, este trabalho surge como indicador de segurança do paciente, uma vez que identifica os erros de medicação (interações entre prescrições médicas e a equipe de nutrição).</p>

A atividade de preparação e administração de medicamentos deve ser entendida como um conjunto complexo, interdependente, e multiprofissional de diferentes áreas de conhecimento que compartilham do mesmo objetivo, que é garantir o preparo e a administração de forma rigorosa, eficaz e segura. (MENDONÇA et al, 2013)

Entende-se como erros de medicação, qualquer evento prevenível oriundo do uso inadequado ou não, eventualmente relacionado com erros durante o processo de trabalho. Ou seja, um evento evitável que pode acontecer em qualquer fase da terapia medicamentosa, que pode ocasionar ou não danos ao paciente. (MENDONÇA et al, 2013)

Segundo Melo & Pedreira, (2005), a ocorrência de erros está relacionado ao processo cognitivo humano e, mediante a isso os profissionais de saúde são passíveis de cometê-los. Yamanaka et al (2007) destaca que tal processo é um procedimento praticado rotineiramente pela equipe de enfermagem e para isso, exige um conhecimento científico e técnico afim de garantir uma assistência segura.

Em sua pesquisa, Schatkoshi et al (2009) identificou na literatura a cerca dessa temática que grande parte dos eventos adversos que acometem crianças hospitalizadas estão relacionados a erros de medicação, desde erros na prescrição, preparo até a administração do fármaco.

Durante o período de internação, dentre todos os pacientes hospitalizados, aproximadamente 3% sofre um dano decorrente ao uso de medicação que origina um evento adverso. Entretanto, mesmo que essa frequência seja igual entre adultos e crianças, o risco do erro causar um dano em um paciente pediátrico é 3 vezes maior do que em paciente adulto. Isso ficou evidenciado em um estudo, onde a incidência de erros de medicação em unidades de cuidados intensivos pediátricos variam entre 22 e 59 erros por mil doses, ou seja, 2,5% das crianças que são admitidas nessas unidades, sofrem algum tipo de evento adverso oriundo de erro de medicação.(BELELA et al, 2010)

O sistema de medicação é constituído por vários processos como prescrição, revisão e validação da prescrição, distribuição/dispensação, preparo, administração, e acompanhamento do paciente para monitoramento da ação ou reação ao medicamento. Um estudo que objetivava identificar a ocorrência de erros durante algumas das etapas do processo de medicação de crianças, identificou como os mais frequentes os erros de prescrição (3-37%), dispensação (5-58%), administração (72-75%) e documentação (17-21%). (HARADA et al, 2012) Enquanto que, para Schatkoski et al (2009), os erros na dosagem foi o mais evidente, correspondendo a (28%), seguido de erros na via de administração (18%) e erros no registro das administrações (14%).

Em seu livro, Mendonça, Gentil & Carneiro, (2013) listam os erros de medicação que mensuram a qualidade e a segurança da assistência prestada a criança hospitalizada, e isso vem confirmar o estudo realizado por Melo & Pedreira (2005). Os principais erros de medicação são 1) erros de dispensação; 2) Erros de omissão; 3) erros de horário; 4) erros de administração não autorizada de medicamentos; 5) erros de dose; 6) erros de apresentação; 7) erros de preparo; 8) erro de administração; 9) erros com medicamentos deteriorados; 10) erros de monitoração; 11) erro em razão de não aderência do paciente e família; 12) Outros erros de medicação.

No estudo realizado em três unidades pediátricas de um hospital universitário de São Paulo, Melo & Pedreira (2005), identificaram 8152 registros de doses de fármacos ou soluções prescritas, e desses, 1717 (21,1%) verificaram-se erros. Foram identificados mais de 13 diferentes tipos de erro de medicação, dentre eles, destacaram-se mais os erros de omissão, que corresponderam a 75,5% do total de falhas identificadas e de registro da execução da dose (75,7%). Erros de horário foram identificados em 40 registros (2,4%), nessas situações, a medicação foi administrada fora do intervalo de tempo planejado para a administração.

Para os autores, o erro de omissão correspondem à não administração de uma dose prescritas do medicamento, ou o não registro da execução da medicação por parte da enfermagem, enquanto que erros de horários são aqueles que ultrapassam mais ou menos 30 minutos dos horários pré-estabelecidos no aprazamento da prescrição médica.

Em seu estudo, Belela et al, (2010) buscava descrever a ocorrência de comunicação do erro de medicação à equipe e família em uma unidade de cuidados intensivos pediátricos para atendimento de pacientes oncológicos. Para que fossem coletados os dados, os autores realizaram um treinamento com a equipe de profissionais envolvidos diretamente no sistema de medicação da unidade, a fim de que promover um maior entendimento por parte dos mesmos sobre as questões relacionadas aos erros de medicação e o que isso acarreta para a segurança do paciente. Nesse treinamento, os profissionais foram orientados a sempre que identificassem um erro de medicação, fosse preenchido de forma anônima e voluntária uma notificação, e estas, foram depositadas em uma urna.

Das 71 fichas coletadas, foram notificados 110 erros de medicação. Dessas, 34 (45,9%) ocorrências não foram comunicadas à equipe. Dos 51 casos onde foi relatada a ocorrência da comunicação do erro a equipe, o tipo de erro que foi frequentemente comunicado foi o erro de omissão, correspondendo a (29,4%). No que diz respeito à não comunicação do erro à equipe, identificaram-se os erros de dose (22,0%), seguido do erro de

administração (20,3%). O que foi mais alarmante, diz respeito a não comunicação do erro de medicação ao familiar/acompanhante, o que correspondeu a (95,8%).(BELELA et al, 2010)

Embora estudos a cerca da temática concordem com a importância e a necessidade da revelação da ocorrência do erro, alguns aspectos impendem que estes sejam praticados com mais regularidade. Tais obstáculos permeiam desde a dificuldade que o profissional tem em admitir que errou, o medo de envolver e prejudicar outros profissionais, bem como o medo de ações éticas e legais por parte dos conselhos. Por isso tal prática não é comum nas unidades de saúde e isso contrapõe as recomendações do gerenciamento de risco.

Vale ressaltar, que os erros de medicação podem ocorrer devido às condições físicas e psicológicas dos profissionais como a sobrecarga de trabalho, o quantitativo elevado de horas trabalhadas sem o devido descanso, a falta de profissional, bem como estresse e falta de atenção por parte do profissional, afeta de certa forma a segurança do paciente. Errar é humano, ninguém é perfeito, entretanto, cabe ao profissional tomar atitudes em prol da segurança do paciente, principalmente o paciente pediátrico.

Visto que o enfermeiro é o principal profissional ligado ao preparo e a administração dos medicamentos, cabe a ele conhecer as responsabilidades inerentes a cada etapa desse processo. A fim de garantir a segurança do paciente, durante a administração dos medicamentos, o enfermeiro deve ficar atento aos “certos”. São eles: 1) Paciente certo; 2) Medicamento certo; 3) Dose certa; 4) Vias de administração certa; 5) Horário certo; 6) Registro certo; 7) Devolução certa; 8) Orientação e informação certa ao paciente; 9) Compatibilidade certa. (MENDONÇA et al, 2013)

Geralmente, a maioria dos medicamentos que são utilizados nos tratamentos possui o horário de aprazamento e administração específico, o não comprimento deles pode ocasionar um evento adverso.

Em sua revisão integrativa, Martins et al (2011, p748) identificaram na literatura que os eventos adversos relacionados à terapia medicamentosa estavam em sua maioria, relacionados às interações medicamentosas provenientes do aprazamento não seguro das medicações e da falta de drogas no mercado com apresentação voltada exclusivamente para as necessidades específicas das crianças.

Sabe-se que as unidades hospitalares apresentam uma rotina no que diz respeito a alimentação dos pacientes e uma administração de medicamento fora do horário prescrito pode ocasionar interações famaco-nutrientes. Segundo Lopes et al (2013) essa interação ocorre quando um alimento, ou seus componentes, afetam os parâmetros farmacocinéticos e farmacodinâmicos dos medicamentos.

Com a finalidade de investigar as possíveis interações entre medicamentos e alimento/nutrientes, Lopes et al (2013) realizou um estudo em uma unidade pediátrica do município de Picos no Piauí durante o ano de 2009. Foram coletados nos prontuários das crianças internadas, dados referentes ao tratamento farmacológico, enquanto que as informações nutricionais foram coletadas junto ao serviço de nutrição do hospital e por meio de entrevistas realizadas com os acompanhantes. Tal estudo evidenciou a presença dessas interações na rotina hospitalar, e isso poderia trazer prejuízos ao paciente.

Isso poderia ser evitado, se o enfermeiro começasse a atentar para os horários de administração dos medicamentos, evitando assim a ocorrência de possíveis eventos adversos. Além disso, compete ao enfermeiro o conhecimento prévio dos fármacos que tem o seu efeito alterado devido à administração concomitantemente com as refeições. Essa é uma questão pouco abordada dentro das unidades de internação, entretanto é de suma importância para a segurança do paciente pediátrico.

Mediante a tudo o que foi exposto, salienta-se a importância de estratégias a fim de garantir a segurança do paciente pediátrico como a padronização de processos, o uso de recursos de tecnologia da informação, a educação permanente, e o fundamental, o acompanhamento das práticas profissionais durante todas as etapas desde o preparo até a administração dos medicamentos. (BRASIL, 2013)

Yamanaka et al, (2007) concorda nesse sentido quando fala que tanto a conscientização quanto o aprendizado por parte da equipe de enfermagem está relacionada diretamente no processo de execução da terapia medicamentosa e portanto, devem ser conquistados de maneira gradativa.

Tudo que encontramos na teoria é muito bonito, mas sabemos das dificuldades que existem quando tentamos coloca-los em prática. Pequenas atitudes pode dar origem a bons resultados, ou seja, o pouco pode se tornar muito. Cabe, portanto a equipe e a instituição trabalhar em conjunto em prol desse objetivo maior, e para tal, há a necessidade de uma supervisão continua desse processo, criação de indicadores de saúde, bem como, conhecer e explorar tais eventos, com a finalidade de desenvolver estratégias que conduzam a prevenção, garantindo assim a segurança do paciente pediátrico no que diz respeito ao preparo e administração de medicamentos.

4.2.1.2 Redução do índice de infecção relacionado aos cuidados de saúde.

Na presente categoria, foram agrupados os estudos conforme o quadro resumitivo abaixo.

Quadro 6: Distribuição dos estudos por categoria, contendo objetivo, resultados e conclusão. Niterói, 2014.

Estudo	Objetivo/Resultados/Conclusão
E7	<p>Objetivo: Identificar intervenções baseadas em evidências que compõem o método bundle, designados à redução de infecção de corrente sanguínea relacionada ou associada a cateter intravenoso central. Resultados: A presente revisão integrativa evidenciou 5 intervenções como as mais frequentemente empregadas na construção dos bundles: higienização das mãos, gluconato de clorexidina como antiséptico para pele, uso de barreira máxima de precaução durante a inserção do cateter, evitar acessar veia femoral e verificar necessidade diária de permanência do cateter, com sua remoção imediata quando não mais indicado. Conclusão: A maioria dos estudos demonstraram resultados estatisticamente significantes na redução de infecção de corrente sanguínea relacionada ou associada a cateter intravenoso central.</p>
E11	<p>Objetivo: Avaliar se a higienização das mãos realizadas antes do preparo da administração de medicamentos e fluidoterapia pelos profissionais de enfermagem seguem as diretrizes estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resultados: Constatou-se a baixa adesão à prática de higienização das mãos e estrutura inadequada, segundo as diretrizes estabelecidas pela OMS e ANVISA. Conclusão: Há necessidade de se reestruturar o espaço físico e fornecer condições favoráveis para a realização das técnicas de higienização das mãos pelos profissionais. Como também, promover capacitação e educação continuada, garantindo assim, a segurança do paciente pediátrico por meio da higienização das mãos.</p>
E13	<p>Objetivo: Verificar se a ultrassonografia vascular (USV) aumenta a assertividade na utilização do cateter intravenoso periférico e o tempo de permanência do cateter quando comparado ao método tradicional de punção. Resultados: A amostra foi constituída por 382 punções, e dessas, 188 (49,2%) no GUSV e 194 (50,8%) no GC, realizadas em 335 crianças. Identificou-se assertividade em 71,6% dos cateteres do GUSV e (71,8%) no GC. O tempo de permanência do cateter apresentou mediana inferior a um dia nos dois grupos, não havendo diferença estatisticamente significativa. Conclusão: A USV não influenciou os resultados das variáveis dependentes investigadas.</p>

Segundo o manual da ANVISA, entende-se como infecção hospitalar (IH) aquela que se manifesta no decorrer do período de internação ou após a alta do paciente, ou seja,

aquela que está de certa forma relacionada com a internação ou com os procedimentos realizados pela equipe de saúde. (BRASIL, 2005)

E quando falamos em pediatria, a criança hospitalizada esta sujeita as aquisição de infecções tendo em vista que as medidas de precaução como a lavagem das mãos e isolamento nem sempre são postas em prática nos serviços de saúde. Nesse sentido, existem grandes obstáculos a serem vencidos, como a dificuldade de um sistema de vigilância epidemiológica destas infecções, bem como na obtenção e gerenciamento das informações para que assim, possa criar indicadores de saúde. (BRASIL, 2005)

Considera-se um grande problema de saúde pública quando falamos sobre infecção relacionada à assistência hospitalar, sendo que isso afeta um quantitativo enorme de pacientes causando assim um aumento no período de internação, bem como o risco de mortalidade e a elevação dos custos socioeconômicos. Cerca de 2 milhões de casos anuais de infecções hospitalares acontece nos Estados Unidos, e desses, cerca de 20 mil óbitos. Isso gera um gasto estimado de 4,5 a 5,6 bilhões de dólares por ano. (MARTINEZ et al, 2008)

Aproximadamente 30% dos casos de infecções associadas ao cuidado em saúde são consideradas preveníveis por meio de medidas simples como a lavagem das mãos por parte dos profissionais, sendo esta, considerada a mais eficaz no que diz respeito à prevenção das infecções hospitalares. É de conhecimento de todos, que as mãos são portadoras de inúmeros micro-organismos que podem ser transmitidos de maneira direta ao pacientes durante a assistência. Em sua grande maioria, esses micro-organismos são patógenos potenciais como *S. aureus*, *E. coli*, *P. aeruginosa* e *E. fecaelis*, muitos deles são multirresistentes a terapia medicamentosa. (MARTINEZ et al, 2008)

Existem por parte dos diversos órgãos nacionais e internacionais, medidas que buscam elevar as taxas de adesão à higienização das mãos durante a prestação do cuidado a fim de garantir a segurança do paciente. Após a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente em 2013, a ANVISA, com o intuito de colocar em prática uma das metas internacionais de segurança do paciente, elaborou um protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde.

Segundo a ANVISA, o termo “Higiene das mãos” está relacionado a qualquer prática de lavagem das mãos a fim de inibir a transmissão de micro-organismos, evitando assim, que pacientes e profissionais adquiram infecções relacionadas a assistência em saúde. (IRAS). Além disso, tal termo envolve a higiene simples, com a lavagem utilizando água e sabão comum em forma líquida, a higiene antisséptica com a utilização de água e sabão associados a

agentes antissépticos, a fricção antisséptica utilizando a solução alcoólica nas mãos a fim de reduzir a carga de micro-organismos sem o enxague. (BRASIL, 2013)

No que diz respeito a fricção antisséptica, a solução alcoólica utilizada pode ser de dois tipos, a líquida e a em gel. A líquida necessita ter uma concentração final de álcool em torno de 60 a 80% destinadas a aplicação nas mãos atentando para a necessidade de haver componentes emolientes a fim de prevenir o ressecamento da pele. Enquanto que a solução em gel necessita ter uma concentração final de álcool mínima de 70% com atividade antibacteriana comprovada mediante à testes laboratoriais. Assim como a apresentação líquida, a em gel também precisa ter componentes emolientes em sua fórmula para prevenção do ressecamento da pele. (BRASIL, 2013)

Em seu estudo, realizado em uma unidade pediátrica de um hospital universitário do sul do Brasil, Silva F. et al (2013) no que diz respeito ao procedimento de higienização das mãos com água e sabão, combinado ou não com a utilização do álcool em gel, foi observado que de 79 procedimentos realizados, 77 (94,47%) foram realizados pelo técnicos de enfermagem e 2 (3,63%) foram realizados por enfermeiras no momento do preparo e/ou na administração do medicamento.

Quanto à realização da técnica de higienização simples das mãos preconizada pela ANVISA, foram realizadas conforme esta técnica uma média de 58 (87,89%), além disso, no que diz respeito ao fechamento das torneiras com a utilização do papel toalha, foi verificado que em 55 (83,33%) foram realizados de maneira adequada. (SILVA F. et al, 2013)

O autor ainda ressalta que esses baixos índices de higienização das mãos identificados em sua pesquisa não remeteram a uma preocupação com o quantitativo de casos de infecção que podem ser adquiridos mediante a esta prática não adequada. Além disso, a antisséptico como um agente substituinte a higienização simples ainda não faz parte da cultura desses profissionais. Ele ainda afirma que a falta de adesão a esta pratica atrelada as condições não favoráveis do ambiente estudado, interferem diretamente na segurança do paciente pediátrico, acarretando possíveis infecções e eventos adversos à saúde das crianças ali hospitalizadas. (SILVA F. et al, 2013)

Tendo em vista que tal preocupação é de fundamental importância para a segurança do paciente pediátrico, a ANVISA juntamente com a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), estão unindo esforços a fim de colocar em prática dois grandes desafios, sendo um deles, o da prevenção das infecções relacionadas à Higienização das mãos nos serviços de saúde. (VENDRAMIM, 2013)

Pensando nisso, a ANVISA (2013) elaborou um protocolo específico para Higienização das mãos, o qual lista os cinco momentos para a sua realização. São eles: 1) Antes do contato com o paciente; 2) Antes da realização de procedimento; 3) Após a exposição de fluidos corporais; 4) Após o contato com o paciente; 5) Após o contato com áreas próximas ao paciente. A ação correta, no momento correto, é garantia de um cuidado seguro para o paciente.

No que diz respeito a infecções de corrente sanguínea, Brachine, et al (2012) busca na literatura, intervenções que compõe o método *bundle* voltado para a redução de infecção de corrente sanguínea relacionada a uso de cateter intravenoso central.

Um *bundle* consiste em um conjunto de ações, baseadas em evidências que, quando executadas de modo integrado, atingem um resultado muito superior do que cada ação conseguiria isoladamente. Em 2001, foi criado na tentativa de melhorar o cuidado em unidades de terapia intensiva, revendo questões estruturais e processuais com foco no trabalho da equipe e na comunicação dos profissionais. (BAUER & DIAS, 2013)

Em sua pesquisa, Brachine et al (2012) enfatiza que o uso do *bundle* está diretamente associado à segurança do paciente, além de ser considerados uma método eficaz para a prevenção e conseqüentemente redução das infecções de corrente sanguínea. Para ele, existe uma escassez de artigos que abordassem o uso dessa ferramenta como forma de prevenção desse tipo de infecção, associada ao uso de cateter em crianças, mas especificamente em neonatos.

Visto que este tipo de estratégia é composto por intervenções baseadas em evidências, ela pode ser aplicada a qualquer tipo de população ou dispositivo central, pois são implementadas de forma conjunta, acarretando na diminuição das taxas de infecção relacionadas a corrente sanguínea. Ele relata que a higienização das mãos, o uso de clorexidina alcoólica como antisséptico para preparo da pele, o uso de barreira máxima de precaução, bem como se evitar acessar a veia femoral, verificar necessidade diária de permanência do cateter, com remoção imediata quando não mais indicado, são os elementos mais frequentemente encontrados nos bundles identificados. (BRACHINE et al, 2012)

Os primeiros bundles elaborados para o uso de Cateter Venoso Central, foram compostos por 5 elementos primordiais, segundo Bauer et al (2013). Para ele, os 5 elementos embasados na literatura são: higiene das mãos; precaução máxima com barreiras; antisepsia da pele com clorexidine; seleção do sítio de inserção (evitando-se a veia femoral em adultos) e por fim a revisão diária da necessidade de acesso, retirando-o caso necessário.

Ambos os autores concordam em algumas dessas ações, entretanto, foi possível observar que no estudo de Brachine, a lista de ações é bem maior e isso vai de encontro com o que Bauer afirma. Para ele, a ideia de se limitar o número de ações visa agrupar o que se tem de evidências para que a sua execução seja total. Pode-se ter de 10 a 15 ações corretas, entretanto isso compromete a sua adesão, e conseqüentemente os seus benefícios.

Segundo a ANVISA (2013), em seu caderno da serie Segurança do Paciente e Qualidade em serviços de saúde, essas 5 ações são “pacotes de medidas, que individualmente resultam em melhorias da assistência, mas quando implementadas em conjunto, resultam em melhorias ainda mais substanciais”. Eles ainda enfatizam o que foi dito por Bauer, que tais ações não têm o objetivo de ser uma lista abrangente contendo todos os elementos possíveis para um cuidado seguro relacionados aos cateteres centrais, mas objetivam manter o foco em pequenos grupos de intervenções com regularidade e método.

O *bundle* não cria as ações, tampouco testa evidências para tal; ele cria ambiente de discussão e comunicação entre diversos profissionais, de diferentes áreas, patentes e especialidades com um objetivo único de garantir que as medidas determinadas serão tomadas, sem questionamentos quanto a quem pertence tal ação, mas sim, um compromisso de todos para o cuidado certo no tem certo com eficácia, eficiência, equidade, segurança e centrado no paciente. (BAUER & DIAS, 2013)

Um componente primordial para a promoção de uma maior segurança, efetividade e eficiência na assistência prestada ao paciente pediátrico no decorrer da terapia intravenosa é o desenvolvimento de competências por parte do profissional de enfermagem. O aumento do sucesso na obtenção do acesso venoso em crianças, objetivando a segurança do paciente, bem como o conforto e bem estar do familiar é considerado um dos principais objetivos quando estamos falando da assistência prestada à criança hospitalizada, isso de certa forma reduz a morbidade física, psicológicas, aumentando assim a satisfação do cuidado prestado. (AVELAR et al 2013)

Pensando nisso, o estudo realizado por Avelar et al (2013) tinha o objetivo de verificar se o uso da Ultrassonografia Vascular (USV) poderia promover o aumento da assertividade na utilização do Cateter de Inserção Periférica (CIP) e conseqüentemente aumentar o tempo de permanência do cateter quando comparado ao método tradicional para a inserção em crianças. Tal estudo buscava verificar se o emprego de tecnologias poderia ou não auxiliar o enfermeiro, e se isso contribuiria para o desenvolvimento da terapia, com a redução de danos, aumentando assim a segurança do paciente.

Mediante resultados encontrados, o autor concluiu que a utilização dessa tecnologia não influenciou os resultados das variáveis dependentes que foram investigadas, visto que a

assertividade foi semelhante nos dois grupos utilizados no estudo. Ele ainda ressalta que é impossível analisar o tempo de permanência do cateter de forma isolada, utilizando assim como base para tal, os métodos de punção, o tipo de dispositivo e os curativos que são utilizados, bem como o tipo e o método de infusão de soluções e fármacos e as possíveis ocorrências de complicações. (AVELAR et al 2013)

Para Pedrolo et al (2013) o tempo de permanência do cateter em média de cinco dias, é considerado um fator de risco para colonização, enquanto que um tempo superior a 21 dias, é considerado um fator de risco para infecção. Segundo o autor, é identificado na literatura internacional que a remoção precoce do cateter é considerada de suma importância para a redução de possíveis complicações relacionados a ele, independente das taxas de reinserção do dispositivo.

No que diz respeito ao tipo de curativo utilizado, AVELAR et al (2013) afirma que em seu estudo, os cateteres utilizados receberam curativos transparentes em sua inserção e infusão de solução heparina quando mantidos de forma intermitente, não sendo observado quanto ao tempo de permanência do cateter.

A utilização de curativos transparentes permite uma maior visualização e identificação de possíveis sinais de infecção, isso contribui para a tomada de decisão por parte do enfermeiro, o qual consegue identificar a necessidade ou não da troca do acesso, reduzindo assim casos de infecções de corrente sanguínea relacionados ao uso de cateteres. Vale ressaltar que não foi encontrado nenhum protocolo da ANVISA que tratasse da utilização de tecnologias em prol da redução de infecções relacionada ao uso de cateteres, em seu manual de intitulado Pediatria: prevenção e Controle de Infecção Hospitalar, a ANVISA (2006) reafirma a importância da higienização das mãos, bem como a antissepsia do local escolhido para inserção do cateter e o tempo de permanência do mesmo visando a prevenção de possíveis infecções.

Quanto à utilização do *bundle*, como estratégia para a prevenção desse tipo de evento adverso, pode ser considerada uma importante ferramenta para a cultura de segurança do paciente e de fundamental importância para enfermagem, visto que somos responsáveis pela instalação e manutenção destes dispositivos.

No que diz respeito à higienização das mãos, o profissional deve, portanto, atentar para essa prática, visto que as mãos são consideradas a principal ferramenta de trabalho, e, conseqüentemente a segurança do paciente depende muito disso, embora não haja uma grande adesão dessa prática. Fica claro, que pequenos gestos fazem a diferença e cabe a nós coloca-los em prática. Além disso, é notório a importância da implementação de uma

infraestrutura adequada, pois de nada adianta a pessoa querer, mas ser impossibilitada de fazer por falta de estrutura.

Outra questão que deve ser levada em conta é a necessidade de uma educação permanente efetiva na unidade, que mostre a importância da higienização das mãos bem como as consequências da não realização do procedimento, em prol da atualização dos profissionais, tornando-os mais capacitados.

4.2.1.3 Cirurgia Segura e a segurança do paciente pediátrico.

Na presente categoria, foram agrupados os estudos conforme o quadro resumitivo abaixo.

Quadro 7: Distribuição dos estudos por categoria, contendo objetivo, resultados e conclusão. Niterói, 2014.

Estudo	Objetivo/ Resultados/ Conclusão
E6	Objetivos: Descrever os eventos adversos identificados pelo familiar/cuidador em uma Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico (UTIP). Resultados: Das informações coletadas, emergiram as seguintes categorias: falhas no processo de comunicação; práticas não seguras relacionadas à atuação profissional; requisitos para segurança do paciente na UTIP. Conclusão: A criança neste ambiente encontra-se exposta frente à assistência ofertada. Acredita-se que a segurança da criança hospitalizada em uma UTIP necessita da incorporação de práticas de cuidado seguro como cultura institucional direcionada a prevenir eventos adversos.
E9	Objetivos: Diminuir a taxa de códigos pediátricos fora da UTI em 50% no dobro de dias desses eventos e melhorar a pontuação da cultura de segurança do paciente em 5 pontos percentuais. Resultados: Taxa de código para o colaborador não diminuiu significativamente (3% de redução). Doze hospitais relataram dados adicionais após a colaboração e viu melhora significativa nas taxas de código (24% redução). Pontuações sobre a cultura da segurança do paciente melhorou de 4,5% para 8,5%. Conclusão: Um processo complexo, como a deterioração do paciente, requer tempo e esforço para alcançar melhores resultados e criar uma cultura profundamente enraizada de segurança do paciente suficiente. O modelo de colaboração pode acelerar melhorias alcançadas pelas instituições individuais.
E10	Objetivo: Analisar como as acompanhantes/cuidadores e profissionais da saúde reconhecem os eventos adversos nas circunstâncias de cuidado. Resultados: A análise das informações evidenciou sete categorias temáticas. Além disso, destacam-se a revisão e conferência permanentes em qualquer intervenção do profissional e o processo de comunicação efetivo profissional/acompanhante/criança. Conclusão: O estudo traz como principais recomendações as mudanças na cultura organizacional das instituições de saúde para uma cultura de segurança, com ênfase no cuidado seguro em saúde e visão

	sistêmica na avaliação da ocorrência de eventos adversos.
E12	<p>Objetivos: Elaborar e validar um checklist de intervenções pré-operatórias pediátricas, relacionadas à segurança do paciente submetido a cirurgias.</p> <p>Resultados: A validação foi realizada com cinco profissionais especialistas na área e, após duas rodadas da técnica Delphi, obteve-se consenso, tanto para o conteúdo como para o construto.</p> <p>Conclusão: o “checklist pediátrico para cirurgia segura”, ao simular o caminho a ser percorrido pela criança, durante o período pré-operatório, pode constituir instrumento capaz de colaborar para que etapas do preparo e promoção de cirurgia segura sejam realizadas, ao se identificar a presença ou ausência das ações necessárias para a promoção da segurança do paciente.</p>

Os considerados blocos operatórios apresentam uma frequência alta de erros e acidentes que podem ir desde as acidentes menores, até eventos considerados graves, sendo os mais comuns, aqueles relacionados à falha humana, bem como fatores organizacionais, a complexidades das técnicas, o ambiente e até mesmo o acaso. Pensando nisso, essa questão de cirurgia segura vem sendo pauta de discussões de institutos e programas de melhoria da qualidade da assistência em saúde, como é o caso aqui no Brasil do PBSP. (JUNIOR &EID, 2013)

Como já foi dito, a Aliança Mundial para Segurança do paciente lançou alguns desafios a serem cumpridos em prol da segurança do paciente, segundo Junior & Eid et al (2013) o primeiro lançado em 2005-2006 que tinha como foco as infecções relacionadas à assistência em saúde, que envolviam algumas ações, sendo uma delas procedimentos clínicos e cirúrgicos seguros. O segundo desafio foi lançado em 2007-2008, e tinha como foco os fundamentos e práticas da segurança cirúrgica, buscando assim, elevar os padrões de qualidade nos campos da prevenção de infecções no sítio cirúrgico, da anestesia cirúrgica, equipes cirúrgicas seguras e indicadores da assistência cirúrgica.

As complicações cirúrgicas correspondem em sua maioria, a mortes e injúrias médicas que de certa forma podem ser preveníveis. Aproximadamente 3-16% de todos os pacientes hospitalizados são estimados em sofrer algum evento adverso, embora exista uma melhoria significativa a cerca da segurança cirúrgica, cerca de metade dos eventos acontecem durante a assistência cirúrgica. Com isso, a segurança cirúrgica surgiu como uma preocupação significativa na saúde pública mundial. (BRASIL, 2009)

Estima-se que as cirurgias em local errado e no paciente errado ocorram em cerca de 01 em cada 50.000 a 100.000 procedimentos nos Estados Unidos (EUA), equivalendo a 1.500 a 2.500 eventos adversos deste tipo por ano. Uma análise de eventos sentinelas relatados pela Joint Commission (JC), dos

EUA, entre 1995 e 2006, apontou que 13% dos eventos adversos relatados devia-se a cirurgias em sítios errados. (BRASIL, 2013)

A fim de mudar esse cenário, a OMS criou um programa intitulado “O desafio: cirurgia seguras salvam vidas” que tinha como objetivo melhorar a segurança cirúrgica e reduzir o número de mortes e complicações cirúrgicas. [...] Tal desafio, foi estipulado por três princípios, o da simplicidade, da aplicabilidade e de mensuração. Englobou dezenas de etapas que devem ser otimizadas para cada paciente, criando 10 objetivos são: (JUNIOR &EID, 2013)

- 1) A equipe operará o paciente certo e o local cirúrgico certo;
- 2) A equipe usará métodos conhecidos para impedir danos na administração de anestésicos, enquanto protege o paciente da dor;
- 3) A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para perda de via aérea ou de função respiratória que ameacem a vida;
- 4) A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para o risco de grandes perdas sanguíneas;
- 5) A equipe evitará a indução de reação adversa a drogas ou reação alérgica sabidamente de risco ao paciente;
- 6) A equipe usará, de maneira sistemática, métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção no sítio cirúrgico;
- 7) A equipe impedirá a retenção inadevida de instrumentais ou compressas nas feridas cirúrgicas;
- 8) A equipe manterá seguro e identificará precisamente todos os espécimes cirúrgicos;
- 9) Os componentes da equipe se comunicarão efetivamente e trocarão informações críticas para a condução segura da operação;
- 10) Os hospitais e os sistemas de saúde pública estabelecerão vigilância de rotina sobre a capacidade, volume e resultados cirúrgicos;

Os problemas relacionados com a segurança cirúrgica são bem conhecidos nos países desenvolvidos bem como nos países em desenvolvimento. Entretanto, nos países em desenvolvimento, alguns fatores contribuem para a dificuldade de sua implementação como: deficiência na infraestrutura e falta de equipamentos adequados, os suprimentos e a qualidade dos medicamentos não trazem confiança, as falhas na administração das organizações

responsáveis e no controle de infecções, falhas durante o processo de capacitação dos profissionais e um grave subfinanciamento. (BRASIL, 2009)

Pensando nisso, a OMS, em 2008, publicou uma lista de checagem para cirurgia segura, um check list que foi desenvolvido mediante revisões de práticas baseadas em evidências, que buscavam identificar as causas mais comuns de danos ao paciente no período perioperatório. (PIRES et al 2013) Para que um procedimento cirúrgico seja realizado de forma segura, muitos fatores estão envolvidos como profissionais capacitados, ambiente, equipamentos e materiais adequados para a realização do procedimento, de acordo com a legislação vigente, etc. (BRASIL, 2013)

Nesse sentido, em seu estudo Pires et al (2013) buscou elaborar e validar um instrumento (check list) de intervenções pré-operatórias pediátricas, relacionadas à Segurança dos paciente submetido a cirurgias. Vale ressaltar que é direito do familiar/cuidador obter informações precisas sobre o estado de saúde da criança hospitalizada, entender o que está acontecendo e quais ações serão realizadas principalmente durante o processo cirúrgico, caso isso não seja cumprido, vai de encontro com o que está estabelecido no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

A escolha dos itens contidos no instrumento elaborado por Pires et al (2013), objetivava promover uma maior chance de assertividade nas ações voltadas para a segurança do paciente pertinentes ao período pré-operatório. Além disso, o fato de possibilitar a dupla checagem pelos profissionais e pacientes, das ações que serão prestadas também propicia uma segurança ainda maior no que diz respeito ao procedimento realizado além de tornar a criança e a família agentes ativos nesse tipo de ações que buscam tornar esses procedimentos mais seguros, com isso, o paciente se torna parte integrante do processo, sendo capazes de compreender o cuidado que a ele está sendo prestado.

Apesar dos benefícios comprovados da efetividade do checklist voltado para a prestação da assistência em saúde, ele ainda não é realizado de forma rápida conforme é observado em outros campos. Para Pires et al (2013), o checklist nada mais é do que um instrumento que colabora com algumas etapas importantes durante o preparo pré-operatórios afim de que sejam realizadas, além disso, fornece subsídios que promovem a informação do paciente e família a cerca da sua relevância no processo de cuidado, bem como a checagem da execução das atividades.

A ANVISA por sua vez, elaborou um protocolo que trata especificamente das recomendações a cerca da utilização sistemática da Lista de Verificação de Cirurgia Segura, tal listagem serve como uma estratégia afim de reduzir o risco de incidentes cirúrgicos.

Existem evidências de que a Lista de Verificação de Cirurgia Segura reduz complicações e salva vidas. Estudo realizado em oito países encontrou uma redução de 11% para 7% da ocorrência de complicações em pacientes cirúrgicos e uma diminuição de mortalidade de 1,5% para 0,8% com a adoção da lista de Verificação. Um estudo holandês mostra uma queda nas complicações entre pacientes cirúrgicos de 15,4% para 10,6% e da mortalidade de 1,5% para 0,8%. (BRASIL, 2013)

Tal lista é dividida a cirurgia segura em três fases, a primeira antes da indução anestésica, a segunda antes da incisão cirúrgica e por fim, antes do paciente sair da sala de cirurgia. Em cada uma dessas fases, o profissional responsável pela Lista de Verificação deve confirmar se a equipe realizou todas as tarefas antes de se dar continuidade para a próxima etapa, caso não ocorra, o procedimento é interrompido e o paciente permanece em sala até que uma solução seja encontrada. (BRASIL, 2013)

No que diz respeito à segurança do paciente pediátrico, a ideia de se ter um acompanhante durante o processo de internação de uma criança vem para promover então a cultura de segurança do paciente durante a hospitalização infantil. Isso de certa forma contribui para o alcance de resultados, promovendo uma maior qualidade na assistência visto que tanto os pacientes quanto os familiares informados podem promover a sua própria segurança. (PIRES et al, 2013)

A importância de comunicação efetiva entre a equipe e os familiares, traz ao familiar, uma certeza de que a assistência que está sendo prestada a criança está sendo realizada de forma segura e correta para aquela situação, seja informando o procedimento cirúrgico que será realizado, seja pelo cuidado prestado a criança internada em uma unidade pediátrica.

Nesse ponto, Pires et al (2013) afirma que para os acompanhantes, a assistência prestada é considerada segura e de qualidade para a criança hospitalizada quando esta inclui intenções da equipe de saúde como, cuidado individual de qualidade, a pontualidade, a higienização das mãos e dos instrumentos de trabalho, a sensatez e visão crítica dos profissionais, bem como a facilitação do acesso às informações da criança, permitindo assim uma compreensão maior dessas informações. Tais ações juntamente com a comunicação efetiva trazem resultados significativos para a segurança da criança hospitalizada.

Com isso, tem-se a comunicação ativa dentro dos serviços de saúde, um dos fatores de controle da qualidade do cuidado prestado aos pacientes, tanto para os adultos, quanto para as crianças. É, portanto, considerado um fator de competência diária dos profissionais de saúde como um todo, visto que é pode ser utilizado como um indicador no processo terapêutico. (SILVA T. et al 2012)

Em algumas unidades que se põe em prática a cultura de segurança do paciente, o erro é considerado parte integrante do processo, que tem a equipe, os paciente, os familiares e a própria instituição corresponsáveis em reconstruir um sistema adequado de gerenciamento de risco. (PIRES et al, 2013)

Um processo de grande complexidade como a deterioração do paciente demanda tempo e esforço em prol de resultados positivos e criação de uma cultura fortemente enraizada de segurança do paciente. A intenção de mudar essa cultura é, portanto, um processo contínuo, que não depende apenas de se mensurar as mudanças nas taxas de eventos adversos raros, mas busca manter o controle de tais melhorias perante a uma atenção contínua. (HAYES et al 2012)

Portanto, muita coisa precisa ser colocada em prática a fim de promover a cultura de segurança do paciente pediátrico. O que mais é noticiado hoje em dia na mídia são casos de eventos adversos associados à prática cirúrgica. Mesmo com avanço das tecnologias utilizadas nesses procedimentos, o medo ainda permeia a mentalidade da população e isso se agrava ainda mais quando falamos de cirurgias pediátricas.

A criança como já foi dito anteriormente é um ser frágil, que apresentam certas peculiaridades, com isso, é de suma importância, e nesse ponto eu concordo com Pires, a criação de um checklist a fim de aperfeiçoar, prevenir possíveis erros que possam acarretar um evento adverso. A assistência presta a criança hospitalizada, portanto deve ser norteado por práticas seguras a fim de proporcionar um bem estar a ela e aos familiares.

4.2.2 Contribuições do estudo

Conforme já foi demonstrado, as crianças são consideradas a clientela mais vulnerável a erros cometidos pelos profissionais de enfermagem durante a assistência prestada. Além disso, foi possível observar que não existem protocolos, diretrizes que abordem a segurança do paciente em pediatria.

Com isso, buscamos elaborar uma tecnologia educativa informativa a cerca da segurança do paciente pediátrico. Para tanto, observamos que alguns autores utilizados nesse estudo (14 artigos) elencaram algumas possíveis recomendações para a segurança da clientela pediátrica. A partir daí, analisamos se essas recomendações estavam pertinentes para a clientela pediátrica e elaboramos assim esse folder contendo recomendações para os principais erros encontrados durante a nossa pesquisa, conforme pode ser observado no apêndice desse estudo.

5 CONCLUSÃO

As crianças e os adolescentes apresentam certas peculiaridades que devem ser levados em conta, como a idade, peso, a fragilidade, etc. No que diz respeito à segurança do paciente no contexto da criança hospitalizada, a presente pesquisa evidenciou uma escassez de publicações no contexto nacional, e das poucas encontradas, a maioria são baseadas em evidências já observadas com pacientes em geral, como erros de medicação, risco de infecções, etc. Praticamente não foi encontrado nenhum artigo que abordassem a importância da identificação do paciente e nem relacionados as quedas.

Um fato que ficou marcante nessa pesquisa está relacionado ao tipo de erro que mais acomete a clientela pediátrica hospitalizada. Das 14 obras selecionadas, (50%) abordavam os erros de medicação. Isso deixa clara a necessidade de novas pesquisas que abordem estratégias que visem minimizar esse tipo de erro. Os principais erros de medicação identificados foram o de omissão, prescrição, preparação, dose e a administração do fármaco. Como a enfermagem é a principal ferramenta nesse processo, cabe a nós, atentar para certos cuidados tanto no preparo, como na administração desses medicamentos.

Outro ponto identificado nas obras selecionadas diz respeito falta de notificação do erro tanto para a equipe quanto para o familiar da criança hospitalizada. É de grande importância a notificação do erro, independente do grau de dano que ele possa acarretar no paciente. As subnotificações por parte dos profissionais envolvidos vão de encontro com o que é preconizado pela ANVISA. A maioria dos profissionais que cometem esses erros sente medo de uma punição mais severa como a demissão do emprego. A notificação do erro é de suma importância, visto que serve como um indicador para a assistência prestada, além disso, quando um erro é comunicado, a chance de se conseguir revertê-lo é bem maior.

Com relação às infecções associadas ao cuidado em saúde, ficou evidenciada nos estudos selecionados, a importância da higienização das mãos por parte dos profissionais de

saúde no decorrer da assistência prestada ao paciente pediátrico. Tal ação muitas das vezes passa despercebida pelos profissionais devido a grande demanda de trabalho, o quantitativo de horas trabalhadas, baixo número de componentes da equipe e falta de infra-estrutura adequada para realização. As mãos são consideradas a principal via de transmissão de micro-organismos, e as infecções associadas a não adesão da prática de higienização das mãos podem ocasionar danos aos pacientes. .

Mediante a tudo que foi aqui discutido sobre redução de infecções hospitalares associados ao cuidado em saúde, evidenciou que todas as ações de precaução dependem única e exclusivamente do profissional de enfermagem envolvido nesse processo. Cabe a cada um a conscientização sobre a importância do processo a fim de garantir a segurança do paciente pediátrico hospitalizado. A instituição também tem um papel importante nesse processo, pois precisa cada vez mais estimular e incentivar essas ações de prevenção, criando uma infraestrutura adequada e núcleos de educação permanente.

A elaboração de programas e protocolos que visam à utilização de ações em prol de uma cirurgia segura é de fundamental importância no contexto da segurança do paciente, principalmente quando voltadas para os pacientes pediátricos. Quanto a essa questão, ficou clara que a criação e validação de um checklist para cirurgias pediátricas têm a função de guiar os profissionais envolvidos nesse processo garantindo assim, uma segurança maior ao familiar/cuidador de que o procedimento que está sendo realizado é correto.

Com isso, a comunicação efetiva entre a equipe e o familiar/cuidador é de suma importância para que a cultura do paciente seja colocada em prática. Essa comunicação precisa ser limpa, eficaz e que traga tanto a equipe, quanto ao familiar a segurança que eles buscam quando entrega em nossas mãos a vida dos seus filhos.

Muitos dos eventos adversos relatados nos artigos selecionados tinham relação com à equipe de enfermagem, principalmente no que diz respeito a prática assistencial, a falta de conhecimento e muitas das vezes falta de vontade por parte do profissional para realização de alguns procedimentos. Sabe-se que os profissionais de saúde como um todo são responsáveis direta e indiretamente pelo cuidado prestado, visto que suas ações quando não calculadas adequadamente, podem ocasionar algum dano ao paciente e assim, comprometer a segurança do mesmo. A atenção constante e individual do profissional, não é o suficiente para se garantir que a assistência prestada seja segura às crianças. Necessita-se também de uma liderança, sistemas de informação, a notificação de erros, a mudança de comportamento, bem como o envolvimento da família e do paciente.

Vale ressaltar que todos os protocolos criados pela ANVISA e que foram aqui discutidos, não tem o foco voltado para a clientela pediátrica, mas sim, buscam dar diretrizes para uma assistência segura como um todo, independente de ser pacientes adultos ou pediátricos.

Nesse sentido, os protocolos aqui utilizados foram correlacionados ao cenário pediátrico em questão, que foi o foco do nosso estudo. Outro ponto importante identificado é a não existência de uma política pública voltada especificamente para a criança hospitalizada, existe apenas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) o direito a saúde. Com isso, fica clara a necessidade da criação de protocolos e manuais voltados exclusivamente para a clientela pediátrica, devido as suas peculiaridades. Além disso, os protocolos aqui utilizados são parte integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Os protocolos e manuais que são elaborados com diretrizes e recomendações a serem seguidas por profissionais e instituições a fim de promover ações que garantam a segurança do paciente geralmente, são documentos extensos e cansam o leitor. Pensando nisso, a presente pesquisa objetivava elaborar uma estratégia educativa que facilitasse acessibilidade dos profissionais envolvidos. Portanto, como produto oriundo dessa pesquisa, elaborou-se um folder informativo com recomendações sugeridas pelos autores a serem seguidas em prol da segurança do paciente pediátrico, que se encontra nos apêndices da presente pesquisa.

Portanto, sabemos que muitas coisas precisam ser feitas e para tal, é necessário foco, determinação e conscientização dos profissionais envolvidos diretamente no cuidado prestado as crianças hospitalizadas. As ocorrências adversas vão continuar acontecendo, mas quando se programa ações seguras que buscam a promoção da saúde dos pacientes, tendem a diminuir com o tempo. As instituições e o governo também precisam adotar essa causa, debatendo a reformulação de políticas públicas que visam medidas para proteção do pacientes hospitalizados. As instituições de saúde devem adotar diretrizes que promovam um trabalho interdisciplinar colaborativo, buscando assim a segurança do paciente e melhorias na qualidade de saúde, desenvolvendo assim uma cultura de segurança do paciente atrelada ao processo de hospitalização infantil.

6 OBRAS CITADAS

AVELAR, Ariane Ferreira Machado et al. *Assertividade e tempo de permanência de cateteres intravenosos periféricos com inserção guiada por ultrassonografia em crianças e adolescentes*. Rev. Esc Enferm USP 2013. V 47, nº3; p539-46.

BECCARIA, Lucia Marinilza et al. *Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva*. Rev Bras Ter Intensiva. 2009; 21(3):276-282..

BELELA, Aline Santa Cruz et al. *Revelação da ocorrência de erros de medicação em unidade de cuidados intensivos pediátricos*. Rev. Bras Ter Intensiva, 2010; v 22, nº 3; 257-263.

BRACHINE, Juliana Dane Pereira et al. *Método Bundle na redução de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateteres centrais: revisão integrativa*. Rev. Gaúcha Enferm, 2012; v 33, nº 4; 200-210.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Boletim Informativo sobre a Segurança do Paciente e Qualidade Assistencial em Serviços de Saúde*. v.1 n. 1 Jan-jul 2011. Brasília: GGTES/Anvisa, 2011.

BRASIL. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. P.18055.

_____. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. *Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)*. Diário Oficial da União. Brasília, DF, p. 43, 2013

_____. RDC nº 7 de, de 24 de fevereiro de 2010. *Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências*. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n. 37, seção 1, p. 48, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Protocolo de prevenção de quedas/ Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária*. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

_____. *Pediatria: prevenção e controle de infecção hospitalar/ Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária.* – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

_____. *Boletim Informativo sobre Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde.* v.1 n. 3 Jan-jul 2011. Brasília: GGTES/Anvisa, 2011

_____. *Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.* Brasília: GCTES/ Anvisa, 2013.

_____. *Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.* Brasília: GCTES/ Anvisa, 2013.

_____. *Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.* Brasília: GCTES/Anvisa, 2014.

_____. *Segurança do Paciente.* Brasília: GCTES/ Anvisa, 2013.

_____. *Anexo 03: Protocolo para cirurgia segura. Protocolo Integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente.* Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz, 2013.

_____. *Anexo 02: Protocolo de identificação do paciente.* Protocolo Integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz, 2013.

_____. *Anexo 03: protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.* Protocolo coordenado pelo Ministério da Saúde e ANVISA em parceria com FIOCRUZ e FHEMIG, 2013.

_____. *Anexo 01: protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde.* Protocolo Integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Segurança no ambiente hospitalar.* Disponível em:http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f927ae00474586da903cd43fbc4c6735/seguranca_hosp.pdf?MOD=AJPERES. Acessado em: 22 de junho de 2013.

_____, *Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial da Saúde;* tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán – Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009..

BRAUER, Leonardo; DIAS, Carlos Augusto. *Conceito de Bundle para a Segurança do Paciente ao IHI.* In: FONSECA, Ariadne da Silva; PETERLINI, Fábio Luís; COSTA, Daniela Akemi. *Segurança do paciente.* São Paulo: Martinari, 2013, p 257, 71-79.

CARVALHO, Paulo R.A et al. *Identificação de medicamentos “não apropriados para crianças” em prescrições de unidade de tratamento intensivo pediátrica.* *Jornal de Pediatria - Vol. 79, N°5, 2003.*

CASSIANI, Silvia Helena de Bortoli et al. *Aspectos gerais e número de etapas do sistema de medicação de quatro hospitais brasileiros*. Rev Latino-am Enfermagem. 2004. v.12, n.5, p:781-9.

CÔA, Thatiana Fernanda; PETTENGILL, Myriam Aparecida Mandetta. *A experiência de vulnerabilidade da família da criança hospitalizada em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos*. Rev Esc Enferm USP 2011; 45(4):825-32.

COUTINHO, Clara Pereira. *Tecnologia educativa e currículo: Caminhos que se cruzam ou se bifurcam?* TEIAS: Rio de Janeiro, ano 8, nº 15-16, jan/dez 2007.

DOMINGUES, Aline Natália et al. *A enfermagem e a segurança do paciente*. Revista Espaço Saúde: Saúde, tecnologia e bem estar para São Carlos e Região. São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.revistaespacosauade.com.br/a-enfermagem-e-a-seguranca-do-paciente>. Acessado em: 12/04/2014.

DALMOLIN, Bárbara Brezolin et al. *Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde*. Esc Anna Nery (impr.)2011 abr -jun; 15 (2):389-394.

FONSECA, Ariadne da Silva; PETERLINI, Fábio Luís; COSTA, Daniela Akemi. *Segurança do paciente*. São Paulo (SP). Martinari, 2013. 276 p

GALLOTTI, Renata Mahfuz Daud. *Eventos adversos – o que são?* Rev Assoc Med Bras 2004; 50(2): 109-26

GIL, Antônio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOUVÊA, Carla Simone Duarte; TRAVASSOS, Claudia. *Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(6):1061-1078, jun, 2010.

HARADA, Maria de Jesus Castro Sousa; MARIN, Heimar de Fátima; CARVALHO, Werther Brunow. *Ocorrências adversas e conseqüências imediatas para os pacientes em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos*. Acta Paul Enf, São Paulo, v. 16, n.3, p. 62-70, 2003.

HARADA, Maria de Jesus Castro Souza et al. *Segurança na administração de medicamentos em pediatria*. Acta Paul Enf, São Paulo, 2012. 25 (4); 839-42.

HAYES, Leslie W et al. *A multicenter collaborative approach to reducing pediatric codes outside the ICU*. Pediatrics. 2012. v 129, nº 3.

JUNIOR, Jair Rodrigues Cremonin; EID, Lúcia Milito. *Cirurgia Segura*. In: FONSECA, Ariadne da Silva; PETERLINI, Fábio Luís; COSTA, Daniela Akemi. *Segurança do paciente*. São Paulo: Martinari, 2013, p 257, 205-228

LOPES, Everton Moraes et al. *Interações fármaco-alimento/nutriente potenciais em pacientes pediátricos hospitalizados*. Ver. Ciên Farm Básica Apl. 2013; v 34, nº 1; 131-135.

MACHADO, Ariane Ferreira; PEDREIRA, Mavilde da Luz Gonçalves; CHAUD, Massae Noda. *Eventos adversos relacionados ao uso de cateteres intravenosos periféricos em*

crianças de acordo com tipos de curativos. Rev Latino-am Enfermagem 2008 maio-junho; 16(3).

MANSO, Ana. *O erro nos cuidados de enfermagem a indivíduos internados numa unidade de cuidados intensivos: Estudo de caso sobre as representações dos actores de uma unidade pós cirúrgica de um Hospital Português*. Universidade Nova de Lisboa – Lisboa, Portugal, 2010.

MARTINEZ, Mariana Reclusa et al. *Adesão à técnica de lavagem de mãos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal*. Rev Paul Pediatr 2009;27(2):179-85.

MARTINS, Tathiana Silva de Souza et al.. *Eventos adversos na terapia farmacológica pediátrica: revisão integrativa da literatura*. Rev. Bras Enfermagem, Brasília 2011. v64, nº 4. p745-50.

MEDEIROS, Marcelo. *Pesquisas de abordagem qualitativa*. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2012 abr/jun;14(2):224-5.

MEINERS, M.M.M.A; MENDES, G. Bergsten. *Prescrição de medicamentos para crianças hospitalizadas: como avaliar a qualidade?* Rev Ass Med Brasil 2001; 47(4): 332-7.

MELO, Liliane Rodrigues; PEDREIRA, Malvide Luz Gonçalves Pedreira. *Erros de medicação em pediatria: análise da documentação de enfermagem no prontuário do paciente*. Rev Bras Enfermagem. 2005 mar-abr; 58(2):180-5.

MENDES, Karina Dal Sasso, et al. *Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem*. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64.

MENDONÇA, Catarina Abe et al. *Preparo e Administração de Medicamentos em pediatria*. In: FONSECA Ariadne. *Enfermagem Pediátrica*. São Paulo: Martinari, 2013, p 336. 231-259

MIASSO, Adriana Inocenti et al. *O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação*. Rev. Latino-am Enfermagem. 2006, v.14, n.3, p: 354-63.

MINAYO, Maria Cecília de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12 ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 2008.

MONTEIRO, S.; VARGAS, E.P. (Orgs.). *Educação, comunicação e tecnologia: interfaces com o campo da saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

OLIVEIRA, Rejane Burlandi de. *Eventos adversos com medicamentos favorecidos pelo sistema de medicação de um hospital público no município do Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

PAIVA, Miriam Cristina Marques da Silva de et al. *Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos*. Revista Escola de Enfermagem USP. 2010; 44(1):134-8.

PEDROLO, Edivane et al. *Evidências para o cuidado de cateter venoso central de curta permanência: revisão integrativa* Rev enferm UFPE on line., Recife, 7(esp):4199-208, maio., 2013.

PIRES, Maria Paula de Oliveira et al. *Cirurgia Segura em Pediatria: elaboração e validação de checklist de intervenções pré-operatórias*. Rev. Latino-am. Enfermagem. 2013. 21 (5).

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar. *Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico*. 2. Ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013)

PROGRAMA BRASILEIRO DE SEGURANÇA DO PACIENTE. *O Programa*. Disponível em: <http://www.segurancadopaciente.com/pbsp/introducao.php>. Acessado em: 22 de junho de 2013.

SANTOS, Djanilson Barbosa; COELHO, Helena Lutécia Luna. *Reações adversas a medicamentos em pediatria: uma revisão sistemática de estudos prospectivos*. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 4 (4): 341-349, out. / dez., 2004.

SANTOS, Zélia Maria de Souza Araújo; LIMA, Helder de Pádua. *Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida*. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Jan-Mar; 17(1): 90-7.

SCHATKOSKI, Aline Modelski et al. *Segurança e proteção à criança hospitalizada: revisão de literatura*. Rev Latino-am Enfermagem 2009 maio-junho; 17(3).

SILVA, Ana Elisa Bauer de Camargo. *Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem*. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010;12(3):422.

SILVA, Francielle Maciel et al. *Higienização das mãos e a segurança do paciente pediátrico*. Ciência y Enfermería, 2013. XIX (2): 99-109.

SILVA, Lolita Dopico da. *Segurança do paciente no contexto hospitalar*. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2012 jul/set; 20(3):291-2.

SILVA, Thiago da; WEGNER, Wiliam; PEDRO, Eva Neri Rubim. *Segurança da criança hospitalizada na UTI: compreendendo os eventos adversos sob a ótica do acompanhante*. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2012 abr/jun;14(2):337-44.

VENDRAMIM, Patrícia. A Segurança do Paciente. In: FONSECA Ariadne. *Enfermagem Pediátrica*. São Paulo: Martinari, 2013, p 336. 263-277.

WACHTER, Robert M. *Compreendendo a segurança do paciente*. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 320 p.

WEGNER, Wiliam. *A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, 2011.

WEGNER, Wiliam; PEDRO, Eva Neri Rubim. A segurança do paciente nas circunstâncias do cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Maio-Jun, 2012. 20 (3).

YAMANAKA, Tatiana Inglez et al. *Redesenho de atividades da enfermagem para redução de erros de medicação em pediatria*. *Rev. Bras Enferm*, Brasília 2007, v 60, nº 2; 190-6.

ZAMORA, José Hipólito González. Tecnologia educativa: otimização do processo de subdesenvolvimento? *Em Aberto*, Brasília, Ano 1, n. 7, Junho 1982.

7 OBRAS CONSULTADAS

_____. *Pediatria: prevenção e controle de infecção hospitalar/ Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária.* – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

_____. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. *Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).* *Diário Oficial da União.* Brasília, DF, p. 43, 2013.

_____. RDC nº 7 de, de 24 de fevereiro de 2010. *Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.* *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,* Brasília, DF, n. 37, seção 1, p. 48, 2010.

_____. *Boletim Informativo sobre Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde.* v.1 n. 3 Jan-jul 2011. Brasília: GGTES/Anvisa, 2011.

ANVISA. Ministério da Saúde. *Manual de Segurança no ambiente hospitalar.* Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f927ae00474586da903cd43fbc4c6735/seguranca_hosp.pdf?MOD=AJPERES. Acessado em: 22 de junho de 2013.

BECCARIA, Lucia Marinilza et al. *Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva.* *Rev Bras Ter Intensiva.* 2009; 21(3):276-282.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Boletim Informativo sobre a Segurança do Paciente e Qualidade Assistencial em Serviços de Saúde.* v.1 n. 1 Jan-jul 2011. Brasília: GGTES/Anvisa, 2011.

BRASIL. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.* *Diário Oficial da União,* Brasília, DF, 20 set. 1990. P.18055.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Protocolo de prevenção de quedas/ Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária.* – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

CARVALHO, Paulo R.A et al. *Identificação de medicamentos “não apropriados para crianças” em prescrições de unidade de tratamento intensivo pediátrica.* *Jornal de Pediatria - Vol. 79, Nº5, 2003.*

CASSIANI, Silvia Helena de Bortoli et al. *Aspectos gerais e número de etapas do sistema de medicação de quatro hospitais brasileiros*. Rev Latino-am Enfermagem. 2004. v.12, n.5, p:781-9.

CÔA, Thatiana Fernanda; PETTENGILL, Myriam Aparecida Mandetta. *A experiência de vulnerabilidade da família da criança hospitalizada em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos*. Rev Esc Enferm USP 2011; 45(4):825-32.

DALMOLIN, Bárbara Brezolin et al. *Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde*. Esc Anna Nery (impr.)2011 abr -jun; 15 (2):389-394.

FELDMAN, Liliane Bauer. *Gestão de Risco e Segurança Hospitalar: Prevenção de danos ao paciente, notificação, auditoria de risco, aplicabilidade de ferramentas e monitoramento*. São Paulo (SP). Martinari, 2008. 376 p.

FONSECA, Ariadne da Silva. *Enfermagem Pediátrica*. São Paulo (SP). Martinari, 2013. 360 p.

FONSECA, Ariadne da Silva; PETERLINI, Fábio Luís; COSTA, Daniela Akemi. *Segurança do paciente*. São Paulo (SP). Martinari, 2013. 276 p.

GALLOTTI, Renata Mahfuz Daud. *Eventos adversos – o que são?* Rev Assoc Med Bras 2004; 50(2): 109-26

GIL, Antônio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOUVÊA, Carla Simone Duarte; TRAVASSOS, Claudia. *Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(6):1061-1078, jun, 2010.

HARADA, Maria de Jesus Castro Sousa; MARIN, Heimar de Fátima; CARVALHO, Werther Brunow. *Ocorrências adversas e conseqüências imediatas para os pacientes em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos*. Acta Paul Enf, São Paulo, v. 16, n.3, p. 62-70, 2003.

MACHADO, Ariane Ferreira; PEDREIRA, Mavilde da Luz Gonçalves; CHAUD, Massae Noda. *Eventos adversos relacionados ao uso de cateteres intravenosos periféricos em crianças de acordo com tipos de curativos*. Rev Latino-am Enfermagem 2008 maio-junho; 16(3).

MANSOA, Ana. *O erro nos cuidados de enfermagem a indivíduos internados numa unidade de cuidados intensivos: Estudo de caso sobre as representações dos actores de uma unidade pós cirúrgica de um Hospital Português*. Universidade Nova de Lisboa – Lisboa, Portugal, 2010.

MEINERS, M.M.M.A; MENDES, G. Bergsten. *Prescrição de medicamentos para crianças hospitalizadas: como avaliar a qualidade?* Rev Ass Med Brasil 2001; 47(4): 332-7.

MIASSO, Adriana Inocenti et al. *O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação*. Rev. Latino-am Enfermagem. 2006, v.14, n.3, p: 354-63.

MINAYO, Maria Cecília de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12 ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 2008.

OLIVEIRA, Adriana Cristina de; PAULA, Adriana oliveira de. *Monitoração da adesão à higienização das mãos: uma revisão de literatura*. Acta Paul Enferm 2011;24(3):407-13.

OLIVEIRA, Rejane Burlandi de. *Eventos adversos com medicamentos favorecidos pelo sistema de medicação de um hospital público no município do Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

PAIVA, Miriam Cristina Marques da Silva de et al. *Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos*. Revista Escola de Enfermagem USP. 2010; 44(1):134-8.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar. *Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico*. 2. Ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013)

PROGRAMA BRASILEIRO DE SEGURANÇA DO PACIENTE. *O Programa*. Disponível em: <http://www.segurancadopaciente.com/pbsp/introducao.php>. Acessado em: 22 de junho de 2013.

SANTOS, Djanilson Barbosa; COELHO, Helena Lutécia Luna. *Reações adversas a medicamentos em pediatria: uma revisão sistemática de estudos prospectivos*. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 4 (4): 341-349, out. / dez., 2004.

SCHATKOSKI, Aline Modelski et al. *Segurança e proteção à criança hospitalizada: revisão de literatura*. Rev Latino-am Enfermagem 2009 maio-junho; 17(3).

SILVA, Ana Elisa Bauer de Camargo. *Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem*. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010;12(3):422.

SILVA, Lolita Dopico da. *Segurança do paciente no contexto hospitalar*. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2012 jul/set; 20(3):291-2.

SILVA, Lolita Dopico da; CARVALHO, Márglory Fraga de. *Revisão integrativa da produção científica de enfermeiros acerca de erros com medicamentos*. Revista de Enfermagem Uerj, Rio de Janeiro, 2012. Out/dez; 20(4); 519 -25.

SILVA, Micheline Fátima da. *A comunicação na passagem de plantão de enfermagem e sua repercussão na segurança do paciente pediátrico*. Florianópolis, SC, P 115, 2012.

SILVA, Thiago da; WEGNER, Wiliam; PEDRO, Eva Neri Rubim. *Segurança da criança hospitalizada na UTI: compreendendo os eventos adversos sob a ótica do acompanhante*. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2012 abr/jun;14(2):337-44.

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE. Apresentação de trabalhos monográficos de conclusão de curso. 10ª Ed. Niterói: Ed UFF, 2012, 83p.

WACHTER, Robert M. *Compreendendo a segurança do paciente*. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 320 p.

WEGNER, Wiliam. *A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, 2011.

8 APÊNDICES

8.1 APÊNDICE 1 – QUADRO RESUMITIVO

AUTOR (ES)	BASE DE DADOS	TÍTULO	OBJETIVOS	IDIOMA	ANO	REVISTA
Melo & Pedreira et al.	LILACS	Erros de Medicação em Pediatria: análise da documentação de enfermagem no prontuário do paciente.	Identificar erros de medicação por meio da análise de prontuários dos paciente.	Português	2005	Rev. Brasileira de Enfermagem (REBEn)
Yamanaka et al.	LILACS	Redesenho de atividade da enfermagem para a redução de erros de medicação em pediatria.	Verificar as atividades de enfermagem para a redução de erros de medicação em três unidades pediátricas de um hospital universitário.	Português	2007	Rev. Brasileira de Enfermagem (REBEn)
Schatkoski et al.	LILACS	Segurança e proteção à criança hospitalizada: revisão de literatura.	Identificar a produção do conhecimento sobre a temática da segurança, proteção e violência à criança hospitalizada, no período de 1997 a 2007	Português	2009	Rev. Latino-americana de Enfermagem
Aline Santa Cruz Belega; Maria Angeélica Sorgini Peterlini; Mavilde da Luz Gonçalves Pedreira.	LILACS	Revelação da ocorrência de erro de medicação em unidade de cuidados intensivos pediátricos.	Descrever a ocorrência de comunicação do erro de medicação à equipe e família em uma unidade de cuidados intensivos pediátricos para o atendimento de pacientes oncológicos.	Português	2010	Rev. Brasileira de Terapia Intensiva.
Tathiana Silva de Souza Martins; Zenith Rosa Silvino; Luciana Rodrigues da Silva.	SCIELO	Eventos adversos na terapia farmacológica pediátrica: revisão integrativa da literatura.	Identificar as evidências disponíveis sobre os principais eventos adversos relacionados a medicamento na clientela pediátrica e propor estratégias para a redução dos mesmos.	Português	2011	Rev. Brasileira de Enfermagem (REBEn)
Willian Wegner; Eva Neri Rubim Pedro.	LILACS	A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização.	Analisar como as acompanhantes/cuidadoras e profissionais de saúde reconhecem os eventos adversos nas circunstâncias do cuidado.	Português	2012	Rev. Latino-Am. Enfermagem
Thiago da Silva; Willian Wegner; Eva Neri Rubim Pedro.	LILACS	Segurança da criança hospitalizada na UTI: compreendendo os eventos adversos sob a ótica do acompanhante	Descrever os eventos adversos identificados pelo familiar/cuidador em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP)	Português	2012	Rev. Eletrônica de Enfermagem

Juliana Dane Pereira Brachine; Maria Angélica Sorgini Peterlini; Malvide da Luz Gonçalves Pedreira.	LILACS	Método Bundle na redução de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateteres centrais: Revisão Integrativa	Identificar intervenções baseadas em evidências que compõem o método bundle, designados à redução de infecção de corrente sanguínea relacionada ou associada a cateter intravenoso central.	Português	2012	Rev. Gaúcha de Enfermagem
HARADA, et al.	LILACS	Segurança na administração de medicamentos em pediatria.	Apresentar aspectos relevantes do sistema de medicação e recomendações para a redução de erros de medicação em crianças, com fundamentação nos princípios da segurança do paciente em pediatria.	Português	2012	Acta Paul Enfermagem
HAYES, et al.	MEDLINE	A multicenter collaborative approach to reducing pediatric codes outside the ICU	Estudo com o objetivo de diminuir a taxa de códigos pediátricos fora da UTI em 50% e melhorar a pontuação cultura de segurança de 5 pontos percentuais.	Inglês	2012	Pediatrics
SILVA, et al.	LILACS	Higienização das mãos e a segurança do paciente pediátrico.	Avaliar se a higienização das mãos realizadas antes do preparo e da administração de medicamentos e fluidoterapia pelos profissionais de enfermagem segue as diretrizes estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).	Português	2013	Ciencia y Enfermeria XIX
Maria Paula de Oliveira Pires; Malvide da Luz Gonçalves Pedreira; Maria Angélica Sorgini Peterlini.	LILACS	Cirurgia segura em pediatria: elaboração e validação de checklist de intervenções pré-operatórias.	Elaborar e validar um checklist de intervenções pré-operatórias pediátricas, relacionadas à segurança do paciente submetido a cirurgias.	Português	2013	Rev. Latino Am. Enfermagem
AVELAR, et al.	LILACS	Assertividade e tempo de permanência de cateteres intravenosos periféricos com inserção guiada por ultrassonografia em	Verificar se a ultrassonografia vascular (USV) aumenta a assertividade na utilização do cateter intravenoso periférico e o tempo de	Português	2013	Rev. Esc. de Enfermagem da USP

		crianças e adolescentes.	permanência do cateter quando comparado ao método tradicional de punção.			
LOPES, et al.	LILACS	Interações fármaco-alimento/nutriente potenciais em pacientes pediátricos hospitalizados.	Investigar as possíveis interações entre medicamento e alimentos/nutrientes na unidade de pediatria em um hospital piauiense.	Português	2013	Rev. de Ciências Farmacêuticas Básicas e Aplicadas

8.2 APÊNDICE 2 – FOLDER INFORMATIVO

Princípios da Segurança do Paciente em Pediatría

- ❖ Atuar em equipe a fim de criar ambientes de prática seguros e prevenir a ocorrência de erros.
- ❖ Enfocar a abordagem sistêmica para a promoção da segurança do paciente, prevenção de erros e elaborar sistemas para identificar os erros e possibilitar que se aprenda com eles.
- ❖ Explorar problemas relacionados aos erros de dose em pediatria, em especial devido à complexidade de seu cálculo.
- ❖ Direcionar ações específicas voltadas à segurança do paciente em pediatria e desenvolver guias de cuidado a fim de coordenar ações de intervenção para a promoção da segurança desse grupo.
- ❖ Exigir das indústrias farmacêuticas que os medicamentos não tenham nomes parecidos nem sons de nomes parecidos.
- ❖ Incentivar a inclusão de pacientes pediátricos em estudos clínicos de novos fármacos.
- ❖ Implementar práticas seguras de medicação com base em recomendações científicas.
- ❖ Conduzir pesquisas de análise dos erros em pediatria a fim de identificar estratégias de intervenção.

Fonte: LANNON et al. (2001) apud HARADA et al. (2012)



**RECOMENDAÇÕES PARA UMA ASSISTÊNCIA
SEGURA À CLIENTELA PEDIÁTRICA**



ALUNA: Azzine, Katy Soares Ramalho



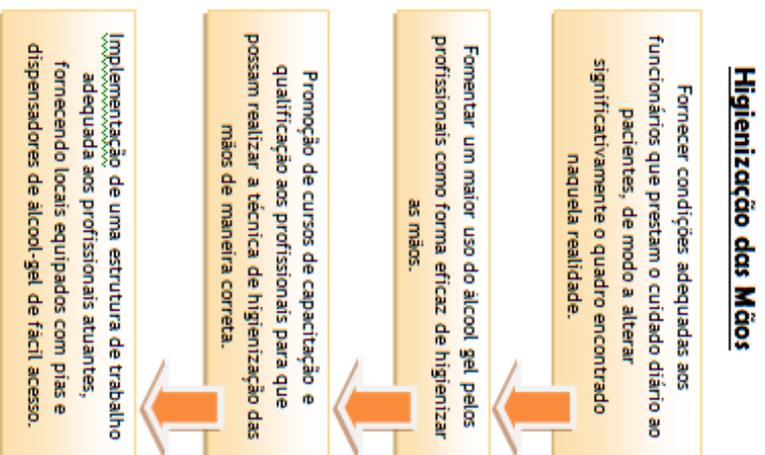
Fontes:
Miller et al., 2007 apud HARADA et al., 2012
Silva F. et al., 2013
BRACHINE et al., 2012
PIRES et al., 2013

Niterói, 2014

Recomendações para redução de erros de medicação em crianças



Recomendações para a redução do índice de infecção hospitalar



Inserção de Cateter

- ❖ Higienização das mãos antes da manipulação do cateter;
- ❖ Gluconato de clorexidina como antisséptico para preparo da pele;

- ❖ Barreira máxima de precaução durante a inserção do cateter central;

- ❖ Curativo transparente estéril para cobertura do dispositivo, com troca sempre que sujo, úmido ou solto;

- ❖ Uso de cateteres impregnados com antibióticos ou antissépticos;

- ❖ Revisão diária da necessidade de uso do dispositivo com sua remoção imediata quando não mais essencial;

- ❖ Educação da equipe;

- ❖ Lista de checagem do procedimento para auditoria dos procedimentos.

Recomendações para uma cirurgia segura em pediatria

Criação de um checklist como instrumento capaz de colaborar para que algumas etapas importantes do preparo pré-operatório sejam realizadas.

