

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL MESTRADO**

MARIANA FERREIRA ARRIECHE LOPEZ

**O USO DO *GLOBAL TRIGGER TOOL* PARA RASTREAR OS EVENTOS
ADVERSOS EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA**

PORTO ALEGRE

2014

Mariana Ferreira Arrieche Lopez

**O USO DO *GLOBAL TRIGGER TOOL* PARA RASTREAR OS EVENTOS
ADVERSOS EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA**

Dissertação de Mestrado apresentado
como requisito para a obtenção do título
de Mestre em Enfermagem pelo
Programa de Pós-graduação de Mestrado
Profissional em Enfermagem da
Universidade do Rio dos Sinos –
UNISINOS

Orientadora: Prof^a Dra Karin Viégas

PORTO ALEGRE
2014

Ficha catalográfica

L864u Lopez, Mariana Ferreira Arrieche

O uso do *Global Trigger Tool* para rastrear os eventos adversos em uma unidade de internação pediátrica / por Mariana Ferreira Arrieche Lopez. – 2014.
74 f. : il., 30 cm.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2014.
Orientação: Profa. Dra. Karin Viégas.

1. Segurança do paciente. 2. Qualidade dos cuidados à saúde. 3. Imperícia. 4. Saúde da criança. I. Título.

CDU 615.06
614.253.5-053.2
616-053.2

Catálogo na Fonte:
Bibliotecária Vanessa Borges Nunes - CRB 10/1556

FOLHA DE APROVAÇÃO

MARIANA FERREIRA ARRIECHE LOPEZ

O USO DO *GLOBAL TRIGGER TOOL* PARA RASTREAR OS EVENTOS ADVERSOS EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Aprovado em 19 de dezembro de 2014.

BANCA EXAMINADORA:

Profª Dr. Salvador Gullo Neto – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – Hospital São Lucas da PUCRS

Profª Drª Cintia Nasi - Universidade do Vale do Rio dos Sinos – RS.

Profª Drª Karin Viegas – Universidade do Vale do Rio dos Sinos – RS.

AGRADECIMENTOS

À Deus pela vida que me foi oportunizada, pela saúde e condições para concluir esta etapa.

Ao meu amor, Adriano Fioravanti, pela paciência, cumplicidade, paixão, carinho, cuidado, por estar sempre ao meu lado e por compreender minha ausência em alguns momentos.

À minha mãe por ter me dado à vida, por sempre me incentivar na busca pela educação.

Aos meus avós pelo amor incondicional, pela educação, pela construção da mulher, neta, filha, enfermeira que sou hoje, por simplesmente terem me dado suas vidas, por terem me transformado no anjo deles.

Ao meu professor, ao meu colega, Wiliam Wegner, por compartilhar seus saberes, seu conhecimento, por fazer parte da minha formação desde a graduação.

Aos professores do Programa de Mestrado Profissional da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, por dividir seu conhecimento.

À minha orientadora, Karin Viegas, por sua compreensão e por dividir comigo sua experiência nesse processo.

Ao Doutor João Carlos Santanna, meu “co-orientador”, pela sua disponibilidade, pelo seu coleguismo.

Aos membros da banca examinadora por terem aceitado participar desse momento e por compartilhar suas experiências.

As crianças e famílias da Unidade de Internação Pediátrica do Hospital São Lucas da PUCRS por me ensinarem o sentido da vida em seus diversos momentos.

À todos aqueles que de alguma forma confiam no meu trabalho, no meu caráter, em quem eu sou.

RESUMO

A temática da segurança do paciente vem sendo discutida sob diferentes abordagens e significados, entre elas, as questões que caracterizam a ocorrência de eventos adversos nos serviços de saúde. **Objetivo:** rastrear a ocorrência de eventos adversos utilizando a ferramenta *Global Trigger Tool* proposta pelo *Institute for Healthcare Improvement (IHI)* em uma Unidade de Internação Pediátrica de um hospital de ensino na cidade de Porto Alegre-RS. **Método:** estudo retrospectivo de abordagem transversal e analítica realizado na Unidade de Internação Pediátrica (UIP) do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (HSL-PUCRS). A amostra foi constituída de 209 prontuários de pacientes que tiveram alta da UIP durante o período de janeiro a dezembro de 2013. A coleta dos dados foi realizada através da metodologia proposta pelo *Institute for Healthcare Improvement (IHI)*. Para análise dos dados foi criado um banco de dados em planilha Excel e foi utilizado o software SPSS versão 13.0. Os dados foram analisados através de tabelas, gráficos, porcentagens, médias e desvio padrão. **Resultados:** Houve uma predominância de crianças do sexo masculino sendo 124 (59,3%), além disto, foram encontradas 111 (53,1%) lactentes e 60 (28,7%) escolares. Observa-se que a média de internação foi de $6,9 \pm 18$ dias. Aproximadamente 51% das crianças permaneceu hospitalizada por até sete dias e 22,0% por mais de sete dias. Os pacientes eram em sua grande maioria provenientes da emergência pediátrica (63,1%) e dos postos de saúde (18,6%). Dos gatilhos rastreados, dois (1,0%) casos foram do C4 (Hemocultura positiva), um (0,5%) do C14 (complicação relacionada a procedimento) e nenhum caso referente ao gatilho infecções causadas pelos cuidados em saúde. Todos os gatilhos rastreados nos prontuários se enquadraram na categoria de dano E (contribuiu para o dano temporário e necessitou de intervenção). Não foi evidenciado registro referente à ocorrência de evento adverso e nenhum dos danos identificados teve seu desfecho como evento adverso. O desfecho hospitalar de 208 (99,5%) pacientes foi o domicílio e um paciente (0,5%) foi transferido para a emergência pediátrica por agravamento do quadro clínico. **Conclusão:** A metodologia de revisão retrospectiva de prontuários como método para mensuração de eventos adversos é uma ferramenta de grande utilidade pensando na Segurança do Paciente, porém é necessário adaptá-la para populações pediátricas. A segurança do paciente ainda é um desafio para as instituições de saúde, o maior desafio dessas instituições é transformar o ambiente de saúde para a cultura de segurança do paciente.

Palavras-chaves: Segurança do Paciente; Qualidade dos cuidados à saúde; Imperícia; Saúde da Criança.

ABSTRACT

The patient safety issue has been discussed under different approaches and meanings, among them the issues that characterize the occurrence of adverse events in health care. **Objective:** To track the occurrence of adverse events using the Global Trigger Tool proposed by the Institute for Healthcare Improvement (IHI) in a pediatric inpatient unit of a teaching hospital in the city of Porto Alegre – RS. **Method:** Retrospective study in a comprehensive and analytical approach performed in the Pediatric Inpatient Unit (UIP) of the Hospital São Lucas of PUCRS. The sample consisted of 209 records of patient who were discharged from the UIP during the period of January to December/2013. Data collection was performed using the methodology proposed by the Institute for Healthcare Improvement (IHI). Data analysis was created a database into an Excel spreadsheet and used the SPSS software version 13.0. Data were analyzed using tables, graphs, percentages, means and standard deviations. **Results:** There was a predominance of male children and 124 (59.3%), moreover, found 111 (53.1%) infants and 60 (28.7%) students. It is observed that the average hospital stay was 6.9 + 18 days. Approximately 51% of children hospitalized remained for up to seven days and 22.0% for more than seven days. The patients were mostly from the pediatric emergency (63.1%) and primary care units in health (18.6%). The traced triggers, two (1.0%) cases were of C4 (positive blood culture), one (0.5%) of C14 (complication related procedure) and no cases related to trigger infections caused by health care. All triggers traced in the records fit in the category of damage E (contributed to the temporary damage and required intervention). There is no evidence record for the occurrence of adverse events and none of the identified damage had its outcome as an adverse event. The hospital outcome of 208 (99.5%) patients was the home and one patient (0.5%) was transferred to the pediatric emergency for worsening of clinical status. **Conclusion:** The retrospective review of medical records of methodology as a method for measurement of adverse events is a very useful tool in thinking Patient Safety, however it is necessary to adapt it to pediatric populations. Patient safety is still a challenge for health institutions, the biggest challenge of these institutions is to transform the healthcare environment for patient safety culture.

Keywords: Patient Safety; Quality of care to health; Malpractice; Child Health.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AHRQ – *Agency for Healthcare Research and Quality*

CCHMC - *Cincinnati Children's Hospital Medical Center*

CFM – Conselho Federal de Medicina

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CISP - Classificação Internacional para Segurança do Paciente

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

COSEPA – Comissão de Segurança do Paciente

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

EA – Eventos Adversos

GTT - *Global Trigger Tool*

HSL/PUCRS – Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

IHI - *Institute for Healthcare Improvement*

IOM – *Institute of Medicine*

JCHAO – *Joint Commission Healthcare Accreditation Organization*

JCI - *Joint Commission International*

MS – Ministério da Saúde

NSP – Núcleo de Segurança do Paciente

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONA - Organização Nacional de Acreditação

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

REBRAENSP – Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente

SAE – Sistematização da Assistência em Enfermagem

SAME – Serviço de Arquivo Médico

SUS - Sistema Único de Saúde

SBA - Sistema Brasileiro de Acreditação

UIP - Unidade de Internação Pediátrica

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1 QUALIFICAÇÃO DO PROBLEMA.....	12
1.1 A PRÁTICA DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	16
1.2 A HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA	19
1.3 OS EVENTOS ADVERSOS NO CUIDADO DE SAÚDE	21
1.4 SISTEMAS DE NOTIFICAÇÃO	22
1.5 O USO DO GLOBAL TRIGGER TOOL COMO ESTRATÉGIA PARA MENSURAÇÃO DOS EVENTOS ADVERSOS.....	25
2 OBJETIVOS	28
2.1 OBJETIVO GERAL.....	28
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
3 METODOLOGIA.....	29
3.1 TIPO DE ESTUDO	29
3.2 CAMPO DE ESTUDO	29
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	30
3.3.1 Critérios de inclusão e exclusão	30
3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	31
3.4.1 Equipe de coleta e treinamento.....	31
3.4.2 Seleção da amostra	31
3.4.3 Descrição metodológica do IHI para a busca dos eventos adversos	32
3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA	33
3.5.1 Ficha de coleta de identificação dos rastreadores do módulo de cuidado e medicamentos.....	33
3.5.2 Ficha de coleta de dados de possíveis eventos adversos.....	33
3.5.3 Ficha para Classificação dos Danos	33
3.6 ANÁLISE DE DADOS	34
3.6.1 Categorias de exclusões:	34
3.6.2 Categorias de Inclusão:.....	35
4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	36
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	38
5.1 SUGESTÕES DE MELHORIAS PARA A CULTURA DE SEGURANÇA	45
CONCLUSÃO.....	47
REFERÊNCIAS	48
APÊNDICE A – FICHA DE COLETA DE IDENTIFICAÇÃO DOS RASTREADORES DOS MÓDULOS DE CUIDADOS.....	58

APÊNDICE B – FICHA DE COLETA DE DADOS DE POSSÍVEIS EVENTOS ADVERSOS	59
APÊNDICE C – FICHA DE CLASSIFICAÇÃO DE DANO.....	60
APÊNDICE D – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO.....	61
APÊNDICE E - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE PRONTUÁRIOS E BASE DE DADOS.....	63
APÊNDICE F - TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO PARA	64
USO, GUARDA E DIVULGAÇÃO DE DADOS E ARQUIVOS DE PESQUISA	64
ANEXO A - TERMO DE ANUÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO SETOR OU.....	67
INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA.....	67
ANEXO B - MANUAL DE INTERPRETAÇÃO DOS “GATILHOS”	68
ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DA UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS	69
ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL – PUCRS.....	71

1 QUALIFICAÇÃO DO PROBLEMA

A temática da segurança do paciente vem sendo discutida sob diferentes abordagens e significados, entre elas, as questões que caracterizam a ocorrência de eventos adversos nos serviços de saúde.

Em 1910 o médico cirurgião Ernest Codman propôs a construção de um sistema de padronização dos resultados de intervenções médicas, com o objetivo de procurar as causas dos tratamentos não efetivos. Em 1951, foi criada nos Estados Unidos a Comissão Conjunta de Acreditação de Hospitais (*Joint Commission on Healthcare Accreditation Organization* – JCHAO) que tem na sua missão melhorar os cuidados de saúde através da avaliação das instituições hospitalares inspirando a excelência na prestação de cuidados seguros, eficazes e de qualidade. (NOVAES, 2007).

O relatório do *Institute of Medicine* dos Estados Unidos (EUA), intitulado *To Err is Human: building a safer health care system*, publicado no final da década de 1990, disparou as discussões sobre a necessidade de repensar as práticas de cuidado em saúde. Este relatório também revelou que aproximadamente 44 a 98 milhões de pessoas morriam nos Estados Unidos devido a erros relacionados aos serviços de saúde. (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

A segurança do paciente tem sido uma preocupação mundial para minimizar os eventos que possam prejudicar o paciente durante a atenção em saúde. (WEGNER, 2011). Segundo Runcimann e colaboradores (2009), ela é definida como a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável durante a atenção em saúde, e o incidente de segurança, por sua vez, é um evento ou circunstância que poderia ter resultado ou que resultou em danos desnecessários ao paciente. Assim, os profissionais de saúde devem atuar nas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a segurança do paciente, evitando a ocorrência de eventos adversos no cuidado à saúde.

Sob o aspecto da segurança do paciente na saúde da criança, adolescente e família, o processo de hospitalização da mesma, traz inúmeros enfrentamentos para ela e sua família, deixando-as mais vulneráveis à ocorrência de eventos adversos. Além disto, é necessário que os profissionais de saúde compreendam que o cuidado deve ser centrado na criança e na família, buscando uma assistência livre de danos.

Um estudo realizado em Wisconsin buscou descrever a incidência e os resultados de lesões médicas em crianças hospitalizadas a partir da análise dos registros de 318.785 crianças em 134 hospitais. Os resultados mostraram que 3,4% dos registros apresentavam uma ou mais lesões nestes pacientes, sendo que 1,5% estavam envolvidos com medicamentos, 1,3% com procedimentos médicos e 0,9% implicando em dispositivos, implantes e enxertos. (MEURER et al., 2006).

De acordo com Faquinello, Higarashi e Marcon (2007), a hospitalização é uma situação crítica e delicada na vida de qualquer ser humano, e tem suas particularidades quando se trata de um acontecimento na vida de uma criança, pois implica em algumas mudanças.

Mesmo que o processo de discussão sobre as questões voltadas para a segurança do paciente tenha sido de forma lenta, ao longo dos anos surgiram no mundo iniciativas voltadas para a preocupação com a qualidade dos cuidados em saúde. Em 1994 surgiu a *Joint Commission International* (JCI) como um movimento internacional que tem o propósito de trabalhar fortemente na promoção dos padrões de cuidado, ofertando soluções para atingir o máximo de desempenho. (DONAHUE; VANOSTENBERG, 2000). Em meados de 1995, o Ministério da Saúde (MS) começou a discutir o Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde. E, em 1998 foi concretizado o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, onde estão descritas as regras, normas e procedimentos para o sistema de avaliação dos serviços de saúde.

Assim iniciou-se a estruturação do Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA) e em 1999 foi constituída a Organização Nacional de Acreditação (ONA) uma organização não governamental e sem fins lucrativos, que tem como objetivo promover a implantação de um processo de avaliação e certificação da qualidade dos serviços de saúde. (BRASIL, 2002).

As organizações hospitalares têm buscado atender seus clientes com mais qualidade com o objetivo de reduzir custos e buscar satisfação, entre outros. Com o aumento da concorrência no setor de saúde, alinhados as exigências dos clientes e aos processos de avaliação dos serviços de saúde, estas organizações precisam estar cada vez mais atentas para as questões que envolvem a qualidade e a segurança do paciente.

Um dos pontos chaves para a qualidade da assistência em saúde é o estabelecimento de sistemas de notificação de eventos adversos, por se

constituírem de fontes de informação e de alerta para a gestão do cuidado, bem como contribuem para a segurança dentro do ambiente hospitalar. (GARBUTT et al., 2007). Para estes sistemas tornarem-se eficazes é imprescindível a participação ativa dos profissionais de saúde, e a compreensão de que estes sistemas não têm como objetivo a punição do profissional que cometeu o erro, mas sim identificar os problemas mais evidentes e desenvolver ações de melhoria no cuidado em saúde.

Identifica-se que diante da temática sobre a segurança do paciente estão elencadas duas linhas de atuação, uma com foco capitalista, voltada para o gerenciamento de risco, onde os subsídios para desenvolver padrões de cuidados estão na utilização dos sistemas de acreditação hospitalar e outra com foco no paciente, voltada para discussões frente às melhores práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde.

Ao longo da minha trajetória profissional, como enfermeira na área da criança, adolescente e família no Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (HSL/PUCRS), vivenciei diversas situações relacionadas à segurança do paciente pediátrico. Algumas estão relacionadas às práticas em saúde desenvolvidas pelos profissionais da área, outras estão relacionadas à cultura de segurança dentro das instituições hospitalares e que as mobilizações pela segurança do paciente tornam-se mais evidentes durante os processos de acreditação hospitalar.

Existe uma “cobrança” relacionada aos profissionais envolvidos para que todos os processos, protocolos e normas estejam em conformidade com as exigências dos órgãos responsáveis pela avaliação, muitas vezes desconhecidos por grande parte dos profissionais que acabam configurando-se em máquinas programadas para desenvolver suas atividades em dia e horário determinados. Mas o que acontece depois que este processo acaba ou talvez o que deveria acontecer antes dele iniciar?

Talvez as instituições hospitalares estejam cada vez mais preocupadas com a parte capitalista da segurança do paciente do que com os próprios pacientes, esquecendo todas as questões que envolvem a humanização do cuidado em saúde, tão importante para nortear as práticas de saúde e para proporcionar o desenvolvimento de relações interpessoais mais adequadas.

Frente a preocupação com a temática e com a necessidade de desenvolver ações pró-ativas para a segurança do paciente, principalmente no que diz respeito à

saúde da criança, adolescente e família, que necessita de estratégias voltadas para um cuidado seguro e de qualidade devido as suas particularidades e em como podemos, através da utilização de ferramentas, identificar os problemas mais evidentes e desenvolver ações em prol deste cenário de atuação, trago algumas justificativas: a) A cultura de segurança dentro desta instituição hospitalar deve estar instituída no serviço de saúde como algo implícito para o cuidado seguro, e não somente aparecer nos momentos em que o serviço necessita da colaboração de todos. b) Os profissionais de saúde não compreendem literalmente o papel do sistema de notificação de eventos adversos instituído.

Apesar de estas notificações serem realizadas por meio eletrônico, possibilitando o acesso dos profissionais a elas, e quando identificado um evento adverso à mesma deve ser notificada, não há nenhuma metodologia de revisão retrospectiva, rastreamento ou observação para reconhecer quais realmente os eventos que acontecem. Assim, torna-se relevante, devido a maior limitação na notificação ser a subnotificação, limitando a instituição e seus profissionais e gestores, a um conhecimento mais amplo de seus eventos adversos, bem como o uso de rastreadores já preconizados internacionalmente para a busca de melhorias na cultura de segurança do paciente.

A RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, estabelece a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) em serviços de saúde. O NSP deve elaborar o Plano de Segurança do Paciente (PSP) demonstrando o compromisso e planejamento institucional dos ambientes de cuidado, em sistematizar as práticas que podem incorrer em maiores riscos aos pacientes. (BRASIL, 2013b).

Como fortalecimento da *Comissão de Segurança do Paciente (COSEPA)* que existia no Hospital São Lucas da PUCRS foi criado o *Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)*. O NSP é composto por um médico, uma enfermeira e uma farmacêutica.

Frente às necessidades identificadas deveria ser o primeiro impulso na busca pela cultura de segurança já que ela existe dentro da instituição hospitalar, mas talvez precise realizar um trabalho mais efetivo em relação á cultura de segurança do paciente dentro desta instituição, buscando conscientizar e informar os profissionais sobre as questões relacionadas ao tema segurança do paciente, fazendo com que eles deixem os bastidores e tornem-se a linha de frente pela segurança do paciente, pela qualidade da assistência.

1.1 A PRÁTICA DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

As discussões em torno da segurança do paciente tornaram-se uma preocupação mundial após a publicação do relatório do Instituto de Medicina que trouxe dados negativos referentes às práticas de cuidado em saúde. (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). Podemos dizer assim que após este marco histórico iniciou um processo de mobilização com o desenvolvimento de campanhas e ações em torno do tema para melhorar a assistência em saúde.

Em maio de 2002 a Organização Mundial de Saúde (OMS) começou a atentar para as questões relacionadas à segurança do paciente e a fortalecer os sistemas baseados em evidências para melhorar a segurança do paciente e a qualidade do cuidado em saúde. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Assim, em 2004, foi lançada a primeira edição da Aliança Mundial para Segurança do Paciente, voltada para a criação e desenvolvimento de políticas e práticas em prol da segurança do paciente para todos os países membros da OMS. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). No Brasil, a OPAS/OMS trabalha em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) envolvendo esta ação proposta. (BRASIL, 2013b).

A OMS identificou junto com o lançamento da Aliança Mundial para Segurança do Paciente, seis metas internacionais que direcionam as ações desenvolvidas para o tema. Essas metas são: 1) Identificação correta dos pacientes; 2) Comunicação efetiva; 3) Segurança nos medicamentos de alta vigilância; 4) Cirurgias em local, procedimento e paciente correto; 5) Redução do risco de infecção associado aos cuidados de saúde e 6) Redução do risco de lesões ao paciente em decorrência de queda. Estas metas têm como objetivo produzir melhorias em áreas específicas consideradas de risco. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

A Aliança Mundial para Segurança do Paciente propôs então a formação de desafios globais elaborados para orientar a identificar ações que ajudem a evitar os riscos mais significativos, sendo que a cada dois anos um novo desafio é formulado. (HARADA, 2009). Então, em 2005-2006, foi lançado o primeiro desafio global, intitulado: “Cuidado Limpo é Cuidado Seguro”, com o foco na importância da higiene das mãos como método efetivo para prevenção de infecções.

Já em 2007, foi lançado o segundo desafio global. Este tinha como tema “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, com o objetivo de reduzir os danos durante os procedimentos cirúrgicos. Essa estratégia consistiu em definir um conjunto de normas utilizando a metodologia do *checklist*. (BRASIL, 2013b; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

O terceiro desafio global fala sobre “Combater a resistência antimicrobiana”, pelo fato de que ela expõe o paciente a complicações pelo aumento do tempo de permanência no hospital. (BRASIL, 2013b). E o quarto desafio trouxe a iniciativa “Pacientes para segurança do paciente”, estimulando a participação dos pacientes, cuidadores e comunidade na divulgação do tema Segurança do Paciente. (BRASIL, 2013b).

Ao mesmo tempo em que ações são propostas e desenvolvidas em prol da segurança do paciente, notamos que os profissionais de saúde ainda necessitam ampliar seu conhecimento sobre o tema e desenvolver atitudes proativas frente aos problemas identificados. Sendo assim, as pesquisas sobre segurança do paciente tornam-se uma das medidas essenciais para desenvolver a temática.

Em 2005, a partir da criação da Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente, surge a ideia da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP). Assim em 2008 a REBRAENSP foi constituída com o objetivo de fortalecer uma assistência de enfermagem segura e com qualidade. (REBRAENSP, 2008).

Com a dimensão do tema e dos termos utilizados para definir as ações pela segurança do paciente, a OMS lança em 2009 a publicação intitulada Marco Conceitual para a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (CISP), com o objetivo de divulgar uma taxonomia própria para essa temática e uma padronização de conceitos. Esta classificação tem por objetivo fornecer suporte para a compreensão da segurança do paciente no mundo e de seus conceitos. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, em 2010, elaborou uma cartilha contemplando os principais pontos de impacto na prática assistencial. Esta cartilha foi intitulada como os “10 Passos para a Segurança do Paciente”, onde estão descritos os processos no cuidado de enfermagem para a promoção da segurança do paciente. (COREN, 2010).

Em abril de 2013, o MS, em parceria com a ANVISA, lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) para prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos. Nesta publicação foram propostos seis protocolos para estabelecer a segurança do paciente nos estabelecimentos de saúde: (1) Cirurgia Segura; (2) Higienização das Mãos; (3) Prevenção de Úlceras por Pressão; (4) Prevenção de Quedas; (5) Identificação do Paciente e (6) Uso e Administração de Medicamentos. Além disto, tornou-se obrigatoriedade que todas as instituições hospitalares tenham acesso a Núcleo de Segurança do Paciente como referência para a promoção de um cuidado seguro. (BRASIL, 2013b).

O primeiro protocolo proposto aborda o assunto da “Cirurgia Segura”, buscando estruturar algumas etapas como checar insumos e equipamentos; marcar local da cirurgia, além de utilizar padrões universais de segurança para as equipes cirúrgicas e para as atividades na sala de operação. O protocolo “Higienização das Mãos” aborda a importância deste cuidado na assistência em saúde. Os terceiro e quarto protocolos trazem a “Prevenção de Úlcera por Pressão” e a “Prevenção de Quedas”, salientando a importância da adoção de cuidados específicos voltados para estas questões. O quinto protocolo busca focar na “Identificação do Paciente”, desenvolvendo uma verificação rotineira de dados como nome, pulseira e placas de identificação no leito. E, o sexto protocolo está relacionado ao “Uso e Administração de Medicamentos”, outro fator importante para a segurança do paciente que vem sendo abordado desde o início das discussões sobre a temática. (BRASIL, 2013b).

Acredita-se que a incorporação da segurança do paciente nos serviços de saúde seja algo fundamental para a qualidade de atenção neste espaço de atuação. Os profissionais de saúde precisam atuar nas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, tornando indispensável praticar um cuidado livre de danos.

Além das discussões sobre a segurança do paciente que ocorreram no âmbito hospitalar, observa-se mais recentemente uma mobilização da temática voltada para o ensino-aprendizado dos futuros profissionais de saúde, buscando incluir a temática na grade curricular do processo de formação profissional. Segundo Marck e Cassiani (2005), a cultura de segurança do paciente deve iniciar no processo de ensino aprendido durante a formação dos profissionais de saúde, sendo considerado um princípio fundamental no cuidado ao paciente como componente crítico no gerenciamento da qualidade.

A segurança do paciente precisa de iniciativas que busquem evitar, prevenir e reduzir resultados adversos ocorridos a partir do cuidado à saúde. No entanto, questiona-se se as instituições de saúde e seus profissionais estão capacitados para compreender a complexidade da temática, a fim de prevenir possíveis falhas no processo de cuidado em saúde. Observamos que não existem ferramentas suficientes e de fácil aplicação para identificar estas possíveis falhas.

Diversas estratégias foram desenvolvidas para a segurança do paciente com o objetivo de qualificar a prática do profissional de saúde, proporcionando um cuidado seguro. A vulnerabilidade dos pacientes internados, em especial o cuidado em saúde da criança hospitalizada, pela sua complexidade, apresenta diversos aspectos que podem culminar em eventos adversos, frente a isto precisamos desenvolver ações voltadas para a segurança da criança hospitalizada.

1.2 A HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA

A hospitalização da criança e família é um evento estressante, que coloca os sujeitos em um ambiente desconhecido, com pessoas desconhecidas, em situações nunca vivenciadas anteriormente, podendo acarretar em muitas perdas na vida dessas pessoas. Ela constitui as primeiras crises com as quais crianças se deparam, apresentando a separação, lesão corporal e a dor como estressores neste processo. (HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

De acordo com Faquinello, Higarashi e Marcon (2007), a hospitalização é uma situação crítica e delicada na vida de qualquer ser humano, e tem suas particularidades quando se trata de um acontecimento na vida de uma criança, pois implica no desenvolvimento infantil. Os efeitos desse processo na criança podem surgir antes da admissão, durante a hospitalização e depois da alta. Entretanto as reações da família dependem de diversos fatores como gravidade da ameaça para a criança e procedimentos que envolvem diagnósticos e tratamento, entre outros. (HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

Diante disto torna-se imprescindível a inclusão da família e/ou dos cuidadores na hospitalização da criança, pois ela ameniza parte de seu sofrimento. Esta inclusão e permissão da família para a criança hospitalizada foi garantida mediante a lei com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no qual os

pais e/ou responsáveis tem direito de permanecer em tempo integral com a ela. (BRASIL, 2008).

A hospitalização modifica o cotidiano da criança, sendo ela afastada do seu ambiente natural e dos entes queridos. Assim, na primeira hospitalização é possível observar as manifestações da criança frente à sua adaptação neste ambiente desconhecido, sendo necessário que os profissionais de saúde observem estes comportamentos que trazem sentimentos como novidade, experimentação, ansiedade e medo. (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006; WEGNER, 2013).

No Brasil, as principais causas da hospitalização infantil são as doenças do aparelho respiratório, seguida por doenças infecciosas e parasitárias, consideradas causas evitáveis pela atenção primária. Deste modo, torna-se imprescindível ter profissionais, serviços e infraestrutura adequados para as necessidades desta população. (OLIVEIRA et al., 2010; WEGNER, 2013).

Verifica-se que a relação entre o profissional de saúde e a família da criança apresenta lacunas no processo de cuidado, muitas vezes tornando esta relação dificultada pela não criação de vínculo entre esses sujeitos. Os profissionais de saúde precisam compreender que no processo de cuidar da criança é extremamente necessário incluir a família nas ações de cuidado, buscando torná-la ativa durante o processo de hospitalização. Para Schatkoski e colaboradores (2009), o profissional de saúde costuma se valer das relações de poder e dominação em relação aos usuários de um serviço, seja ele no hospital, no posto de saúde ou em qualquer outro ambiente.

Os ambientes de saúde caracterizam-se por macrocomplexidades relacionadas às tecnologias e às equipes multiprofissionais que desenvolvem sua prática em locais com determinadas especificidades. (DESLANDES, 2004; SCHATKOSKI et al., 2009).

O uso das tecnologias avançadas muitas vezes faz com que os profissionais tenham dificuldades de ver o paciente na sua complexidade. Na Unidade Pediátrica, muitas vezes a criança é fragmentada em órgão ou patologias, sendo até mesmo apontada por alguns pelo número de seu leito, desqualificando a sua própria identidade. (GOMES; ERDMANN, 2005). Assim, na hospitalização, o cuidado deve se voltar para as ações de integralidade, sendo necessário repensar o fazer, atuando junto à criança e sua família, compartilhando conhecimentos para atingir

uma melhor qualidade do cuidado, preocupando-se com a singularidade da criança. (DIAS; MOTTA, 2004).

A hospitalização modifica o cotidiano da criança e família, e interfere em seu desenvolvimento. A partir disto, esses sujeitos passam por diversos enfrentamentos. Assim, faz parte das atribuições dos profissionais de saúde promover uma hospitalização que possa restabelecer a criança e preparar a família para a continuidade do cuidado em outro cenário. As crianças quando hospitalizadas ficam mais vulneráveis a ocorrência de eventos adversos, que muitas vezes passam despercebidos pelos profissionais de saúde.

1.3 OS EVENTOS ADVERSOS NO CUIDADO DE SAÚDE

Várias circunstâncias podem predispor a criança a eventos adversos durante a hospitalização, mas nem todas estas situações são informadas e/ou identificadas pelos envolvidos. (WEGNER, 2013).

A assistência à saúde é um sistema complexo e com características que pode predispor a ocorrência de eventos adversos e suas consequências podem ser agravadas. (PEDREIRA, 2006).

Os eventos adversos são injúrias causadas pelo cuidado do profissional da saúde por fatores não relacionados à doença de base, podendo prolongar a hospitalização, ou seja, um incidente que resultou em dano ao paciente. (RUNCIMANN et al., 2009).

O erro é definido como a não realização de uma ação planejada como pretendido ou a aplicação de um plano incorreto. (RUNCIMANN, et al., 2009). Os eventos adversos podem expor consequências perceptíveis ou não, trazendo prejuízos aos pacientes frente a sua ocorrência, não somente para os pacientes, mas também para profissionais de saúde e instituições de saúde.

Um estudo de revisão sistemática sobre a ocorrência de eventos adversos em hospitais evidenciou que estes eventos ocorreram em maior predominância nas salas cirúrgicas (39-70%) e enfermarias (12-26%), sendo vistos como locais de elevado risco. (MENDES et al., 2005).

Os eventos de maior destaque são os que envolvem erros de medicação. E, nos pacientes pediátricos o risco de erros de medicações é atribuído principalmente às doses incorretas. Quanto maior o número de medicamentos administrados, maior

as chances de erro. (CASSIANI, 2005). Um estudo realizado com 3.719 pacientes de zero a 20 anos em hospitais americanos mostrou que os eventos adversos ocorreram em 1% das hospitalizações pediátricas e que 0,6% eram preveníveis. (WOODS et al., 2005).

Harada (2006) traz que existem outros pontos que podem contribuir para os erros, sendo eles o desvio na execução de técnicas, a inexperiência, o estresse e os problemas de comunicação. Um estudo realizado por Araújo, Silva e Puggina (2007), em sete Unidades de Tratamento Intensivo no município de São Paulo, identificou 113 eventos adversos onde, 40,7% envolveram drenos, sondas e cateteres; 27,4% relacionados a medicamentos, 18,6% com equipamentos e 11,5% relacionados com procedimentos. Desta maneira, deve-se existir e garantir mecanismos para prevenção e minimização dos erros, mostrando como se realiza a notificação e análise dos mesmos e como são estabelecidas as condutas para estabelecer ações corretivas e preventivas, além de proporcionar ao profissional de saúde a informação sobre esse processo. (PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010).

Os eventos adversos apresentam-se como um problema global, gerando consequências para os pacientes. Assim para se identificar os problemas mais evidentes, torna-se imprescindível que estes eventos sejam informados, buscando conhecer as causas e podendo assim desenvolver estratégias para minimizá-los. Para tanto, é necessário discutir estratégias para minimizar a ocorrência de eventos adversos e buscar o desenvolvimento de uma cultura voltada para a sua notificação, e que possibilitem o conhecimento da tipologia, fatores predisponentes e resultantes destes eventos.

1.4 SISTEMAS DE NOTIFICAÇÃO

No processo de atenção à saúde, a documentação das atividades e dos resultados, ou seja, os registros escritos ou digitados nos prontuários dos pacientes hospitalizados constituem-se um instrumento de comunicação para o planejamento; continuidade e avaliação dos serviços prestados aos usuários. (FRANÇOLIN et al., 2012).

Os registros nos prontuários dos pacientes configuram-se como um instrumento de comunicação entre a tríade equipe de saúde – familiar/cuidador – paciente, com o objetivo de qualificar a assistência em saúde a partir da coleta de

informações sobre as questões que envolvem a hospitalização, além de ser de grande valia para a realização de pesquisas e como fonte de ensino.

Essa documentação permite o acompanhamento das condições de saúde do paciente, o que favorece a avaliação dos cuidados prestados, e deve ser realizado de maneira clara, objetiva e de acordo com questões éticas e morais. (FRANÇOLIN et al., 2012). Além disto, as instituições de saúde devem criar uma Comissão de Revisão de Prontuários conforme Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1638/2002. E, esses registros são garantidos pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, que cita da responsabilidade e dever dos mesmos em registrar no prontuário do paciente as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento do cuidado. (COFEN, 2007), bem como o Código de Ética Médica, no seu artigo 69, cita que o médico tem o dever de elaborar o prontuário para cada paciente que assiste. (BRASIL, 2007).

O prontuário médico é definido como documento constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas a partir de fatos sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada. (SAMPAIO; SILVA, 2010).

Apesar de existirem subsídios que obrigam a construção do prontuário e o registro das informações dos pacientes, nota-se ainda a escassez na qualidade dos registros realizados pelos profissionais de saúde, independente da categoria, o que contribuiu para a dificuldade nesse processo de comunicação.

Um estudo evidenciou que 50% das informações fornecidas no prontuário estão relacionadas aos profissionais de enfermagem, o que torna indiscutível a necessidade e a qualidade dos registros realizados. (FRANÇOLIN et al., 2012).

Ochoa-Vigo considera o prontuário um elemento fundamental na manutenção do Processo de Enfermagem, fornecendo às suas ações um fundamento científico. (OCHOA-VIGO, 2003). Para a fundamentação das ações de enfermagem, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) pode contribuir para a qualidade dos cuidados prestados, buscando viabilizar o planejamento das ações de enfermagem. (PIMPÃO et al., 2010). O processo de Enfermagem é parte integrante da Sistematização da Enfermagem e constitui uma ferramenta que auxilia no planejamento do cuidado ao paciente além de servir como norteador das práticas assistenciais.

Ainda assim existem lacunas não somente na escassez dos registros, mas também na qualidade dos mesmos, onde muitas vezes podemos observar

informações errôneas; preenchimentos incorretos e/ou ilegíveis e falta de informações, como a ocorrência de eventos adversos, que integra a cultura de segurança do paciente dentro das instituições.

O prontuário é um elemento fundamental à qualidade do cuidado em saúde e também um importante instrumento de educação e pesquisa, contribuindo também para o gerenciamento hospitalar. Porém precisa-se ressaltar a importância da inserção dos profissionais na busca pela qualidade das informações relatadas.

A identificação dos eventos adversos depende da qualidade dos registros, em como os profissionais percebem a importância dos registros e da documentação na saúde. (MATSUDA et al., 2009).

Os boletins de notificação de eventos adversos são fontes de informação e de alerta para a gestão do cuidado, bem como contribuem para a segurança do ambiente hospitalar. Criar um sistema que preserve a identidade do profissional, separado de qualquer regime punitivo ou disciplinar é fundamental para apoiar a aprendizagem e o conhecimento, concentrando-se apenas no conhecimento dos fatores que contribuíram para a ocorrência do evento adverso, buscando desenvolver ações frente aos problemas encontrados. O sistema de notificação de eventos adversos tem como objetivo identificar e estabelecer estratégias para avaliar o processo em torno do evento identificado. Assim um sistema de notificação eficaz é um ponto chave para a qualidade assistencial. (GARBUTT et al., 2007).

É necessário estimular a participação ativa dos profissionais de saúde na notificação de eventos adversos, encorajando-os a relatarem qualquer alteração suspeita, independentemente se desencadeou o evento. Desta maneira, a identificação dos problemas auxiliará no desenvolvimento de estratégias que qualifiquem os cuidados de saúde. Quando os eventos adversos altamente evitáveis são relatados, regularmente em um ou mais sistemas de informação, a questão da subnotificação é menos preocupante do que é afirmado na literatura. (CHRISTIAAN-DINGELHOFF et al., 2011).

Paiva, Paiva e Berti (2010) realizaram um estudo em um Hospital Universitário Terciário de São Paulo identificando quais os profissionais que mais redigiram boletins de notificação de eventos adversos no período de dois anos. Este estudo mostrou que a equipe de enfermagem foi a categoria profissional que mais realizou a notificação, sendo que destes 89,3% foram redigidos por enfermeiros,

verificando que estes profissionais têm um papel fundamental na promoção da segurança do paciente.

Reconhecer os erros é a oportunidade de melhorar a qualidade e a segurança do paciente. Desta maneira, a solução é aprender com os erros, redesenhando o sistema com foco na sua redução e criando uma cultura de segurança, permitindo a possibilidade de gerenciar os riscos. (HARADA, 2006; WANNMACHER, 2005).

A construção de um sistema de notificação de eventos adversos está integrada com a cultura de segurança dentro das instituições de saúde e em como os profissionais percebem a importância da temática para suas ações de saúde. Elencado com a cultura de segurança, dentro das instituições de saúde, e com o desenvolvimento de sistemas de notificação de eventos adversos, também se torna necessário à utilização de ferramentas para mensurar os eventos identificados, buscando reduzir os erros vinculados ao cuidado de saúde, com o intuito de investir nas pessoas e no próprio sistema de saúde para alcançar um cuidado livre de danos e a uma melhor qualidade da assistência em saúde.

1.5 O USO DO GLOBAL TRIGGER TOOL COMO ESTRATÉGIA PARA MENSURAÇÃO DOS EVENTOS ADVERSOS

O *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) desenvolveu em 1999 o *Global Trigger Tool* (GTT), com o objetivo de identificar os eventos adversos e medir suas taxas ao longo do tempo, mostrando se as mudanças feitas estão melhorando os processos. No início, a ferramenta identificava apenas os eventos adversos relacionados a medicamentos, com o tempo foi aperfeiçoando a utilização para as demais áreas, tais como procedimentos e hemoterapia. A metodologia do IHI é uma revisão retrospectiva de uma amostra aleatória dos registros hospitalares, utilizando-se de gatilhos (*triggers*) para identificar possíveis eventos adversos. (GRIFFIN; RESAR, 2009).

O “*trigger*” traduzido para o português como “gatilho” é uma ação identificada nos registros hospitalares que pode representar um evento adverso, podendo servir como pista ou uma indicação para investigar os registros mais profundamente. (KINKERDALL et al., 2012, [tradução nossa]). De acordo com Griffin e Resar (2009) o conceito de “*trigger*” foi introduzido no ano de 1974 por Jick.

Desde seu desenvolvimento, o uso da ferramenta *Global Trigger Tool* conta com a colaboração de diversos projetos com foco na melhoria da assistência em saúde, incluindo a Campanha do IHI sobre 5 Milhões de Vidas. (GRIFFIN; RESAR, 2009).

Esta ferramenta é utilizada por algumas instituições hospitalares em todo o mundo com o objetivo de monitorar as taxas de eventos adversos, buscando a melhoria da segurança do paciente. É um método fácil para identificar com precisão os eventos adversos e medir as a taxas ao longo do tempo. Além disto, tem como objetivo avaliar as mudanças feitas na qualidade e segurança dos processos. (GRIFFIN; RESAR, 2009).

O IHI desenvolveu esta ferramenta usando seis módulos onde existem os gatilhos identificados por letras e divididos em: Módulo de Cuidados (C); Módulo de Medicamentos (M); Módulo Cirúrgico (S); Módulo de Cuidado Intensivo (I); Módulo de Assistência Perinatal (P) e o Módulo do Departamento de Emergência (ED), e cada módulo conta com alguns gatilhos pertinentes a área a ser estudada. (GRIFFIN; RESAR, 2009).

Embora a maioria dos estudos realizados com esta ferramenta esteja voltada para pacientes adultos, seu uso em pacientes pediátricos é relatado no *Child Health Corporation of America Tool*, *National Health Services Paediatric Trigger Tool* e no *Canadian Trigger Tool*. (KINKERDALL et al., 2012).

O primeiro relatório publicado sobre o uso do GTT em pacientes pediátricos foi em 2012 a partir de um estudo realizado no *Cincinnati Children's Hospital Medical Center*, que identificou 404 *triggers*. Destes, 88 eram eventos adversos e 62 pacientes tiveram pelo menos um evento adverso durante a hospitalização foram da categoria H e dois da categoria F. (KINKERDALL et al., 2012).

A *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* tem discutido que indicadores específicos deveriam ser desenvolvidos para populações específicas, incluindo a população pediátrica. Assim reforça-se ainda mais a necessidade de desenvolver ferramentas de mensuração de eventos adversos com foco nos pacientes pediátricos.

Com o *Canadian Paediatric Trigger Tool* foi evidenciado que futuras pesquisas devem se concentrar para melhorar a eficiência da ferramenta, além de investigar as diferenças nas avaliações das enfermeiras e dos médicos relacionados aos eventos adversos encontrados. (MATLOW et al., 2011).

No Brasil, a maioria dos trabalhos tem como foco os eventos adversos relacionados a medicamentos em adultos e em unidades de terapia intensiva, sendo que não existem evidências suficientes do uso desta ferramenta para outros módulos, principalmente para a população pediátrica. (MENDES et al., 2005).

Assim, reforça-se a importância de pesquisas utilizando esta ferramenta, neste cenário de atenção, como uma estratégia de qualificar a identificação de eventos adversos no cuidado de saúde. Esta cultura de segurança deve promover a aprendizagem, através da análise dos erros, identificando suas causas, a fim de prevenir a recorrência e melhorar os sistemas e desempenho da equipe assistencial. (SCHIOLER et al., 2001).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Rastrear a ocorrência de eventos adversos utilizando a ferramenta *Global Trigger Tool* proposta pelo *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) em uma Unidade de Internação Pediátrica.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever e Identificar os eventos adversos do módulo de cuidado.
- Classificar a ocorrência do dano do evento adverso.
- Categorizar os danos conforme os rastreadores identificados.
- Mensurar a frequência e a gravidade dos eventos adversos.
- Propor alternativas de conscientização e rastreamento dos eventos adversos na Unidade de Internação Pediátrica.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo transversal, retrospectivo e analítico.

Os estudos transversais envolvem a coleta de dados em determinado tempo, todos os fenômenos estudados são contemplados durante um período de coleta de dados, sendo uma de suas principais vantagens a economia e facilidade de controle. (POLIT; BECK, 2011).

Segundo Turato (2005) os estudos retrospectivos são pesquisas nas quais os dados referem-se a acontecimentos do passado. Já as pesquisas analíticas envolvem o estudo e avaliação de informações disponíveis na tentativa de explicar o contexto de um fenômeno, podendo ser categorizadas em histórica, filosófica, revisão e meta-análise. (POLIT; BECK, 2011).

3.2 CAMPO DE ESTUDO

O estudo foi realizado na Unidade de Internação Pediátrica do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (HSL-PUCRS).

Esta unidade é composta por 49 leitos com atendimento exclusivo pelo Sistema Único de Saúde, sendo nove quartos com capacidade entre quatro a seis leitos. É exigida a permanência de uma pessoa em tempo integral que seja responsável pela criança, podendo ser familiar ou cuidador. Além disto, foi contemplada com o programa de leitos de retaguarda do Ministério da Saúde que amplia e qualifica as enfermarias e leitos de terapia intensiva, objetivando garantir e organizar a retaguarda de leitos para a Rede de Atenção às Urgências. (BRASIL, 2013a).

Existe uma grande diversidade no perfil de pacientes, pois é uma unidade que presta assistência de saúde para crianças de baixa e média complexidade, de diversas especialidades como: oncologia, hematologia, neurologia, nefrologia, cardiologia, traumatologia, pneumologia, infectologia, gastroenterologia, além dos pacientes clínicos.

O quadro funcional ativo da enfermagem constituem de 11 enfermeiros, 2 residentes de enfermagem, 30 técnicos de enfermagem e 2 auxiliares de enfermagem.

Nesta unidade circulam diariamente diversos profissionais de saúde como: médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, dentistas, além da equipe de enfermagem. Também atuam neste serviço estudantes de graduação de diversas áreas da saúde, e profissionais graduados que fazem parte do programa de residência em saúde.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para o cálculo do tamanho amostral utilizou-se como referência o ano base de 2012, sendo que a média de ocupação anual foi de 77,85% e a média de permanência anual foi de 6,25 dias, correspondendo a 456 leitos/ano (crianças) ocupados, conforme relatório gerencial do Serviço de Enfermagem do HSL/PUCRS.

Com base nestas informações, a população foi constituída de 209 prontuários. O período de avaliação dos prontuários selecionados para o estudo foi de janeiro a dezembro de 2013, com início da coleta dos dados em abril/2013.

A amostra foi selecionada seguindo a metodologia recomendada pelo IHI. Conforme a metodologia do IHI a amostra foi selecionada por estratificação, proporcional e aleatória 20 prontuários por mês. A cada duas semanas ocorriam um ponto de corte, 10 do dia primeiro ao dia 15 e 10 do dia 16 ao dia 31, até completar o tamanho amostral de 209 prontuários. A pequena amostragem no mês justifica-se por proporcionar maior precisão ao longo do tempo, traçando informações úteis sobre tendências e causas especiais de variação de danos.

3.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

3.3.1.1 Critérios de inclusão

- crianças que permaneceram no mínimo 24 horas internados na Unidade de Internação Pediátrica (UIP), independente de sua procedência;
- criança que teve alta da UIP, independente do desfecho e seu prontuário foi fechado e encaminhado ao Serviço de Arquivo Médico (SAME);

- idade maior ou igual a 10 dias e menor ou igual a 12 anos.

3.3.1.2 Critério de exclusão

- crianças que permanecem mais de um ano internadas.

3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

3.4.1 Equipe de coleta e treinamento

A equipe de coleta foi composta por uma enfermeira (pesquisadora) que coletou os dados nos prontuários dos pacientes, sendo imprescindíveis experiência e conhecimento clínico na área pediátrica; e um médico, que fez a autenticação dos dados coletados, bem como esclarecimento de dúvidas.

A pesquisadora foi treinada previamente, realizando todo o protocolo de verificação do evento em 10 prontuários, escolhido aleatoriamente, para fim de testagem do instrumento de coleta, em 20 minutos, que é o tempo preconizado pelo protocolo.

3.4.2 Seleção da amostra

A seleção da amostra seguiu as seguintes etapas descritas abaixo:

- (a) contato com a coordenação do Serviço de Arquivo Médico (SAME) para obtenção da autorização de utilização dos dados dos prontuários dos pacientes da UIP/HSL (ANEXO A);
- (b) solicitação do relatório de altas dos pacientes do UIP/HSL internados no primeiro e segundo semestre de 2013. O relatório foi gerado de maneira que foram identificados os pacientes quinzenalmente, por ordem de alta da UIP, por qualquer motivo;
- (c) foram sorteados os pacientes distribuídos censitariamente na quinzena, isto é, sorteamos o primeiro da lista de alta e alternadamente a cada dois pacientes. Caso o prontuário sorteado não fosse encontrado no SAME, automaticamente o pesquisador passou para o próximo da lista, repetindo a sequência alternada de cada dois prontuários;

(d) os prontuários foram solicitados ao SAME.

3.4.3 Descrição metodológica do IHI para a busca dos eventos adversos

(a) foram utilizados somente os “gatilhos” do módulo cuidado (hemocultura positiva, infecções associadas ao cuidado de saúde e qualquer complicação relacionada ao procedimento) (APÊNDICE A);

(b) a leitura dos prontuários foi realizada de trás para frente e somente foi identificado o registro para verificar a presença dos “gatilhos”;

(c) os eventos foram rastreados na seguinte ordem, conforme: complicações, diagnóstico, resultados laboratoriais (hemocultura positiva), procedimentos invasivos e não invasivos, tempo de internação, registro de enfermagem, registro médico, outros registros de profissionais de saúde que realizaram alguma intervenção no paciente;

(d) o limite máximo para revisão do prontuário foi de 20 minutos, cronometrados. Apesar de este tempo ser considerado insuficiente, é importante utilizá-lo conforme o preconizado pela ferramenta, pois a busca pelos gatilhos não se destina a identificar cada evento adverso em um registro. Este limite de tempo e a seleção aleatória de registros são projetados para produzir uma amostragem suficiente para a concepção de segurança no trabalho no hospital;

(e) quando o “gatilho” foi identificado em um registro, procuramos nos registros do paciente se houve o evento adverso. Se nenhum evento foi encontrado, o revisor passou para os outros gatilhos identificados, realizando o mesmo processo. Estes “gatilhos” foram registrados no apêndice A;

(f) se algum evento foi identificado nos registros, sem a ocorrência anterior do “gatilho”, este tinha que ser registrado no apêndice A;

(g) os eventos adversos foram registrados no apêndice B;

(h) conforme identificação dos rastreadores foi criada categorias para os danos e classificado conforme recomendação do IHI (APÊNDICE C).

3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA

3.5.1 Ficha de coleta de identificação dos rastreadores do módulo de cuidado e medicamentos

Para os objetivos propostos deste trabalho foi selecionado somente o módulo de cuidado (hemocultura positiva, infecções associadas ao cuidado de saúde e qualquer complicação relacionada ao procedimento) (APÊNDICE A). Os demais rastreados foram excluídos, sendo um fator limitante o tempo para a coleta dos dados após a liberação dos Comitês de Ética e Pesquisa das respectivas instituições.

3.5.2 Ficha de coleta de dados de possíveis eventos adversos

A coleta de dados de possíveis eventos adversos foi da seguinte forma (Apêndice B):

- a) para todos os prontuários que possuíam pelo menos um rastreador foi aberta uma ficha de coleta de possíveis eventos adversos (EA);
- b) foram preenchidos os campos de identificação do paciente, conforme roteiro;
- c) foi verificada nos registros assistenciais, de forma independente, a relação entre os rastreadores e a ocorrência de EA. Utilizando-se para isto o manual de interpretação dos “gatilhos” (Anexo B);
- d) foi registrada a descrição e evolução do EA.

3.5.3 Ficha para Classificação dos Danos

Os revisores podem, ocasionalmente, descobrir um evento adverso sem gatilho (*trigger*). Esses eventos devem ser incluídos durante a coleta de dados, independentemente do gatilho culminar em evento adverso.

Uma vez que a equipe de coleta de dados identificou a ocorrência de um evento adverso, deve-se atribuir uma categoria. Estas foram identificadas por letras

do alfabeto (APÊNDICE C), conforme preconizado pelo IHI, sendo atribuída uma pontuação de 0 a 5 para cada categoria:

Categoria E - Dano temporário ao paciente e necessidade de intervenção (corresponde a um (1) ponto);

Categoria F - Dano temporário ao paciente e necessidade de internação hospitalar ou prolongamento do tempo de internação (corresponde a dois (2) pontos);

Categoria G - Dano permanente ao paciente (corresponde a três (3) pontos);

Categoria H - Necessidade de intervenção para manutenção da vida (corresponde a quatro (4) pontos);

Categoria I – Óbito (corresponde a cinco (5) pontos).

Estas categorias não são progressivas, ou seja, um evento não tem que primeiro conhecer a definição da categoria E ou F, antes que possa ser categorizado como G. Para a categoria E, alguma intervenção é necessária. Assim, para a categoria H, os revisores experientes acham que é útil defini-la como o "salva-vidas", ou seja, uma intervenção que deve ser fornecida em uma hora ou menos, a fim de evitar a morte. Para a categoria I, o evento precisa contribuir para a morte do paciente.

3.6 ANÁLISE DE DADOS

Para avaliação dos eventos adversos, foi utilizado o manual de interpretação dos "gatilhos" (ANEXO B). Os danos foram classificados seguindo as categorias de exclusão e inclusão, conforme metodologia do IHI (APÊNDICE C):

3.6.1 Categorias de exclusões:

Categoria A - Circunstâncias ou eventos com capacidade de provocar erros;

Categoria B - Erro que não atinge o paciente;

Categoria C - Erro que atinge o paciente, mas não causa dano;

Categoria D - Erro que atinge o paciente e requer monitoramento ou intervenção para confirmar que não resultou em dano.

As categorias de A à D não causam danos ao paciente, não sendo pontuadas, isto é, corresponde a zero (0) ponto.

3.6.2 Categorias de Inclusão:

Foram incluídas as categorias E, F, G, H e I.

Foi criado um banco de dados em planilha Excel especificamente para este projeto. Para a análise dos dados quantitativos foi utilizado o software estatístico SPSS versão 13.0.

Os dados foram analisados através de tabelas, gráficos, porcentagens, médias e desvio padrão.

4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os aspectos éticos do projeto foram preservados pela apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS como instituição proponente e do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – HSL/PUCRS como instituição coparticipante, via Plataforma Brasil. O projeto de pesquisa seguiu as normas da Resolução 466/2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos. (BRASIL, 2012). A pesquisa foi aprovada sob o número de parecer 492.774 na Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS (ANEXO C), e sob o número 52.494 no Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – HSL/PUCRS (ANEXO D).

Foi solicitada a permissão para utilização dos dados secundários ao gestor do serviço de arquivo médico (SAME) e foi assinado o termo de compromisso de utilização de prontuários e base de dados (APÊNDICE D). Respeitando os aspectos éticos e por tratar-se de revisão de prontuários, o estudo contemplará todas as normas que preservem os nomes e outros identificadores pessoais, sendo os prontuários dos pacientes identificados apenas por números. A divulgação dos resultados da pesquisa foi feita com base no conjunto e não nas informações individuais. Da mesma forma, nenhuma informação individual foi repassada a nenhum profissional da Instituição Hospitalar ou da Universidade.

Respeitando os princípios éticos, os profissionais envolvidos nesta pesquisa assinaram um termo de responsabilidade de utilização de dados (APÊNDICE E), garantindo o anonimato e o caráter sigiloso das informações. Como medida de segurança, os instrumentos serão guardados por 5 anos, sendo evitado o extravio ou o seu manuseio, não colocando em risco o anonimato das pessoas que aderiram ao estudo. Após este prazo, os documentos serão descartados por meio de picotagem.

A divulgação se dá na forma de defesa desta dissertação de mestrado e se dará na publicação de artigos, trabalhos em eventos científicos e revistas científicas a serem escolhidas pelo autor e orientador, bem como o relatório final que será apresentado ao Assessor da Direção Técnica e Clínica do Hospital São Lucas da PUCRS Dr. Salvador Gullo Neto, membro da Comissão de Segurança do Paciente

do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; Supervisão de Enfermagem; Coordenador e Chefe do Serviço de Pediatria.

Este trabalho traz como benefícios para os pacientes e para a instituição onde foi realizada a pesquisa a possibilidade de qualificar a assistência em saúde a partir do desenvolvimento de mudanças na segurança do paciente pediátrico, possibilitando um fortalecimento do tema nesta instituição.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

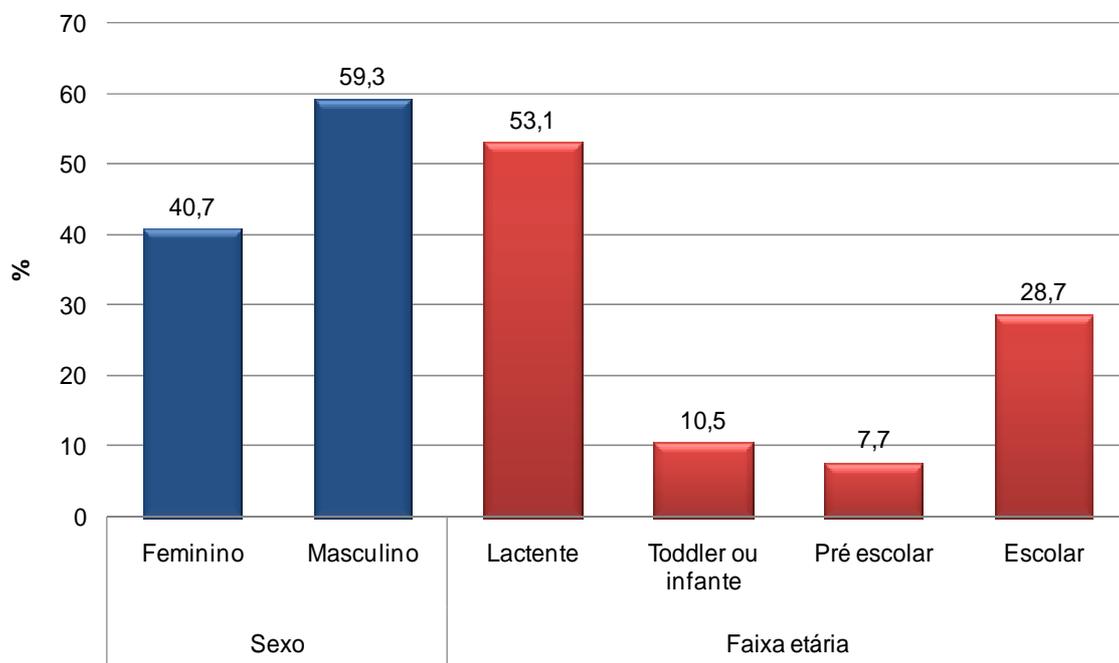
Foram analisados 209 prontuários de pacientes que tiveram alta da Unidade de Internação Pediátrica (UIP) durante o período de janeiro a dezembro de 2013, sendo que a coleta dos dados iniciou em abril/2013. De todos os prontuários sorteados apenas um não foi localizado, o qual foi comunicado ao Serviço de Arquivo Médico (SAME) da instituição hospitalar, sendo substituído pelo prontuário seguinte, conforme a metodologia.

Apesar da análise dos prontuários serem realizados conforme a metodologia do IHI, uma das limitações dos achados foi a baixa e má qualidade das informações contidas nos mesmos, inerentes ao uso dos dados secundários. Entretanto é um método utilizado em vários estudos sobre eventos adversos. Assim, a avaliação e validação dos dados dependem do conhecimento e experiência do pesquisador na metodologia proposta. (CLASSEN et al., 2011; LANDIGRAN et al., 2010; MENDES JÚNIOR, 2007). Outro fator que limitou os achados foi a utilização de apenas três gatilhos, não contemplando toda a ferramenta do IHI para a verificação do evento adverso.

Os registros, tanto médicos como de enfermagem são uma maneira de demonstrar o trabalho executado pela equipe, servindo como um indicador de qualidade da assistência. A insuficiência dos dados, bem como o preenchimento incorreto e a periodicidade das evoluções são fatores que impossibilitam o acompanhamento e avaliação dos indicadores assistenciais, dificultando, inclusive, a análise de processos judiciais que possam amparar o profissional de saúde e a instituição. (FRANCO; AKEMI; D'INOCENTO, 2012; MATSUDA et al., 2009).

Nas características demográficas encontrou-se 85 (40,7%) crianças do sexo feminino e 124 (59,3%) crianças do sexo masculino. Em relação à faixa etária foram encontradas 111 (53,1%) lactentes, 22 (10,5%) *toddler* ou infante, 16 (7,7%) e 60 (28,7%) escolares (Gráfico 1). A predominância do sexo masculino nas internações pediátricas é encontrada em vários estudos, não identificando a causa. (ADRIANO; BERGAMASCHI; ACRCOVERDE, 2010; GRANZOTTO et al., 2010; KROKOSCZ, 2007; MORAES et al., 2014; RIBEIRO et al., 2012).

Gráfico 1 - Descrição da amostra investigada em relação ao sexo e a faixa etária dos pacientes pediátricos internados em uma unidade de internação pediátrica de um hospital escola, Porto Alegre, 2013.



Faixa etária: Lactentes (do nascimento até 1 ano), Toddler ou Infante (2 a 3 anos), Pré Escolar (3 a 5 anos), Escolar (5 a 12 anos) e Adolescente (12 a 18 anos). (WONG, 2001).
Fonte: LOPEZ (2014).

No momento da internação hospitalar os pacientes recebem um diagnóstico médico segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Os principais diagnósticos atribuídos a esta amostra foram classificados conforme os capítulos do CID-10. Noventa e nove casos (47,4%) internaram por doenças do aparelho respiratório; 19 (9,1%) por doenças do aparelho nervoso, 13 (6,2%) por doenças da pele e/ou tecidos subcutâneo e do aparelho geniturinário; 9 (4,3%) por doenças neoplásicas; 3 (1,4%) por doenças mentais e comportamentais e do sistema osteomuscular; 1 (0,5%) por doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais, do ouvido ou apófise mastoide e problemas originados na gravidez, parto e puerpério. (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos casos em relação ao diagnóstico das crianças internadas na unidade de internação pediátrica, Porto Alegre – RS, 2013.

Diagnóstico	Nº casos	%
Cap. X - Doenças do aparelho respiratório	99	47,4
Cap. VI - Doenças do sistema nervoso	19	9,1
Cap. XII - Doenças da pele e tecido subcutâneo	13	6,2
Cap. XIV - Doenças do aparelho geniturinário	13	6,2
Cap. XI - Doenças do aparelho digestivo	12	5,7
Cap. II - Doenças neoplásicas	9	4,3
Cap. XVII - Sintomas, sinais e achados de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte.	9	4,3
Cap. XVII - Malformações congênitas deformidades e anomalias cromossômicas	8	3,8
Cap. I - Doenças infecciosas e parasitárias	7	3,3
Cap. XIX - Lesões, envenenamento e outras consequências de causas externas.	5	2,4
Cap. V - Doenças mentais e comportamentais	3	1,4
Cap. XIII - Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	3	1,4
Cap. III - Doenças do sangue e órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários	2	1,0
Cap. VII - Doenças dos olhos e anexos	2	1,0
Cap. IX - Doenças do aparelho circulatório	2	1,0
Cap. IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.	1	0,5
Cap. VIII - Doenças do ouvido e apófise mastóide	1	0,5
Cap. XV - Gravidez parto e puerpério	1	0,5
Total	209	100,0

Fonte: LOPEZ (2014).

As doenças respiratórias permanecem como a causa mais frequente de mortalidade infantil, sendo que a atenção dispensada na prevenção primária poderia ser mais efetiva intervindo sobre os fatores de risco relacionados com o processo da doença. (MACEDO et al., 2007). Segundo os autores, as doenças respiratórias agudas e as infecções respiratórias agudas são uma das causas mais comuns de morbimortalidade na infância, principalmente em crianças menores de cinco anos de idade.

A maioria das crianças tem de 4 a 6 infecções respiratórias agudas por ano. (DIRETRIZES BRASILEIRAS EM PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE EM PEDIATRIA, 2007). As doenças respiratórias, em vários estudos, apresentam-se em maior prevalência e com média de internação mais elevada, quando comparado com outras patologias. (BRASIL 2014; MAGALHÃES et al., 2013; ROSA et al., 2008).

As baixas temperaturas e o aumento dos poluentes aumentam a incidência de internações hospitalares nas épocas mais frias, principalmente no inverno seco e ensolarado. (NASCIMENTO et al., 2006; SOUZA et al., 2013).

No Rio Grande do Sul aproximadamente 30,4% das consultas pediátricas nos meses de inverno são motivadas por doenças do aparelho respiratório. Um estudo realizado no período de 1998-2007, a partir de dados colhidos do DATASUS, evidenciou que 40,3% das hospitalizações tinham como causa primária as doenças do aparelho respiratório. (MACEDO et al., 2007; OLIVEIRA et al., 2010).

Na tabela abaixo (Tabela 2) verifica-se a distribuição das doenças conforme a classificação do CID-10 distribuída por sexo. Observa-se que independente do sexo as doenças do trato respiratório são as mais prevalentes nesta amostra.

Tabela 2 – Distribuição das doenças por sexo, das crianças internadas na unidade de internação pediátrica, Porto Alegre – RS, 2013.

Doenças do	Sexo			
	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
Sistema nervoso	7	8,2	12	9,7
Aparelho respiratório	39	45,9	60	48,4
Aparelho digestivo	4	4,7	8	6,5
Pele e tecido subcutâneo	4	4,7	9	7,3
Aparelho geniturinário	7	8,2	6	4,8
Outros	24	28,2	29	23,4
Total	85	100,0	124	100,0

Fonte: LOPEZ (2014).

Observa-se que os pacientes pediátricos hospitalizados são procedentes em sua maioria da própria Emergência Pediátrica do hospital (63,1%) e das Unidades de Atenção Primária em Saúde da capital (18,6%), via central de leitos. (Tabela 3). Apesar do avanço da cobertura e níveis de atendimento do setor de saúde no país, a atenção hospitalar é uma porta de entrada importante para o sistema de saúde, principalmente para a população com menor renda. (ALMEIDA et al., 2000; O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009). O funcionamento do sistema de atenção primária pode apresentar baixa resolutividade, sendo considerado um dos fatores a qualidade técnica dos recursos humanos. (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009). Para os autores esta situação é um produto da falência da rede e que para amenizar esta demanda, deve-se melhorar o acesso ao sistema e a resolutividade do Programa Saúde da Família. A sugestão é sensibilizar os profissionais que atuam na rede hospitalar e aceitar a emergência com uma porta legítima do sistema de saúde implantado a nível nacional.

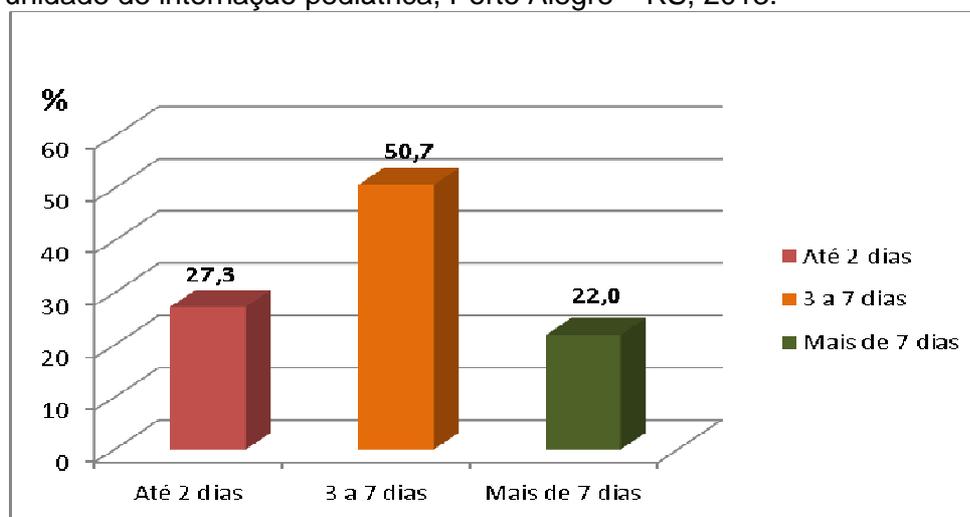
Tabela 3 – Procedência dos pacientes pediátricos internados na unidade de internação pediátrica por tipo de doença, Porto Alegre – RS, 2013.

Tipo de doença	Procedência									
	Emergência pediátrica		Sala de recuperação		Domicílio		UTI Pediátrica		Unidades de Atenção Primária em Saúde	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Sistema nervoso	11	8,3	-	-	4	22,2	2	15,4	2	4,9
Aparelho respiratório	72	54,5	-	-	-	-	5	38,5	22	53,7
Aparelho digestivo	8	6,1	2	40,0	-	-	2	15,4	-	-
Pele e tecido subcutâneo	8	6,1	-	-	-	-	-	-	5	12,2
Aparelho geniturinário	7	5,3	1	20,0	2	11,1	1	7,7	2	4,9
Outros	26	19,7	2	40,0	12	66,7	3	23,1	10	24,4
Total	132	100,0	5	100,0	18	100,0	13	100,0	41	100,0

Fonte: LOPEZ (2014).

A média de internação foi de $6,9 \pm 8,9$ dias, variando de um dia a 64 dias. Aproximadamente metade (50,7%) das crianças permaneceu hospitalizada por até sete dias, 27,3% por até dois dias e 22,0% por mais de sete dias. (Gráfico 2). Como não foi detectado nenhum evento adverso, não houve a possibilidade de relacionar o tempo médio de permanência com o evento. Mesmo assim, considerando o perfil das internações, esta média justifica-se, principalmente por ser a maioria por infecções respiratórias. (BRASIL, [2014?]).

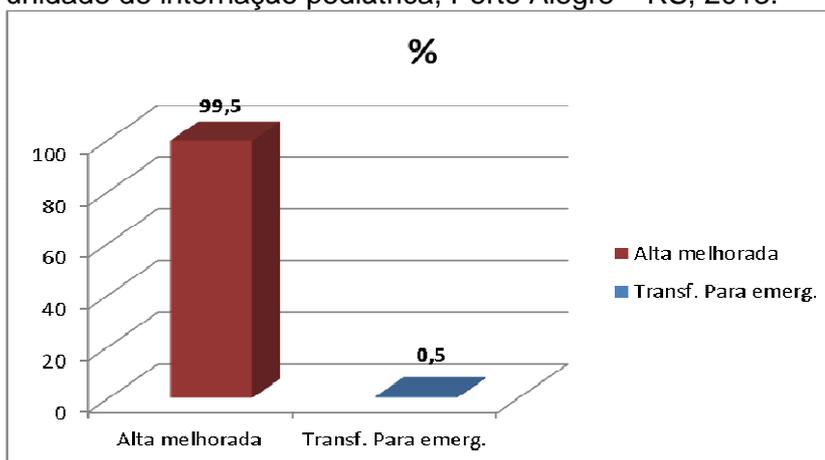
Gráfico 2 – Média de permanência (em dias) das crianças internadas na unidade de internação pediátrica, Porto Alegre – RS, 2013.



Fonte: LOPEZ (2014).

Quanto ao desfecho hospitalar destes pacientes quase toda a amostra teve alta hospitalar para seu domicílio. Assim, 208 (99,5%) registros nos prontuários tiveram desfecho hospitalar para o domicílio, e um paciente (0,5%) foi transferido para a emergência pediátrica por agravamento do quadro clínico.

Gráfico 3 – Desfecho hospitalar das crianças internadas na unidade de internação pediátrica, Porto Alegre – RS, 2013.



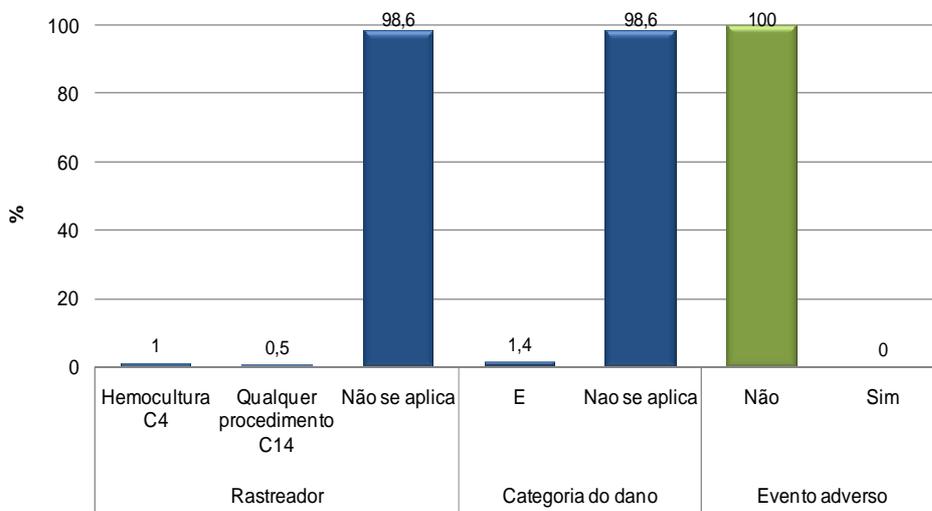
Fonte: LOPEZ (2014)

Segundo estudo realizado na Dinamarca os eventos adversos causaram um prolongamento de sete dias na internação hospitalar, corroborando com nossos achados. (SCHIOLER et al., 2001).

Foram selecionados do instrumento IHI Global Trigger Tool do Módulo de Cuidados três gatilhos: Hemocultura positiva (C4); Infecções causadas pelo cuidado em saúde (C11) e Qualquer procedimento (C14).

Dos 209 prontuários analisados foram rastreados três gatilhos, sendo que somente 3 foram encontrados. Infelizmente este número não traz a magnitude do problema em relação aos eventos adversos nesta unidade, pois não refletem o atendimento e o tratamento prestado durante a internação. (BRASIL, 2007; COFEN, 2009; SILVA et al., 2012). Dos gatilhos rastreados, dois (1,0%) casos foram do C4 (Hemocultura positiva), um (0,5%) do C14 (complicação relacionada a procedimento) e nenhum caso referente ao gatilho infecções causadas pelos cuidados em saúde. (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Distribuição dos casos em relação ao gatilho, categoria do dano e evento adverso dos prontuários avaliados, Porto Alegre – RS, 2013.



Fonte: LOPEZ (2014).

Apesar de serem sistematizados na instituição, desde o final de 2013, os registros médicos e de enfermagem, estes ainda não contemplam as questões relacionadas à ocorrência de eventos adversos, reforçando a questão da qualidade da informação. A adoção de padronizações dos registros proporciona indicadores de processos e resultados da assistência prestada. SOOP e colaboradores (2009) identificaram que uma das limitações na detecção de eventos adversos está relacionada com a qualidade dos registros em prontuários e também com a realização destes registros.

Os três (1,4%) prontuários se enquadraram na categoria de dano E (contribuiu para o dano temporário e necessitou de intervenção). Não foi evidenciado registro referente à ocorrência de evento adverso e nenhum dos danos identificados teve seu desfecho como evento adverso. (Gráfico 4).

Foram selecionados apenas três gatilhos como critério para rastrear os eventos adversos em função de que a maioria dos gatilhos não é adaptada para a população pediátrica e para a unidade do estudo.

Além disto, foi identificada durante a coleta de dados a necessidade de inclusão de outro gatilho, a coleta de vírus respiratório (MIPAS) para identificação de vírus respiratório, a partir do que é evidenciado pelos registros no prontuário do paciente. Entretanto, este gatilho não foi coletado por ser uma rotina na unidade de internação pediátrica em crianças com infecção respiratória e que tem relação direta

com as questões referentes ao controle de infecção. Esta avaliação também foi encontrada em um estudo realizado no *Cincinnati Children's Hospital Medical Center* (CCHMC) identificou que 33% dos eventos adversos referentes a outros gatilhos, ou seja, a gatilhos incluídos pelos pesquisadores. Eles atribuem isto ao fato de que muitos eventos adversos encontrados em pacientes pediátricos não são representados pela ferramenta do *Global Trigger Tool*. (KINKERDALL et al., 2012).

Para a redução do risco assistencial atribuído a criança hospitalizada, algumas propostas são elencadas para a implantação em médio e longo prazo da cultura de segurança na unidade de internação pediátrica.

5.1 SUGESTÕES DE MELHORIAS PARA A CULTURA DE SEGURANÇA

Avaliando os resultados, verifica-se a necessidade de uma melhor compreensão do que é cultura de segurança e como ela deve ser implantada na instituição pesquisa. Algumas lacunas são percebidas para que mais dados possam servir de indicadores assistenciais e de resultado, não somente para a unidade pediátrica, mas para toda a instituição.

Para tanto, algumas contribuições tornam-se imprescindíveis de serem discutidas:

- (a) educação permanente dos colaboradores internos para a questão da cultura de segurança;
- (b) incluir na integração do novo colaborador a temática sobre cultura de segurança. Neste momento, se toma conhecimento do sistema de notificação institucional, da padronização dos registros no prontuário do paciente, entre outros aspectos relevantes para a cultura de segurança;
- (c) elaboração de um Procedimento Operacional Padrão (POP) de notificações de eventos adversos. Como sugestão, adaptado de NCC MERP (2001). (APÊNDICE D).

Outra possibilidade de melhoria é o *Canadian Paediatric Trigger Tool* (CPTT) é uma ferramenta validada para pacientes pediátricos, porém existem poucos estudos que evidenciem sua funcionalidade para mensuração de eventos adversos em crianças.

Pensando na ferramenta do *Global Trigger Tool* (GTT) para a população pediátrica, observou-se:

- a necessidade de gatilhos adaptados/revisados para compor o perfil destes pacientes;

- a falta de registros ou a má qualidade dos mesmos deve ser revista antes de pensarmos na utilização desta ferramenta;

- colaborar com as revisões das normas para as metas nacionais de segurança dos pacientes, bem como discutir com a equipe como os objetivos se aplicam a este perfil de pacientes;

- conhecer as normas institucionais, políticas, procedimentos e protocolos específicos de segurança dos pacientes pediátricos.

A revisão retrospectiva de prontuários é considerada um método de coleta de dados (*gold standard*) para mensuração de eventos adversos, apesar disto ele apresenta alto custo para as instituições. (MENDES et al., 2005).

A segurança do paciente ainda é um desafio para as instituições de saúde, o maior desafio dessas instituições é transformar o ambiente de saúde para a cultura de segurança do paciente. (WILSON, 2014).

Um artigo publicado pela ARHQ sugere seis princípios como orientação: *contemplar a cultura; promover as lideranças; foco nos problemas; alinhar sistemas e processos; apreciar a resistência; contar com o aconselhamento*. Para estabelecer uma forte cultura de segurança é necessário um envolvimento com a cultura singular de uma determinada organização. (SINGER, 2013).

CONCLUSÃO

Apesar dos objetivos de rastrear e identificar eventos adversos do módulo do cuidado não mostrar a situação da ocorrência do dano e gravidade, observa-se que o principal fator que contribuiu para os achados foi a qualidade e realização dos registros nos prontuários, permanecendo ainda um grande desafio para a instituição.

A metodologia de revisão retrospectiva de prontuários como método de coleta de dados para mensuração de eventos adversos é uma ferramenta de grande utilidade, pensando na Segurança do Paciente. Porém é necessário adaptá-la para populações pediátricas, ou seja, revisar a ferramenta pensando na sua utilização em pacientes pediátricos.

A identificação de rastreadores que exigem a observação a beira do leito envolvem certo julgamento clínico e de definição da natureza do mesmo, podendo ser um dificultador para seu rastreamento.

Além de pensarmos em identificar como os processos ou os sistemas podem falhar, quais seus efeitos e como podemos torná-lo mais seguro, é necessário implementar mudanças e talvez essas mudanças devem começar pela cultura de segurança que queremos implantar na instituição hospitalar.

A probabilidade de reduzir os eventos adversos pode acontecer através do processo de avaliação de riscos, sendo que a sugestão é se concentrar nos processos que tem maior impacto na segurança da criança hospitalizada. Esta normatização deve incidir sobre a segurança, utilizando-se dos dados levantados para a tomada de decisão em relação aos processos, bem como seu impacto no desempenho e melhoria dos mesmos.

Apesar das dificuldades encontradas nos registros dos prontuários e da utilização de somente três gatilhos da ferramenta proposta, o *Global Trigger Tool* se mostrou um instrumento com grande potencial para rastrear os eventos adversos e complementar as informações do sistema de notificação de uma instituição hospitalar.

REFERÊNCIAS

ADRIANO, André Ricardo; BERGAMASCHI, Manuella B.; ARCOVERDE, Tarcísio L. Perfil dos diagnósticos de hospitalização de crianças até 5 anos no município de Blumenau-SC. **Arq Catarinenses Med**; v. 39, n. 1: 31-36, 2010.

ALMEIDA, Célia M. et al. Health sector reform in Brazil: a case study of inequity. **Int J Health Serv**; v. 30, n. 1, p: 129-162, 2000.

ARAÚJO, Monica Martins Trovo de; SILVA, Maria Júlia Paes da; PUGGINA, Ana Cláudia G. A comunicação não-verbal enquanto fator iatrogênico. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v.41, n.3, p: 419-425, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 de agosto de 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000300011>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 3ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acreditacao_hospitalar.pdf. Acesso em 29 de agosto de 2013.

_____. **Código de Ética e textos legais sobre ética em medicina**. 2ª Ed. São Paulo : Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2007. Disponível em: http://www.ipebj.com.br/docdown/_e41b6.pdf Acesso em 05 de novembro de 2014.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)** e legislação pertinente. Centro de Apoio Operacional da Infância e da Juventude. Porto Alegre: Ministério Público do Rio Grande do Sul, 2008.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 15 de novembro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf . Acesso em: 10 de agosto de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 1.377 de 9 de julho de 2013b**. Protocolos de Segurança do Paciente. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html. Acesso em 20 de agosto de 2013.

_____. **Sistema de informação hospitalar descentralizado**. Brasília, DF, 2014a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0066_M.pdf Acesso em: 30 de julho de 2014.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde** – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária– Brasília: Anvisa, 2014b. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/Modulo_6_-_Implantacao_Nucleo_de_Seguranca.pdf Acesso em: 25 de outubro de 2014.

_____. DATASUS. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, medicamentos e OPM do SUS, [2014?]. Disponível em <http://www.sigtap.datasus.gov.br>. Acesso em 10 de dezembro de 2014.

CANO, Fabíola Giordani. **Eventos adversos a medicamentos no ambiente hospitalar**. 2011, 100f. Tese de Doutorado em Ciências na área da Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=596703&indexSearch=ID>. Acesso em: 25 de agosto de 2013.

CASSIANI, Silvia Helena de Bortoli. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 58, n. 1, p: 95-99, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n1/a19.pdf>. Acesso em 28 de outubro de 2013.

CHRISTIAANS-DINGELHOFF, Ingrid et al. To what extent are adverse events found in patient records reported by patients and healthcare professionals via complaints, claims and incident reports? **BMC Health Services Research**, London, v. 11, n. 49, p.1-10, 2011. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-11-49.pdf>. Acesso em 2 de setembro de 2013.

CLASSEN, David C. et al. Global Trigger Tool' Shows That Adverse Events In Hospitals May Be Ten Times Greater Than Previously Measured. **Health Aff.** v. 30, n.4, p. 4581-589; Abril 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Resolução nº 311 de 8 de fevereiro de 2007**. Disponível em: <http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007> Acesso em 30 de outubro de 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4384> Acesso em 08 de dezembro de 2014.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN/SP). Os 10 Passos para a Segurança do Paciente, 2010. **Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente**. Disponível em: http://inter.corensp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente.pdf. Acesso em 09 de setembro de 2012.

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p: 7-14. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 de agosto de 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000100002>.

DIAS, Silvana Maria Zarth; MOTTA, Maria da Graça Corso da. Práticas e saberes do cuidado de enfermagem a crianças hospitalizadas. **Ciência , Cuidado e Saúde**, v.3, n.1, p:41-54, 2004. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5515/3507>. Acesso em 26 de outubro de 2013.

DIRETRIZES BRASILEIRAS EM PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE EM PEDIATRIA - 2007. **J. bras. pneumol.**, São Paulo , v. 33, supl. 1, Apr. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132007000700002&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Dec. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132007000700002>.

DONAHUE, K. Tina; VANOSTENBERG, Paul. Joint Commission International accreditation: relationship to four models of evaluation. **International Journal for Quality in Health Care**, Illinois, v.12, n.3, p:243-246, 2000. Disponível em: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/12/3/243.short> Acesso em: 19 de setembro de 2013.

FAQUINELLO, Paula; HIGARASHI, Ieda Harumi; MARCON, Sonia Silva. O atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis , v. 16, n. 4, p: 609-616, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000400004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 de agosto de 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000400004>.

FRANCO, Maria Teresa Gomes; AKEMI, Elizabeth Nishio; D'INOCENTO, Maria. Avaliação dos registros de enfermeiros em prontuários de pacientes internados em unidade de clínica médica. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 25, n. 2, 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 de novembro de 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000200002>.

FRANÇOLIN, Lucilena et al. A qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados. *Rev. Enferm. UERJ*, v. 20, n. 1, p: 79-83, 2012. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/3981/2763> Acesso em: 10 de outubro de 2014.

GARBUTT, Jane et al. Reporting and disclosing medical errors: pediatricians' attitudes and behaviors. **Archives of Pediatric & Adolescent Medicine**, v. 161, n.2, p: 179-185, 2007. Disponível em: http://archpedi.jamanetwork.com/data/Journals/PEDS/15520/poa60086_179_185.pdf Acesso em 10 de setembro de 2013.

GOMES, Giovana Calagno; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. O cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem à criança no hospital: uma perspectiva para a sua humanização. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v.26, n.1, p: 20-30, 2005. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4537>. Acesso em: 20 de julho de 2013.

GRANZOTTO, José Aparecido et al. Fatores relacionados à internação pediátrica em hospital universitário no Sul do Brasil. **Pediatria** (São Paulo); v. 32, n 1:15-19, mar 2010.

GRIFFIN, Frances A.; RESAR, Roger K. **IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events** (Second Edition). Institute for Healthcare Improvement, 2009. Disponível em: www.IHI.org. Acesso em: 10 de maio de 2013.

HARADA, Maria de Jesus Castro Sousa. Desafios Globais para a Segurança do paciente. In: PEDREIRA, Mavilde da Luz Gonçalves; HARADA, Maria de Jesus Castro Sousa. **Enfermagem dia-a-dia: segurança do paciente**. 1ª edição. São Caetano do Sul: Yendis, 2009.

HARADA, Maria de Jesus Castro Sousa. A prevenção do erro humano. In: HARADA, Maria de Jesus Castro Sousa et al. **O Erro Humano e a Segurança do Paciente**. São Paulo: Atheneu, 2006, cap.3, p: 27-60.

HOCKENBERRY, Marilyn J.; WILSON, David. **Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. In: SANDERS, Jennifer. Cuidado Centrado na Família da Criança durante a doença e a hospitalização. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011, cap. 21, p: 675-702.

KINKERDALL, Erin S. et al. Measuring adverse events and levels of harm in pediatric inpatients with the Global Trigger Tool. **PEDIATRICS**, v.130, n.5, p: 1206-1214, 2012. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2012/10/02/peds.2012-0179.full.pdf>. Acesso em 10 de setembro de 2013.

KOHN, Linda T; CORRIGAN, Janet; DONALDSON, Molla S. **To err is human: building a safer health care system**. Washington/DC: National Academy Press, 2000.

KROKOSZ, Daniela Vianna Correa. Efeitos de alocação de pessoal e da carga de trabalho de enfermagem nos resultados da assistência em unidade de internação médico-cirúrgico. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP, 2007. Disponível em: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/tfonseca/Configura%C3%A7%C3%B5es%2>

Olocais/Dados%20de%20aplicativos/Google/Chrome/Application/39.0.2171.71/Daniella_Krokosz.pdf Acesso em 15 de novembro de 2014.

LANDRIGAN, Christopher P. et al. Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. **N Engl J Med.**; v. 363, n. 22, p. 2124–34, Nov 2010.

MACEDO, Silvia Elaine Cardozo et al. Fatores de risco para internação por doença respiratória aguda em crianças até um ano de idade. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p: 351-358, 2007. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rspv41n3/3325.pdf Acesso em: 10 de novembro de 2014.

MAGALHÃES, Emilia A. et al. Associação entre tempo de internação e evolução do estado nutricional de crianças internadas em um hospital universitário. **DEMETRIA**; v. 8, n. 2, p: 103-114, 2013. Disponível: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/5573/5139#.VlbXetLF-E4> Acesso em 08 de dezembro de 2014.

MARCK, Patrícia; CASSIANI, Silvia Helena de Bortoli. Teorizando sobre sistemas: uma tarefa ecológica para as pesquisas na área de segurança do paciente. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.5, p:750-753, 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000500021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 de agosto de 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000500021>

MATLOW, Anne G. et al. Description of the development and validation of the Canadian Paediatric Trigger Tool. **BMJ Qual Saf**, v.20,p: 416-423, 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3088437/pdf/qhc41152.pdf> Acesso em 20 de outubro de 2013.

MATSUDA, Laura Misue et al. Anotações/Registros de enfermagem : instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado. **REENF**, v.8, n.3, p: 415-421, 2009. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7080/5011> Acesso em 10 de outubro de 2013.

MENDES, Walter; TRAVASSOS, Cláudia; MARTINS, Mônica; NORONHA, José de Carvalho. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.8, n.4, p: 393-406, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n4/06.pdf> Acesso em 15 de outubro de 2013.

MENDES JÚNIOR, Walter Vieira. **Avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospital no Brasil**. / Walter Vieira Mendes Júnior. Rio de Janeiro : s.n., 2007. 112 p., il., tab. TESE DE DOUTORADO.

MEURER, John R. et al. Medical injuries among hospitalized children. **Qual Saf Health Care**, v.15, n.3, p: 202-207, 2006. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2464854/pdf/202.pdf>. Acesso em 12 de outubro de 2013.

MORAES, Priscila Santa de et al. Perfil das internações de crianças em um centro de tratamento de queimados. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]; v. 16, n. 3, p: 598-603,

jul/set 2014 Disponível em <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i3.21968>. Acesso em 09 de setembro de 2014.

NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING AND PREVENTION [NCCMERP]. 2001. Disponível em: <http://www.nccmerp.org/pdf/indexBW2001-06-12.pdf>. Acesso em 08 Dez 2014.

NASCIMENTO, Luiz Fernando C. et al . Efeitos da poluição atmosférica na saúde infantil em São José dos Campos, SP. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 40, n. 1, Feb. 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Dec. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000100013>.

NOVAES, Humberto de Moraes. O processo de acreditação dos serviços de saúde. **RAS**, v.9, n.37, p: 133-140, 2007. Disponível em: http://www.cqh.org.br/files/RAS37_%20processo.pdf. Acesso em: 10 de setembro de 2013.

O'DWYER, Gisele Oliveira; OLIVEIRA, Sergio Pacheco de; SETA, Marismary Horsth de. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 5, Dec. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500030&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Dec. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000500030>.

OCHOA-VIGO, Kattia; PACE, Ana Emilia; SANTOS, Claudia Benedita. Análise retrospectiva dos registros de enfermagem em uma unidade especializada. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 184-91, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n2/v11n2a07.pdf> Acesso em 10 de setembro de 2014.

OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de et al. Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 2, p:268-277, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Novembro de 2013.

PAIVA, Miriam Cristina Marques da Silva de; PAIVA, Sergio Alberto Rupp de; BERTI, Heloisa Wey. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v.44, n.2, p:287-294, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 de julho de 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200007>

PAPALIA, Diane E.; OLDS, Sally Wendkos; FELDMAN, Ruth Duskin. **Desenvolvimento Humano**. 8 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PEDIATRIC QUALITY INDICATORS OVERVIEW. Disponível em:

http://qualityindicators.ahrq.gov/pdi_overview.htm. Acesso em 01 de novembro de 2013.

PEDREIRA, Mavilde da Luz Gonçalves. Errar é Humano: estratégias para a busca da segurança do paciente. In: HARADA, Maria de Jesus Castro Sousa et al. **O Erro Humano e a Segurança do Paciente**. São Paulo: Atheneu, 2006, cap. 1, p:01-18.

PIMPÃO, Fernanda D. et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros: buscando a sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, v: 18, n. 3, p: 405-10, 2010. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a12.pdf> Acesso em 20 de novembro de 2014.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: avaliação das evidências para a prática da enfermagem. 7ª Edição, Porto Alegre: Artmed, 2011.

ROSA, Antonia Maria et al . Análise das internações por doenças respiratórias em Tangará da Serra - Amazônia Brasileira. **J. Bras. Pneumol.**, São Paulo, v. 34, n. 8, 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v34n8/v34n8a06.pdf> Acesso em 08 de dezembro de 2014.

REBRAENSP – **Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente**, 2008. Disponível em: <http://www.rebraensp.com.br/objetivos>. Acesso em 20 de julho de 2013.

RIBEIRO, Thatiana Silvestre Fernandes et al. Prevalência de internações em crianças de 0-2 anos em um hospital de referência, São Luis – MA, 2012. **Rev. Ciênc. Saúde**; v.14, n. 2, p. 127-132, jul-dez, 2012.

RUNCIMANN, William et al. Towards in International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **International Journal of Quality in Health Care**, Inglaterra, v.21, n.1, p: 18-26, 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2638755/> Acesso em: 20 de agosto de 2013.

SAMPAIO, Adriano Cavalcante; SILVA, Maria Rejane Ferreira da. Prontuários médicos: reflexão das relações médico-paciente. **Revista Bioética**, v.18, n.2, p: 451-468, 2010. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/576/548 Acesso em 30 de outubro de 2014.

SINGER, Sara J. O que aprendemos sobre a força das lideranças e da cultura na promoção de mudanças e melhoria da segurança do paciente. **PROQUALIS: aprimorando as práticas de saúde**, 2013. Disponível em: <http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/O%20que%20aprendemos%20sobre%20a%20for%20das%20liderancas%20e%20da%20cultura%20na%20promo%20de%20mudancas.pdf> Acesso em 20 de novembro de 2014.

SILVA, Josy Anne et al. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em unidade semi-intensiva. **Esc. Anna Nery**, v.16, n.3, p: 576-581, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n3/21.pdf>

Acesso em 08 de dezembro de 2014.

SCHATKOSKI, Aline Modelski et al. Segurança e proteção à criança hospitalizada: revisão de literatura. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.17, n.3, p:410-416, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 de agosto de 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000300020>

SCHIOLER, Thomas et al. Danish Adverse Event Study, Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical errors. **Ugeskrift Laeger**, v. 163, n. 39, p: 5370-5378, 2001. Disponível em: <http://europepmc.org/abstract/med/11590953> Acesso em 25 de novembro de 2014.

SOOP, Michael et al. The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. **Int J Qual Health Care**, v. 21, n. 4, p: 285-291, 2009. Disponível em: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/intqhc/21/4/285.full.pdf> Acesso em 20 de novembro de 2014.

SOUZA, Amaury de et al . Potenciais impactos da variabilidade climática sobre a morbidade respiratória em crianças, lactentes e adultos. **J. bras. pneumol.**, São Paulo , v. 38, n. 6, Dec. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132012000600005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Dec. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132012000600005>.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.3, p: 5-7-514, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf> Acesso em 10 de novembro de 2013.

WANNMACHER, Lenita. **Erros: evitar o evitável**. Organização Pan Americana/Ministério da Saúde, Brasília, v.2, n.7, p: 1-16, 2005. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/novo_erro_medico.pdf Acesso em: 10 de agosto de 2013.

WEGNER, Wiliam. **A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil**. 2011. 156f. Tese de Doutorado do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, Porto Alegre, RS, 2011. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/29132/000776300.pdf?sequence=1> Acesso em 10 de julho de 2013.

WEGNER, Wiliam. **Prevenção de eventos adversos na assistência de enfermagem à crianças hospitalizada**. In: Associação Brasileira de Enfermagem; GAIVA, Maria Aparecida Munhoz; RIBEIRO, Circéa Amália; RODRIGUES, Elisa da Conceição, organizadores. PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde da Criança e do Adolescente: Ciclo 8. Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2013 p: 9-56. (Sistema de Educação em Saúde Continuada a Distância, v.1).

WILSON, Denise. **Adverse Healthcare Events: Prevention – Culture of Safety**. Cinahl Information Systems – EBSCO Information Services, 2014.

WOODS, Donna et al. Adverse events and preventable adverse events in children. **PEDIATRICS**, v.115, n.1, p: 155-160, 2005. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/115/1/155.full.pdf+html>. Acesso em: 20 de julho de 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Patient Safety: Forward Programme 2008-2009**. Geneva:WHO;2008. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008.pdf. Acesso em: 10 de julho de 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **More than words: conceptual framework for the International Classification for Patient Safety**. Version 1.1. Final Technical Report, 2009. Geneva: WHO;2009. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf. Acesso em 10 de agosto de 2013.

APÊNDICES

**APÊNDICE A – FICHA DE COLETA DE IDENTIFICAÇÃO DOS RASTREADORES
DOS MÓDULOS DE CUIDADOS**

Número do Registro do Paciente:									
Data de Internação:					Data da Alta:				
RASTREADORES		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
C4	Hemocultura Positiva								
C11	Infecções causadas pelo cuidado em saúde								
C14	Qualquer procedimento								
Observações:									

Fonte: Adaptado de CANO, Fabíola Giordani. Evento adverso a medicamentos no ambiente hospitalar – Rio de Janeiro, 2011.

APÊNDICE B – FICHA DE COLETA DE DADOS DE POSSÍVEIS EVENTOS ADVERSOS

Número do Registro do paciente:					
Diagnóstico Principal:			CID-10:		
Diagnóstico Secundário:			CID-10:		
Data de Internação Hospitalar:					
Data de Internação na UIP:			Data de Alta da UIP:		
Escore de Gravidade:					
Motivo de Alta da UIP:	Alta UIP – Domicílio ()	Alta UIP – UTI ()	Alta por óbito ()	Outro:	Qual?
Rastreador Encontrado	Rastreador (data início)	Descrição e Evolução do evento adverso	Categoria do dano	Evento Adverso	
				SIM	NÃO
OBSERVAÇÃO: Quando um EA for identificado e não está relacionado a um rastreador ele deve ser anotado.					

Fonte: Adaptado de CANO, Fabíola Giordani. Evento adverso a medicamentos no ambiente hospitalar – Rio de Janeiro, 2011.

APÊNDICE D – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

TÍTULO: Notificação de Eventos Adversos

EXECUTANTE	ATIVIDADES
* Equipe Multiprofissional	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar a ocorrência de evento adverso - Categorizar o dano - Registrar no prontuário do paciente - Realizar notificação de evento adverso no SISHOS - Desenvolver ações educativas frente ao evento adverso*

* Esta ação deve ser realizada pela enfermeira da unidade membro do Time de Segurança do Paciente e/ou pela chefia médica da unidade em questão. Além disto, deve integrar todos os profissionais envolvidos na ocorrência do evento adverso.

CONCEITOS:

Evento Adverso: são injúrias causadas pelo cuidado do profissional da saúde por fatores não relacionados à doença de base, podendo prolongar a hospitalização, ou seja, um incidente que resultou em dano ao paciente. (RUNCIMANN et al., 2009).

ERRO: O erro é definido como a não realização de uma ação planejada como pretendido ou a aplicação de um plano incorreto. (RUNCIMANN, et al., 2009).

CATEGORIAS PARA IDENTIFICAÇÃO DO DANO:

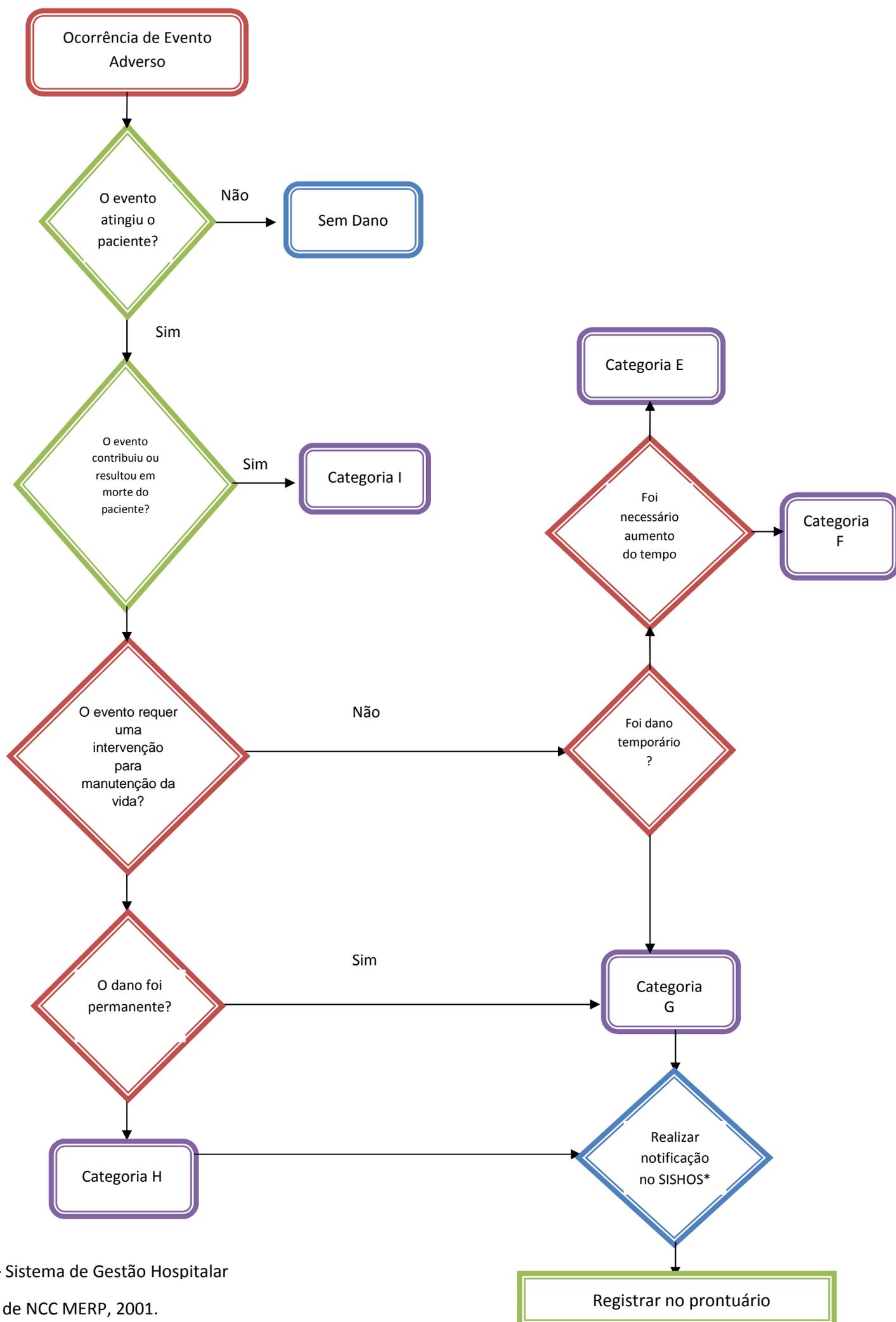
Categoria E - Dano temporário ao paciente e necessidade de intervenção;

Categoria F - Dano temporário ao paciente e necessidade de internação hospitalar ou prolongamento do tempo de internação;

Categoria G - Dano permanente ao paciente;

Categoria H - Necessidade de intervenção para manutenção da vida;

Categoria I – Óbito

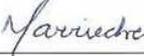


*SISHOS – Sistema de Gestão Hospitalar

Adaptado de NCC MERP, 2001.

APÊNDICE E - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE PRONTUÁRIOS E BASE DE DADOS

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE PRONTUÁRIOS E BASE DE DADOS

Título do projeto de pesquisa	O uso do Global Trigger Tool para rastrear os eventos adversos em uma Unidade de Internação Pediátrica	
Descrição sumária do projeto	O objetivo desta pesquisa é rastrear a ocorrência dos eventos adversos encontrados na Unidade de Internação Pediátrica, através da abordagem proposta pelo Institute for Healthcare Improvement (IHI). A amostra será selecionada seguindo a metodologia do Institute for Healthcare Improvement (IHI) que utiliza dados dos prontuários dos pacientes, nesta pesquisa serão utilizados os dados de prontuários dos pacientes da Unidade de Internação Pediátrica do local de pesquisa. Os prontuários serão solicitados ao Serviço de Arquivo Médico (SAME) do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Respeitando os aspectos éticos e por tratar-se de revisão de prontuários, o estudo contemplará todas as normas que preservem os nomes e outros identificadores pessoais, sendo os prontuários dos pacientes identificados apenas por números.	
Os pesquisadores do presente projeto declaram que:		
<ul style="list-style-type: none"> a) irão cumprir todos os termos das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde). b) comprometem-se a preservar a privacidade dos dados e identidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul c) concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto, sendo que só poderão ser divulgadas de forma anônima, sem qualquer identificador como data de nascimento, número de prontuário ou outro que possibilite o reconhecimento do paciente. 		
Nome completo	Assinatura	Data
Karin Viegas		10/10/2013
Mariana Ferreira Arrieche Lopez		

APÊNDICE F - TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO PARA USO, GUARDA E DIVULGAÇÃO DE DADOS E ARQUIVOS DE PESQUISA

Título do Projeto: O uso do *Global Trigger Tool* para rastrear a ocorrência de eventos adversos em uma Unidade de Internação Pediátrica.

Nome completo do solicitante/pesquisador responsável ou participante:

RG:_____ CPF:_____ Telefone:_____

Endereço:(rua,avenida,nº)_____

Bairro:_____ Cidade:_____

CEP:_____ Estado:_____ E-mail:_____

O solicitante/pesquisador responsável ou participante, retro qualificado, se declara ciente e de acordo:

- a) de todos os termos do presente instrumento, assumindo toda e qualquer responsabilidade por quaisquer condutas, ações ou omissões que importem na inobservação do presente e conseqüente violação de quaisquer das cláusulas abaixo descritas bem como por outras normas previstas em lei, aqui não especificadas, respondendo de forma ilimitada, irretratável, irrevogável e absoluta perante a fornecedora dos dados e arquivos em eventuais ações regressivas, bem como perante terceiros eventualmente prejudicados por sua não observação.
- b) de que os dados e arquivos a ele fornecidos deverão ser usados, guardados e preservados em sigilo e que eventual divulgação dos dados deverá ser feita em restrita observação aos princípios éticos de pesquisa, resguardando-se ainda aos termos da Constituição Federal de 1988, especialmente no tocante ao direito a intimidade e a privacidade dos consultados, sejam eles pacientes ou não.
- c) de que as informações constantes nos dados ou arquivos a ele disponibilizados deverão ser utilizadas apenas e tão somente para a execução e pesquisa do projeto acima descrito, sendo vedado o uso em outro projeto, seja a que título for, salvo expressa autorização em contrário do responsável devidamente habilitado do setor.
- d) de que eventuais informações a serem divulgadas, serão única e exclusivamente para fins de pesquisa científica, sendo vedado uso das informações para publicação em quaisquer meios de comunicação de massa que não guardem compromisso ou

relação científica, tais como televisão, jornais, periódicos e revistas, entre outros aqui não especificados.

e) sem prejuízo dos termos da presente, que deverão ser respeitadas as normas da Resolução 466/2012 e suas complementares na execução do projeto em epígrafe.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2013.

Assinatura

Assinatura

Nome do responsável ou participante

Nome do coordenador do Projeto Principal

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE ANUÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO SETOR OU INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA

ANEXO A - TERMO DE ANUÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO SETOR OU INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA.

Título do projeto de Pesquisa

O USO DO GLOBAL TRIGGER TOOL PARA RASTREAR OS
EVENTOS ADVERSOS EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO
PEDIÁTRICA.

Eu, JOÃO CARLOS BATISTA SANTANA, responsável pelo setor/instituição UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA, tenho ciência do protocolo/projeto de pesquisa acima citado, desenvolvido por (pesquisador responsável) MARIANA FERREIRA ARRÊCHE LOPEZ, dos objetivos e metodologia a ser utilizada, concordando com a realização da pesquisa neste local.

Data 30/09/2013

Assinatura do responsável pelo setor/instituição
Carimbo

João Carlos Santana
Pediatra
CREMERS 16165

ANEXO B - MANUAL DE INTERPRETAÇÃO DOS “GATILHOS”

Definições para coleta dos “gatilhos”, conforme indica o manual do *IHI* (GRIFFIN,RESAR, 2009).

1) Módulo de Cuidados	
Rastreador	Interpretação
C4: Hemocultura Positiva	A hemocultura positiva em qualquer momento durante a internação deve ser investigada como um indicador de um evento adverso, de uma infecção hospitalar especificamente associada. Em geral, os eventos adversos associados a este gatilho incluem infecções que são diagnosticadas 48 horas ou mais após a admissão, tais como infecções da corrente sanguínea, sepse de outras infecções do dispositivo (por exemplo: infecção trato urinário associada a cateter), ou qualquer outro tipo de infecção hospitalar associada. Pacientes com hemoculturas positivas relacionadas a outras doenças (tais como pneumonia adquirida na comunidade que evolui para sepse) não seriam considerados eventos adversos.
C11: Infecções associadas a cuidados de saúde	Qualquer infecção que ocorre após a admissão no hospital é provável que seja um evento adverso, especialmente aqueles relacionados com processos ou dispositivos. As infecções que causam a admissão no hospital devem ser revistos para determinar se eles estão relacionados a cuidados médicos (por exemplo: procedimento prévio, cateter urinário em casa ou cuidados de longa duração) versus doença que ocorre naturalmente (por exemplo: pneumonia adquirida na comunidade).
C14: Qualquer complicação relacionada a procedimentos.	Complicação resultante de um procedimento é qualquer acontecimento adverso. Frequentemente não indicam as complicações, especialmente se ocorrer horas ou dias após o procedimento.

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DA UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O uso do Global Trigger Tool para rastrear a ocorrência de eventos adversos em uma Unidade de Internação Pediátrica

Pesquisador: Mariana Arrieche

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 25473713.6.0000.5344

Instituição Proponente: Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 492.774

Data da Relatoria: 11/12/2013

Apresentação do Projeto:

O objetivo da pesquisa é rastrear a ocorrência dos eventos adversos encontrados na Unidade de Internação Pediátrica de um hospital de grande porte da capital do estado, através da abordagem proposta pelo Institute for Healthcare Improvement (IHI). Será realizada pesquisa com delineamento transversal analítico a partir de dados obtidos dos prontuários dos pacientes participantes. A amostra será selecionada seguindo a metodologia do Institute for Healthcare Improvement (IHI). Para avaliação dos eventos adversos, será utilizado o manual de interpretação dos "gatilhos" (GLOBAL TRIGGER TOOL) e os danos serão classificados seguindo as categorias de exclusão e inclusão, conforme metodologia do IHI.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos propostos estão adequados ao referencial teórico e à metodologia a ser empregada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se vislumbram riscos vinculados ao estudo e os benefícios são indiretos e relacionados com as informações obtidas, a discussão do assunto em publicação científica e o impacto sobre as ações de atenção direcionadas à população alvo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O tema abordado é de grande relevância e fundamental na qualificação da atenção à população

Endereço: Av. Unisinos, 950

Bairro: Cristo Rei

CEP: 93.022-000

UF: RS

Município: SAO LEOPOLDO

Telefone: (51)3591-1198

Fax: (51)3590-8118

E-mail: cep@unisinos.br

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



Continuação do Parecer: 492.774

alvo. O referencial teórico é consistente, bem como a justificativa. Os objetivos são apropriados e a metodologia permite que os objetivos da pesquisa sejam atingidos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

São apresentados dois termos de anuência à realização da pesquisa e coleta de dados, um termo de garantia de sigilo e um termo de compromisso de utilização de dados. Os documentos estão assinados pelos responsáveis e adequados à pesquisa que também será (ou foi) submetida ao Comitê de Ética da PUC.

Recomendações:

Revisar tipo de estudo. Será um transversal?

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado acompanha o parecer do relator.

SAO LEOPOLDO, 13 de Dezembro de 2013

Assinador por:
José Roque Junges
(Coordenador)

ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL – PUCRS

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O uso do Global Trigger Tool para rastrear a ocorrência de eventos adversos em uma Unidade de Internação Pediátrica

Pesquisador: Mariana Arrieche

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 25473713.6.0000.5344

Instituição Proponente: Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 542.949

Data da Relatoria: 20/12/2013

Apresentação do Projeto:

A temática da segurança do paciente vem sendo discutida sob diferentes abordagens e significados, entre elas, as questões que caracterizam a ocorrência de eventos adversos nos serviços de saúde. Em 1910 o médico cirurgião Ernest Codman propôs a construção de um sistema de padronização dos resultados de intervenções médicas, com o objetivo de procurar as causas dos tratamentos não efetivos. Em 1951, foi criada nos Estados Unidos a Comissão Conjunta de Acreditação de Hospitais (Joint Commission on Healthcare Accreditation Organization (JCHAO) que tem na sua missão melhorar os cuidados de saúde através da avaliação das instituições hospitalares inspirando a excelência na prestação de cuidados seguros, eficazes e de qualidade. (NOVAES, 2007). O relatório do Institute of Medicine dos Estados Unidos (EUA), intitulado *To Err is Human: building a safer health care system* publicado no final da década de 1999 disparou as discussões sobre a necessidade de repensar as práticas de cuidado em saúde. Este relatório também revelou que aproximadamente 44 a 98 milhões de pessoas morriam nos Estados Unidos devido a erros relacionados aos serviços de saúde. (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). A segurança do paciente tem sido uma preocupação mundial para minimizar os eventos que possam prejudicar o paciente durante a atenção em saúde. (WEGNER, 2011).

Endereço: Av. Ipiranga, 6690, prédio 60, sala 314
Bairro: Partenon **CEP:** 90.610-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@puccrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 605.331-0

Em meados de 1995, o Ministério da Saúde do Brasil (MS) começou a discutir o Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde. Já em 1998 foi concretizado o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar onde estão descritas as regras, normas e procedimentos para o sistema de avaliação dos serviços de saúde. Assim iniciou-se a estruturação do Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA) e em 1999 foi constituída a Organização Nacional de Acreditação (ONA) uma organização não governamental e sem fins lucrativos, que tem como objetivo promover a implantação de um processo de avaliação e certificação da qualidade dos serviços de saúde. (BRASIL, 2002). As organizações hospitalares têm buscado atender seus clientes com mais qualidade com o objetivo de reduzir custos e buscar satisfação, entre outros.

A proponente, preocupada com a temática em questão e com a necessidade de desenvolver ações pró-ativas para a segurança do paciente (ela é funcionário do Hospital São Lucas, da PUCRS), principalmente no que diz respeito à saúde da criança, adolescente e família, que necessita de estratégias voltadas para um cuidado seguro e de qualidade devido as suas particularidades e em como podemos através da utilização de ferramentas identificar os problemas mais evidentes e desenvolver ações em prol deste cenário de atuação, propõe alguns questionamentos: A cultura de segurança dentro desta instituição hospitalar deve estar instituída no serviço de saúde como algo implícito para o cuidado seguro, e não somente aparecer nos momentos em que o serviço necessita da colaboração de todos. Os profissionais de saúde compreendem o papel do sistema de notificação de eventos adversos instituído, estas notificações são realizadas por meio eletrônico possibilitando o acesso dos profissionais da instituição que quando identificar um evento adverso devem realizar a notificação, mas não utiliza nenhuma metodologia de revisão retrospectiva, rastreamento ou observação para reconhecer os eventos. Assim torna-se relevante devido a maior limitação na notificação ser a subnotificação, limitando assim a instituição num conhecimento mais amplo de seus eventos adversos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário

Rastrear a ocorrência de eventos adversos utilizando a ferramenta Global Trigger Tool proposta pelo Institute for Healthcare Improvement (IHI) em uma Unidade de Internação Pediátrica.

Objetivo Secundário

Descrever e Identificar os eventos adversos do módulo de cuidado; Classificar a ocorrência do dano do evento adverso; Categorizar os danos conforme os rastreadores identificados; Mensurar a frequência e a gravidade dos eventos adversos; Associar o tempo de internação do paciente na Unidade de Internação Pediátrica com os eventos adversos.

Endereço: Av. Ipiranga, 6690, prédio 60, sala 314
Bairro: Partenon **CEP:** 90.610-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 605.331-0

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

Não há maiores riscos para os pacientes, pois serão utilizados somente dados dos prontuários, respeitando Respeitando os princípios éticos, os profissionais envolvidos nesta pesquisa assinaram um termo de responsabilidade de utilização de dados, garantindo o anonimato e o caráter sigiloso das informações. Como medida de segurança, os instrumentos serão guardados por 5 anos, sendo evitado o extravio ou o seu manuseio, não colocando em risco o anonimato das pessoas que aderiram ao estudo.

Benefícios

Este projeto de pesquisa traz como benefícios para os pacientes e para a instituição onde será realizada a pesquisa a possibilidade de qualificar a assistência em saúde a partir do desenvolvimento de mudanças na segurança do paciente pediátrico, possibilitando um fortalecimento do tema nesta instituição.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está exaustivamente apresentado, com uma longa introdução de justificativas do contexto que antecede a proposta, a situação vivenciada, primeiro, a partir dos Estados Unidos, e, posteriormente, no Brasil. A proponente apresenta bibliografia extensa, clareza na exposição de todos os procedimentos e na base teórica e metodológica.

Fica claro, para quem leia o projeto, as vantagens que o estudo trará para toda e qualquer instituição hospital que a praticar, sobretudo porque embasada em práticas anteriormente já testadas e confirmadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de sigilo e de uso dos dados estão convenientemente formulados e apresentados

Recomendações:

O único problema detectado advém da comparação entre os documentos do projeto, em geral, no qual Mariana Arrieche é a profissional mestrande que fará a pesquisa, sob a orientação da Prof. Karin Viegas, e o documento firmado pelo Prof. Dr. Plínio Vicente Medaglia Filho, Diretor Técnico e Clínico do Hospital São Lucas. Inadvertidamente, ele menciona o Dr. João Carlos Batista como orientador do projeto, e não como responsável pelo setor de Pediatria do mesmo. Assim, cria-se uma incompatibilidade de informações em relação à folha de rosto do processo e os demais documentos, em relação a esta autorização.

Endereço: Av. Ipiranga, 6690, prédio 60, sala 314

Bairro: Partenon

CEP: 90.610-900

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3320-3345

Fax: (51)3320-3345

E-mail: cep@pucls.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 605.331-0

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Se esta inconsistência não for essencial à aprovação do projeto, não há nenhum óbice para o mesmo, inclusive quanto ao orçamento apresentado e ao cronograma examinado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PORTO ALEGRE, 12 de Abril de 2014

Assinador por:
caio coelho marques
(Coordenador)

Este parecer reemitido substitui o parecer número 605331 gerado na data 26/02/2014 23:19:58, onde o número CAAE foi alterado de 25473713.6.0000.5344 para 25473713.6.3001.5336.