

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Dárcia Lima e Silva

**OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO EM
UM HOSPITAL DE BRASÍLIA – DF**

Brasília – DF

2013

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Dárcia Lima e Silva

**OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO EM
UM HOSPITAL DE BRASÍLIA – DF**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção de Título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Tema de Pesquisa: Educação em saúde e tecnologia do cuidado em saúde

Linha de Pesquisa: Epidemiologia, saúde e educação

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Elioenai Dornelles Alves

Brasília - DF

2013

Dárcia Lima e Silva

**OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO EM
UM HOSPITAL DE BRASÍLIA – DF**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção de Título de Mestre em Ciências da
Saúde pelo Programa de Pós-graduação em
Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Aprovado em 5 de março de 2013

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Elioenai Dornelles Alves (presidente)

Professor Titular do Departamento de Enfermagem, Universidade de Brasília, DF

Prof^a. Dra. Valéria Bertonha Machado

Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem, Universidade de Brasília, DF

Prof. Dr. Tiago Araújo Coelho de Souza

Professor Adjunto do Departamento de Odontologia, Universidade de Brasília DF

Prof^a. Dra. Janeth de Oliveira Silva Naves

Professora Adjunta do Departamento de Ciências da Saúde, Universidade de
Brasília, DF

Ao meu querido pai Raimundo Nonato (in memoriam)

AGRADECIMENTOS

A Deus, que em sua infinita sabedoria, permitiu o ingresso a este conceituado nível acadêmico, porque como diz em sua palavra, *não cai uma folha de uma árvore sem o seu consentimento* e pela possibilidade de praticar o amor ao próximo.

A minha mãe, pela liberdade em desbravar o desconhecido, por renegar tanto para si em meu favor, pelo exemplo de força, pela educação, pelo prazer na leitura, por acreditar em mim sempre, meu amor incondicional.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Elioenai Dornelles Alves, pela paciência, compreensão, pelo exemplo de profissional comprometido com o setor Saúde. Meus eternos agradecimentos por me proporcionar ascender cultural e profissionalmente.

A Universidade de Brasília (UnB), pela oferta de um programa de excelente qualidade, com professores de renome e todos seus colaboradores, que direta e indiretamente contribuíram para a concretização deste sonho, em especial a Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde e a Banca Examinadora pela acolhida deste trabalho.

Ao Hospital Santa Lúcia, que para além do vínculo trabalhista, me concedeu, não somente crescimento profissional, mas pela valorosa oportunidade de desenvolvimento enquanto profissional da saúde em segurança do paciente.

As Diretorias Técnica e Executiva do Hospital Santa Lúcia, nas pessoas de Cícero Henriques Dantas Neto e Flávia Packer, respectivamente, que viabilizaram o estudo, pela oferta de acesso as informações necessárias para avaliação dos pacientes, pelas palavras de estímulo, pela amizade, minha sincera gratidão.

Aos amigos Thiago Rodrigues Amorim, Ricardo Gadelha, Yara dos Anjos, Silvério e demais que residem em Brasília, pois seriam muitos a citar, todos meus amigos do Maranhão, estado querido, terra de Gonçalves Dias e em especial, a minha amiga Viviane Peterle, pelo apoio, pelo carinho... parte desta vitória também é tua! Creia!

Oração ao Tempo

És um senhor tão bonito quanto a cara do meu filho...

Tempo tempo tempo tempo, vou te fazer um pedido...

Tempo tempo tempo tempo...

Compositor de destinos, tambor de todos os ritmos...

Tempo tempo tempo tempo, entro num acordo contigo...

Tempo tempo tempo tempo...

Por seres tão inventivo e pareceres contínuo,

Tempo tempo tempo tempo, és um dos deuses mais lindos...

Tempo tempo tempo tempo...

Que sejas ainda mais vivo no som do meu estribilho,

Tempo tempo tempo tempo: Ouve bem o que eu te digo

Tempo tempo tempo tempo...

Peço-te o prazer legítimo e o movimento preciso,

Tempo tempo tempo tempo, quando o tempo for propício...

Tempo tempo tempo tempo...

De modo que o meu espírito ganhe um brilho definido,

Tempo tempo tempo tempo, e eu espalhe benefícios...

Tempo tempo tempo tempo...

O que usaremos pra isso fica guardado em sigilo,

Tempo tempo tempo tempo, apenas contigo e comigo...

Tempo tempo tempo tempo...

E quando eu tiver saído para fora do teu círculo,

Tempo tempo tempo tempo, não serei nem terás sido...

Tempo tempo tempo tempo...

Ainda assim acredito ser possível reunirmo-nos,

Tempo tempo tempo tempo, num outro nível de vínculo (...)

(Caetano Veloso)

RESUMO

SILVA DL. **Ocorrência de Eventos Adversos em Unidades de Internação em um Hospital de Brasília (DF)**. Dissertação (Mestrado). Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2013

Eventos Adversos (EA), segundo a Classificação Internacional para Segurança do Paciente (SP), são compreendidos como danos ou lesões não intencionais ou complicações, que resultam em prolongado tempo de permanência hospitalar, incapacidades transitórias ou mortes, sendo causados pela falha no gerenciamento da atenção a saúde e seus processos. Estas injúrias podem ocorrer entre 4 a 16% os pacientes internados e na oportunidade, o objetivo do estudo é avaliar a incidência de potenciais EA (pEA) em um hospital privado de Brasília. Como método, foi realizada revisão retrospectiva dos prontuários dos pacientes internados no 1º semestre de 2012 em Unidades de Internação, Clínico- Cirúrgico, Clínico-Cardiológico, Clínico – Médico e Clínico- Oncológico. Das 4.404 internações, foi extraída amostra, segundo a proporção de pEA de 50%, incidência esperada de EA de 10% (erro absoluto máximo – 3%), com nível de significância de 5%. A amostra foi calculada utilizando a ferramenta *Statcalc* disponibilizado no Programa Estatístico Epi Info versão 3.5 (CDC, Estados Unidos). Foram avaliados 69 prontuários elegíveis (casos) para o período supracitado. O tratamento estatístico foi processado pelo *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Desses, 30 (43,47%) apresentam pelo menos um critério positivo no rastreamento de pEA, sendo predominante planejamento de alta inadequado, seguido de lesões durante a internação. Logo, é necessário atentar a problemática dos EA, estimulando práticas seguras, como a comunicação desses eventos, a fim de promover melhorias no desempenho da assistência a saúde.

Palavras- chaves: Segurança do Paciente, Efeitos Adversos, Unidades de Internação

ABSTRACT

SILVA DL. **Occurrence of Adverse Events in inpatient units in a Hospital of Brasília (DF)**. Thesis (Master). Brasilia: Faculty of Health Sciences, Graduate Program in Health Sciences, University of Brasília, 2013

Adverse Events (EA), according to the International Classification for Patient Safety (SP), are understood as damage or unintentional injuries or complications resulting in prolonged hospital stay, disability or transitional deaths being caused by a failure in management health care and its processes. These injuries can occur between 4-16% inpatients and opportunity, the goal of the study is to evaluate the potential impact of EA (pEA) in a private hospital in Brasilia. The method was performed retrospective chart review of patients admitted in the 1st half of 2012 in inpatient care units, Medical-Surgical, Clinical - Cardiac, Clinical - Medical and Clinical-Oncology. Of the 4.404 admissions, sample was extracted according to the proportion of 50% pEA, EA expected incidence of 10% (maximum absolute error - 3%), with a significance level of 5%. The sample was calculated using the tool provided in *Statcalc* statistical program Epi Info version 3.5 (CDC, USA). We evaluated 69 eligible records (cases) for the stated period. Statistical analysis was processed by the *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Of these, 30 (43.47%) have at least one positive test for the screening of PEA, being predominant inadequate discharge planning, followed by injuries during hospitalization. It is therefore necessary to consider the issue of EA, encouraging safe practices, such as the reporting of events in order to promote improvements in the performance of health care.

Keywords: Patient Safety, Adverse Effects, Inpatient Care Units

RESUMEN

SILVA DL. **Ocurrencia de Efectos Adversos en las Unidades de Internación en un hospital de Brasilia (DF)**. Tesis (Maestría). Brasilia: Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Posgrado en Ciencias de la Salud de la Universidad de Brasilia, 2013

Efectos Adversos (AE), de acuerdo con la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (SP), se entiende por daños o lesiones no intencionales o complicaciones resultantes de la estancia hospitalaria prolongada, las muertes por incapacidad transitoria o causado por un fallo en la gestión cuidado de la salud y sus procesos. Estas lesiones pueden ocurrir con los pacientes hospitalizados 16.4% y la oportunidad, el objetivo del estudio es evaluar el impacto potencial de la EA (pEA) en un hospital privado en Brasilia. El método se realizó revisión retrospectiva de los pacientes ingresados en el 1er semestre de 2012 en las unidades de internación, Médico-Quirúrgica, Clínico - Cardíaca, Clínica – Médica y Clínica - Oncología. De las 4.404 admisiones, la muestra se extrajo de acuerdo con la proporción de 50% pEA, incidencia estimada de EA en 10% (error máximo absoluto - 3%), con un nivel de significación de 5%. La muestra se calculó utilizando la herramienta proporcionada en *Statcalc* programa estadístico Epi Info versión 3,5 (CDC, EE.UU.). Se evaluaron 69 registros elegibles (los casos) por el período indicado. El análisis estadístico fue procesado por el paquete estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS). De éstos, 30 (43,47%) tienen al menos un resultado positivo para la proyección de la pEA, siendo predominante la descarga inadecuada planificación, seguido de lesiones durante la hospitalización. Por tanto, es necesario considerar la cuestión de la EA, el fomento de prácticas seguras, como el reporte de eventos con el fin de promover mejoras en el rendimiento de la atención de salud.

Palabras – claves: Seguridad del Paciente, Efectos Adversos, Unidades de Internación

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mecanismos básicos e processos que geram recorrentes formas de uma variada gama ou tipos de erros descritos por Reason	18
Figura 2 – Modelo do Queijo Suíço	19

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características demográficas dos casos internados no 1º semestre de 2012, com e sem pacientes obstétricos. Brasília, Hospital Santa Lúcia	25
Tabela 2 – Distribuição dos casos internados, por faixa etária e caráter da admissão no 1º semestre de 2012. Brasília, Hospital Santa Lúcia	26
Tabela 3 – Avaliação dos Prontuários dos casos internados no 1º semestre de 2012, segundo critérios de qualidade no registro. Brasília, Hospital Santa Lúcia	28
Tabela 4 – Proporção de potenciais Eventos Adversos (pEAs) por critério de rastreamento nos casos internados 1º semestre de 2012. Brasília, Hospital Santa Lúcia	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ANVISA** - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- AVC** - Acidente Vascular Cerebral
- CDC** - *Centers for Disease Control and Prevention*
- DF** – Distrito Federal
- EA** – Eventos Adversos
- EUA** – Estados Unidos da América
- FIOCRUZ** - Fundação Oswaldo Cruz
- FMEA** - *Failure Mode and Effects Analysis*
- IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IHI** - *Institute for Healthcare Improvement*
- IOM** – *Institute of Medicine*
- JCI** – *Joint Commission International*
- MS** - Ministério da Saúde
- NINDS** - *National Institute of Neurological Disorders and Stroke*
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- pEA** – Potencial Evento Adverso
- SAE** - Sistematização da Assistência de Enfermagem
- SP** – Segurança do Paciente
- SPSS** - *Statistical Package for the Social Sciences*
- STM** - Sistema de Triagem de Manchester
- UnB** – Universidade de Brasília
- UTI** – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	20
2.1	GERAL	20
2.2	ESPECÍFICOS	20
3	CAMINHO METODOLÓGICO.....	21
3.1	TIPO DE ESTUDO	21
3.2	CONTEXTO DO ESTUDO	21
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	21
3.3.1	CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO	22
3.3.2	DEFINIÇÃO DA AMOSTRA	22
3.4	PROCEDIMENTOS DE COLETA	23
3.5	ANÁLISE ESTATÍSTICA	23
3.6	ASPECTOS ÉTICOS	24
4	RESULTADOS	25
5	DISCUSSÃO	31
6	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	40
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
	REFERÊNCIAS	42
	ANEXO 1 – ARTIGO	48
	ANEXO 2 - FORMULÁRIO DE RASTREAMENTO (FASE 1)	57
	ANEXO 3 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	62

1 INTRODUÇÃO

A partir do final do século XIX, devido às transformações sociais, políticas e culturais, e como consequência do desenvolvimento científico, foram tomadas medidas que contribuíram para melhorar os resultados do cuidado à saúde, que, além de repercutirem na diminuição da taxa de mortalidade, influíram no aumento da expectativa de vida. Naquela época, surgiram nomes como o de Florence Nightingale, cujos estudos sobre morbidade e mortalidade na Inglaterra, foram precursores das estatísticas hospitalares, e de Ernest Codman, cirurgião americano, considerado precursor do que é hoje o processo de acreditação de serviços de saúde da *Joint Commission International* (JCI), que propôs um sistema de padronização para hospitais, visando a melhoria da qualidade dos resultados - *End result system*¹.

Em 1999, o *Institute of Medicine* (IOM) lançou o relatório denominado *Errar é humano*, que divulgou amplamente os achados relacionados com lesões causadas pelo tratamento médico-hospitalar nos Estados Unidos da América (EUA)².

Eventos Adversos (EA) são definidos como injúrias não intencionais ou complicações, que resultam em prolongado tempo de permanência hospitalar, incapacidades transitórias ou mortes, sendo causados pela falha no gerenciamento da atenção a saúde e seus processos³.

Os EAs têm estimativa de ocorrência em 4 a 16% de todos os pacientes hospitalizados, sendo que mais de metade nos cuidados cirúrgicos, dos quais acima de 50% são evitáveis⁴. Estes dados são reforçados por estudo de revisão sistemática³, onde mais da metade dos pacientes (56.3%) tiveram ou não alguma seqüela, sendo que 7.4% dos eventos foram letais. Erros relacionados a cirurgias (39.6%) e medicamentos (15.1%) foram os principais.

Dados mais recentes apontam que, o percentual de EA está em torno de 8%, sendo que 50% destes, são classificados como preveníveis e nos pacientes que evoluem a óbito, 0,5 a 2% estão relacionados a estes eventos, contudo existe uma lacuna deste conhecimento em países em desenvolvimento e/ou emergentes, que limita a compreensão deste fenômeno em nível global⁵.

Caso fôssemos calcular o número de EA para o Brasil usando a relação de 40 eventos por 100 internações, como sugere o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), e com base nos dados de 2006, que mostram um total de 11.315.681 internações pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 4 milhões de internações no setor privado, teríamos uma previsão de 6.126.272 eventos. O que equivale a dizer que são estimados quase três eventos por dia em cada hospital do Brasil. Ainda, se 1% desses eventos ocasionassem o óbito do paciente, teríamos 61.000 óbitos ao ano relacionados a eventos decorrentes de falhas nos cuidados⁶.

A fim de projetar a prevalência de EA na América Latina, foi desenvolvido projeto colaborativo entre os governos da Argentina, Colômbia, Costa Rica, México e Peru, o Ministério da Saúde, Seguridad Social e Igualdade da Espanha, a Organização Pan-Americana da Saúde e o programa de Segurança do Paciente da OMS, chamado Estudo Ibero-Americano de Eventos Adversos⁷.

Esse estudo⁷ envolveu 58 hospitais e utilizou um desenho transversal para medir a prevalência pontual de pacientes que apresentavam um evento adverso (EA) no dia da observação. Foram incluídos todos os pacientes internados no momento do estudo. De 11.379 pacientes internados, 1191 apresentaram, no mínimo um EA. A prevalência pontual estimada foi de 10,5% (IC 95%, 9,91 a 11,04). Mais de 28% dos EAs causaram incapacidade e outros 6% estiveram associados à morte do paciente. Quase 60% dos EAs foram considerados evitáveis.

Martins et al.⁸ em artigo sobre mortes hospitalares e EA no Brasil, destaca a associação entre óbitos e EA. Em geral, os estudos desta natureza focam em situações específicas como erros cirúrgicos e infecções hospitalares, como outrora mencionados.

A fim de ilustrar uma possível associação, Forster⁹ em estudo prospectivo realizado em Unidade de Terapia Intensiva, aponta que o percentual de mortalidade e tempo médio de permanência, 25% e 15 dias respectivamente, são potencializados pelos EA, e aumentando em média seis dias de permanência e o risco absoluto de morte.

Em 2004, expressando a preocupação mundial com a segurança de pacientes, foi criada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a *World Alliance*

for Patient Safety tendo como elemento central a formulação do *Global Patient Safety Challenge*, que engloba temas representativos dos principais aspectos dos riscos relacionados com a assistência à saúde, considerados relevantes para os países membros da OMS ^{10,11}.

Para avaliação da ocorrência destes EA, um grupo de estudiosos canadenses publicaram “The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada” ¹² onde foram desenvolvidas duas ferramentas de análise: uma, a fim de rastrear possíveis EA, incluso 18 critérios e outra, para confirmar o EA, ambos sendo respondidos por profissionais de saúde. Os resultados apontaram para percentual de incidência de EA de 7.5%, o que sugere 185.000 EA e 70.000 potencialmente preveníveis, num universo de 2, 5 milhões de admissões anuais.

De modo análogo ao método canadense, após validação e adaptação ¹⁰, o percentual de EA no Brasil, especificamente Rio de Janeiro, foi 7,6% (84 de 1103 pacientes), sendo 35,2% relacionados a EA cirúrgicos e destes 66.7% (56 de 84 pacientes) preveníveis ¹³.

Corroborando estes dados, em avaliação de EA cirúrgicos ¹⁴, a incidência de pacientes hospitalizados com EAs cirúrgicos foi calculada em 3,5% (38 de 1.103 pacientes) (IC 95% 2,4 - 4,4) e a proporção de pacientes submetidos à cirurgia entre os com EAs cirúrgicos 5,9% (38 em 643) (IC 95% 4,1 – 7,6). A proporção de pacientes com EAs cirúrgicos evitáveis foi 65,8% (25 de 38 pacientes) (IC 95% 50,0% a 81,6%) e cerca de 1 em 5 resultaram em incapacidade permanente ou óbito. Mais de 60% dos casos foram classificados como pouco ou nada complexo e de baixo risco de ocorrer um EA relacionado ao cuidado.

Dias et al. ¹⁵ em estudo retrospectivo no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH – SUS), a frequência obtida foi 3,6 potenciais EA por 1.000 internações para ambas as clínicas, superior na clínica médica (5,3 por 1.000) em relação à clínica cirúrgica (1,3 por 1.000). Os principais EA na clínica médica estiveram relacionados a idosos, maior tempo médio de permanência, maior taxa de mortalidade e menor custo total de internação, sendo pneumonia hospitalar, o rastreador de maior frequência.

Souza LP et al.¹⁶, conduziu análise documental dos registros da Enfermagem no Bloco Operatório, de um hospital universitário da Região Centro-Oeste (Goiás), integrante da Rede Hospitais Sentinela da ANVISA, no período de 2009 a 2010 e foram evidenciados 42 EA (1, 67%) para o volume médio de 420 cirurgias/ mês. O viés do registro afeta a qualidade do dado final, mas os autores propõem como alternativa o estímulo a notificação e aplicação do check list de Cirurgia Segura, preconizado pela OMS.

No que concerne a qualidade da informação dos prontuários, foi realizado estudo em três hospitais de ensino do Estado do Rio de Janeiro, participantes do estudo de base para a estimativa da incidência de EA¹⁷.

A avaliação de prontuários para o estudo no Rio de Janeiro¹⁷, considerou a qualidade dos registros ruim, pois os mesmos contemplavam apenas 26,9% das informações necessárias para compreensão do caso do paciente, sendo necessário repensar o modelo de formação dos profissionais de saúde.

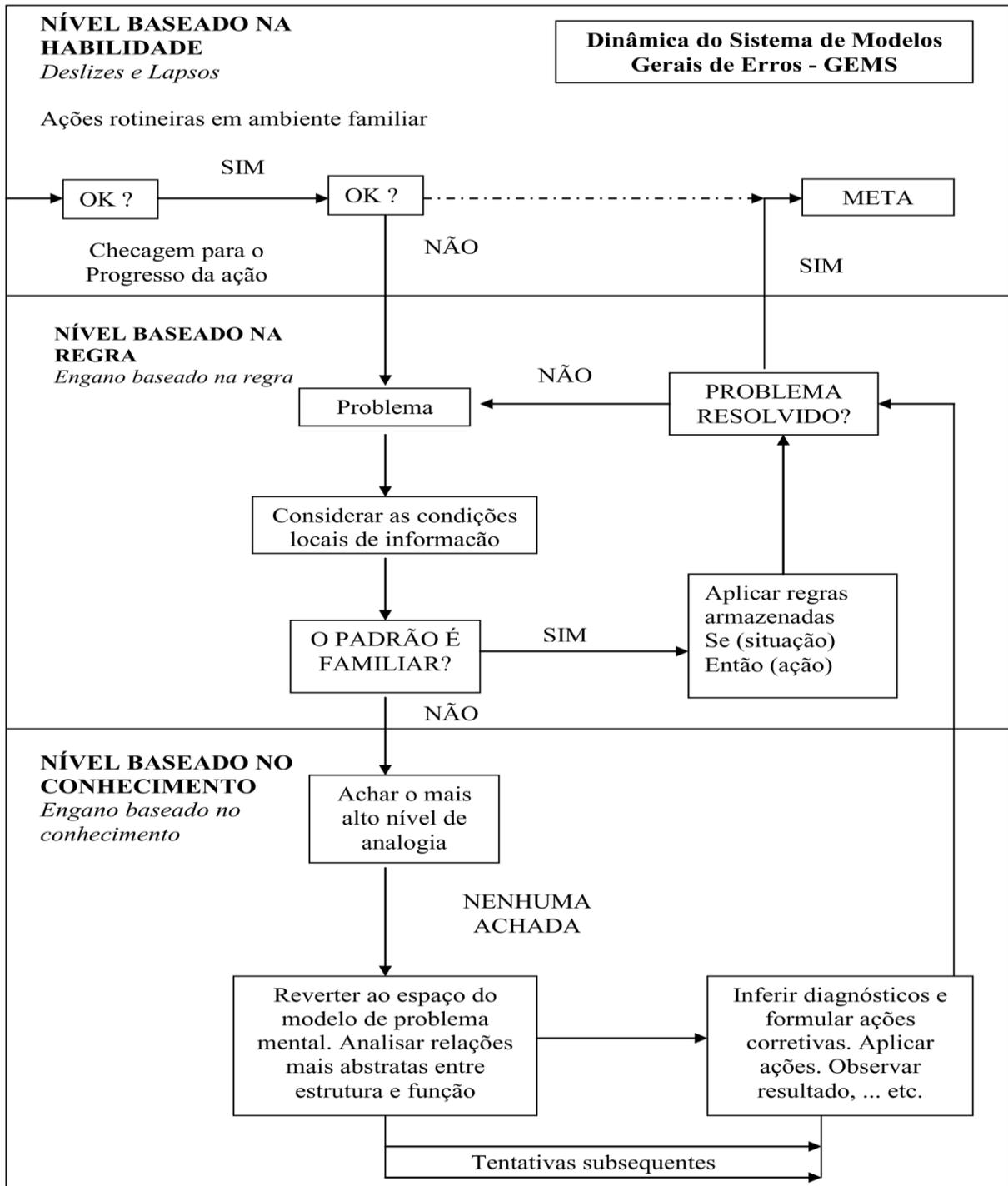
O prontuário do paciente ou registro médico é compreendido como fonte de informações sobre a terapêutica definida e em estudo anterior, de 77 hospitais universitários e de ensino, apenas 6 utilizavam algum tipo de informatização, sendo a maioria dos registros de baixa qualidade¹⁷.

O prontuário do paciente foi desenvolvido pelos profissionais de saúde para garantir que se lembrassem de forma sistemática dos fatos e eventos clínicos sobre cada indivíduo de forma que todos os demais profissionais envolvidos no processo de atenção de saúde poderiam também ter as mesma informações¹⁸. Desta forma, localmente, ou seja na instituição onde o paciente está recebendo cuidados, o prontuário representa o mais importante veículo de comunicação entre os membros da equipe de saúde responsável pelo atendimento.

Para compreensão das possíveis falhas relacionado processo saúde-doença, James Reason definiu um sistema cognitivo (Figura 1), com ações voltadas para a prevenção, contemplando barreiras para minimizar os riscos, enquanto Christophe Dejourns analisa a dinâmica do contexto laboral, compreendendo as relações de trabalho, as tarefas, os profissionais e a hierarquia, como fatores determinantes dos erros¹⁹. O cotidiano do trabalho é cheio de imprevistos e, mesmo com protocolos ou

processos bem definidos, o indivíduo necessita de criatividade para gerenciar problemas e oferecer soluções.

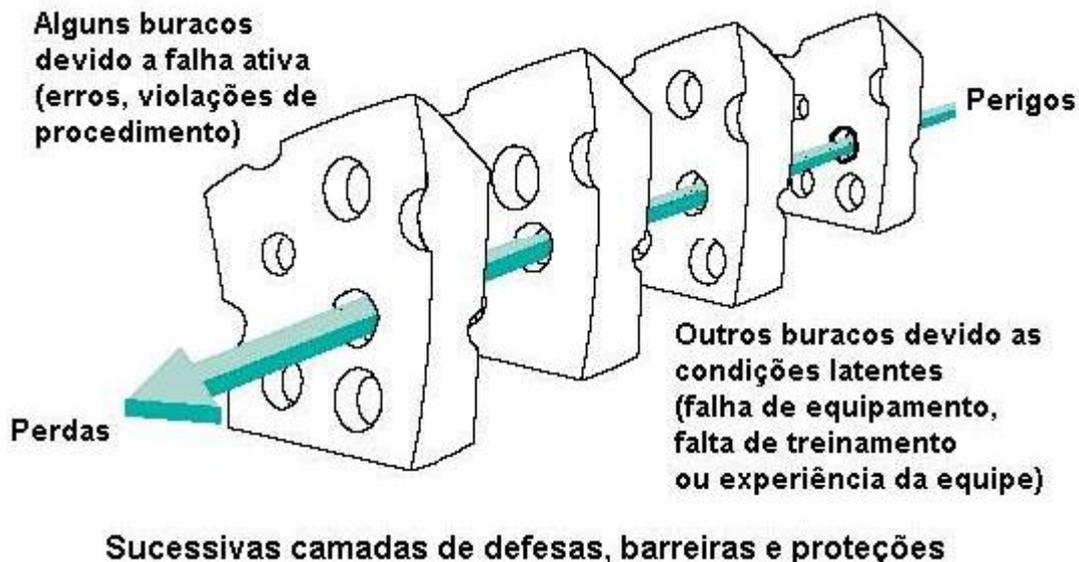
Figura 1. Mecanismos básicos e processos que geram recorrentes formas de uma variada gama ou tipos de erros descritos por Reason.



Fonte: Adaptado de Nascimento, 2010 ¹⁹

Reason²⁰ classifica os erros em ativos e latentes. Os erros ativos são atos inseguros cometidos por uma pessoa que está em direto contato com o sistema e pode assumir variadas formas – deslize e lapso com base na habilidade, enganos com base nas normas, enganos com base no conhecimento ou violações. O erro latente é um ato ou ação evitável existente dentro do sistema e surge a partir de decisões feitas por analistas, gerentes e pelo alto nível gerencial. Para elucidação desta taxonomia, a Figura 2 ilustra o “modelo do queijo suíço no sistema de acidentes”, que se adequa especialmente aos sistemas de alta tecnologia por eles terem várias camadas defensivas:

Figura 2 – Modelo do Queijo Suíço



Atualmente existem várias iniciativas para investigação de eventos e ferramentas desenvolvidas para o gerenciamento da Qualidade aos serviços de Saúde²¹, tais como FMEA (*Failure Mode and Effects Analysis*), auxilia na prevenção de erros, identificando falhas nos processos ou subprocessos de trabalho para a garantia da implementação de barreiras em tempo oportuno.

Outros modelos de análise de eventos e sua comunicação, quer seja órgãos de saúde, a citar Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Ministério da Saúde (MS), ou ainda internamente nas Instituições hospitalares devem ser estimulado, pois ainda temos parcela significativa de EA desconhecidos da comunidade científica.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Identificar a proporção de incidência de potenciais Eventos Adversos (pEA) para os casos internados no 1º semestre de 2012 em Unidades de Internação de um Hospital privado de Brasília

2.2 ESPECÍFICOS

- Descrever as características demográficas dos casos internados no 1º semestre de 2012 em Unidades de Internação de um Hospital privado de Brasília
- Especificar o caráter dos casos internados (eletivas, urgências ou emergências) no 1º semestre de 2012 em Unidades de Internação de um Hospital privado de Brasília
- Detalhar a situação dos prontuários dos casos internados, conforme critérios definidos no formulário de rastreamento (ANEXO 2)
- Aplicar os critérios de rastreamento de pEA aos casos internados

3 CAMINHO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Descritivo, coorte, baseado em revisão retrospectiva de prontuários.

O estudo de coorte parte da causa em busca dos efeitos, onde um grupo de pessoas é identificada e é coletada a informação pertinente sobre a exposição de interesse, de modo que o grupo pode ser acompanhado, no tempo, e se verifica os que desenvolveram e os que não desenvolveram o efeito em estudo e se esta exposição prévia está relacionada a ocorrência dos efeitos²².

A avaliação da ocorrência de pEA foi baseada no modelo canadense¹², adaptado, validado e aplicado por Mendes¹⁰.

3.2 CONTEXTO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Hospital Santa Lúcia, Brasília (DF). Esta instituição hospitalar é privada, possui pouco mais de 250 leitos, 12 salas cirúrgicas, realizando procedimentos de baixa, média e alta complexidade. Enquanto hospital Geral, possui serviço de Emergência, Radiologia, Hemodinâmica, Oncologia, Unidades de Terapia Intensiva Adulto e Neonatal, Unidades de Internação, distribuídas em quatro andares, apresentando uma média de mil internações/mês.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo está concentrada em pacientes adultos, acima de 18 anos, incluso casos obstétricos, internados no 1º semestre de 2012 (1º de janeiro a 31 de julho) nas quatro Unidades de Internação. Foram excluídos os pacientes menores de 18 anos e os pacientes com diagnóstico principal relacionado a doenças psiquiátricas.

3.3.1 CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO

A Unidade de Internação, que atende pacientes Clínico – Cirúrgico está localizada no 1º andar; apresenta 44 leitos, teve 1.779 internações, 1 óbito acima das 24 horas, 70,23% de ocupação, tempo médio de permanência de 2,3 dias e taxa de mortalidade de 0,04% no 1º semestre de 2012.

A Unidade de Internação, que atende pacientes Clínico – Cardiológico está localizada no 2º andar; apresenta 24 leitos, teve 544 internações, 72,85% de ocupação e tempo médio de permanência de 3,4 dias no 1º semestre de 2012. Não ocorreram óbitos nesta Unidade no período em questão.

A Unidade de Internação, que atende pacientes Clínico – Médico está localizada no 3º andar; apresenta 34 leitos, teve 1389 internações, 73,88% de ocupação e tempo médio de permanência de 2,5 dias no 1º semestre de 2012. Não ocorreram óbitos nesta Unidade no período em questão.

A Unidade de Internação, que atende pacientes Clínico – Oncológico está localizada no 4º andar; apresenta 44 leitos, teve 692 internações, 9 óbito acima das 24 horas, 65,10% de ocupação, tempo médio de permanência de 4,3 dias e taxa de mortalidade de 0,73% no 1º semestre de 2012.

3.3.2 DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

Foi selecionada uma amostra aleatória simples de prontuários dos pacientes internados nas Unidades de Internação, para a composição dos casos a serem analisados, considerando os seguintes parâmetros para o cálculo do tamanho da amostra: proporção de potencial EA de 50%; incidência esperada de EA de 10% (erro absoluto máximo – 3%), com nível de significância de 5%. Esses parâmetros foram estabelecidos com base na pesquisa canadense¹².

A amostra foi extraída das 4.404 internações, sendo calculada utilizando a ferramenta *Statcalc* disponibilizado no Programa Estatístico Epi Info versão 3.5 (CDC, EUA), onde foram selecionados 69 prontuários.

Em seguida, foram inseridos os números de atendimentos das 4.404 internações no programa SPSS® (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 18.0 e retirada a amostra de 69 prontuários, pois o programa oferece esta possibilidade, selecionados casos, quer seja por número específico ou percentual, do banco de dados total.

Após definição da amostra, os prontuários foram solicitados ao Serviço de Arquivo Médico (SAME) e disponibilizados 72 horas após. Esta instituição também apresenta prontuário informatizado, porém face o número de documentos, que ainda não estão contemplados no sistema utilizado, optou-se por análise nestas duas fontes de informação.

3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA

Após a seleção dos casos e de posse dos prontuários, duas enfermeiras revisoras realizaram a avaliação documental, segundo critérios definidos no formulário de rastreamento (ANEXO 2).

Estas enfermeiras foram treinadas e foi realizado um piloto para ajustes na interpretação dos critérios. Todas apresentam experiência em coleta de dados, uma vez que a Instituição monitora protocolos multiprofissionais e atualmente aplica outro modelo de rastreamento proposto pelo IHI, que se assemelha ao método aqui desenvolvido.

Logo, foram disponibilizados os formulários para análise, sendo aplicados e registrados manualmente, ao contrário dos demais estudos, onde esta etapa foi realizada através de software próprio (Programa Computacional Eventos Adversos²³).

3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foi realizada análise estatística descritiva, através do *Software* Estatístico SPSS® (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 18.0.

As técnicas de estatística descritiva são empregadas para resumir dados da amostra, de modo que as características do grupo de participantes sejam rapidamente captadas pelo leitor. A síntese se dá por meio de percentuais, médias, desvio-padrão e outras técnicas²².

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB, apreciado pelo parecer 102/12 (ANEXO 3).

4 RESULTADOS

Foram avaliados 69 pacientes elegíveis (casos) dentre aqueles internados nas Unidades de Internação no 1º semestre de 2012. Desses, 65 casos (94,2%) foram de pacientes não obstétricos e 4 casos (5,8%) foram de pacientes obstétricos.

Do total de casos, 44 (63,8%) foram do sexo feminino. Mesmo quando se excluíram os casos obstétricos, as mulheres predominaram – 40 (61,53%). As faixas etárias mais frequentes no total de casos foram a de 31 a 40 anos e acima de 70 anos, ambas com 14 casos cada (20,3%). Quando se excluíram os casos obstétricos, a faixa etária predominante passou a ser acima de 70 anos (21,5%). Seguem os dados na Tabela 1:

Tabela 1 – Características demográficas dos casos internados no 1º semestre de 2012, com e sem pacientes obstétricos. Brasília, Hospital Santa Lúcia

Características demográficas		Total de Casos % (n)	Casos não obstétricos % (n)
Sexo	Masculino	36,2 (25)	38,4 (25)
	Feminino	63,8 (44)	61,5 (40)
Faixa Etária	18 – 20 Anos	4,3 (3)	4,6 (3)
	21 – 30 Anos	15,9 (11)	15,3 (10)
	31 – 40 Anos	20,3 (14)	16,9 (11)
	41 – 50 Anos	11,6 (8)	12,3 (8)
	51 – 60 Anos	15,9 (11)	16,9 (11)
	61 – 70 Anos	11,6 (8)	12,3 (8)
	Acima de 70 Anos	20,3 (14)	21,5 (14)

Quanto a distribuição dos casos por faixa etária e caráter da admissão, verificou-se que 60,8% dos casos foram eletivos, compreendidos como internações programadas, sendo 12 (19,7%) entre 31 a 40 anos; 26% foram emergências, sendo 7 (26,9%) acima de 70 anos e as urgências representaram 13%, sendo 3 (23,0%) acima de 70 anos – Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos casos internados, por faixa etária e caráter da admissão no 1º semestre de 2012. Brasília, Hospital Santa Lúcia

Faixa Etária	Caráter da Admissão			Total % (n)
	Eletiva % (n)	Urgência % (n)	Emergência % (n)	
10 – 20 Anos	1,6 (1)	7,6 (1)	3,8 (1)	4,3 (3)
21 – 30 Anos	11,5 (7)	7,6 (1)	11,5 (3)	15,9 (11)
31 – 40 Anos	19,7 (12)	15,4 (2)	0,0 (0)	20,2 (14)
41 – 50 Anos	11,5 (7)	0,0 (0)	3,8 (1)	11,6 (8)
51 – 60 Anos	13,1 (8)	7,6 (1)	7,6 (2)	15,9 (11)
61 – 70 Anos	4,9 (3)	7,6 (1)	15,3 (4)	11,6 (8)
Acima de 70 Anos	6,5 (4)	23,0 (3)	26,9 (7)	20,2 (14)
Total	60,8 (42)	13,0 (9)	26,0 (18)	100,0 (69)

Quanto a análise dos prontuários no Setor de Emergência, nas 24 (34,8% do total) admissões, em 19 (79,1% das 24) destas a documentação estava adequada. Todas as admissões possuíam anotações do profissional médico, porém 17 (70,8% das 24) não estavam adequadas para encaminhamento a Internação e de modo semelhante, as informações descritas pelos profissionais de Enfermagem foram documentadas em 14 (58,3% das 24), sendo 8 (57,1% das 14) classificadas como adequadas.

Quanto ao tempo de permanência, 38 (55,1%) casos permaneceram acima de 24 horas, enquanto 31 (44,9%) tiveram alta em tempo inferior.

Quanto a identificação do paciente, definida como o registro seguro contendo pelo menos nome completo, data de nascimento e/ou número de atendimento, 68 (98,6%) dos casos apresentaram identificação, porém 63 (92,6% dos 68) não continham identificação completa em toda a documentação.

Quanto a presença do Sumário de Alta, qualificado como documento que contenha as informações necessárias ao planejamento do cuidado pós-hospitalar, para domicílio ou demais modalidades de seguimento terapêutico, constava em 61

(88,4 %), porém em sua maioria 92,8% apresentam inadequados, com ausência de planos de cuidados pós-alta hospitalar.

Quanto a anamnese e exame físico na admissão, 55 (79,7%) apresentavam esta documentação, sendo apenas 29 adequadas do total, enquanto na avaliação das evoluções da equipe médica/ multidisciplinar, estas constavam em 68 (98,6%) dos casos, porém inadequadas em 61 do total de casos.

No que concerne a Equipe de Enfermagem, a avaliação inicial no setor de Internação, por estes profissionais foi realizada em 60 (87,0%) dos casos, contudo 35 (50,7% do total) foram consideradas adequadas. Este critério contempla o Histórico de Enfermagem e inicia o processo de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

No quesito anotações de Enfermagem quanto a evolução do paciente, este foi contemplado em 100% (69) dos casos, porém 65,2% (45) não demonstram coesão entre os diagnósticos, prescrições, checagens e demais descrições dos cuidados prestados aos pacientes.

Não foram evidenciadas avaliações pelo profissional Assistente Social. Este critério é importante, pois parte dos problemas enfrentados na clínica do paciente, resultam de distúrbios de ordem comportamental e apesar de outros profissionais fazerem este papel, tal como o Psicólogo, foi julgado procedente no método validado a análise pelo primeiro profissional.

Quanto as ordens médicas e prescrições, elas estiveram em 100% dos casos, todavia apenas 52,2% (36) estavam adequadas, de modo a evidenciar o planejamento e evolução dos pacientes. As principais inadequações foram o aprazamento, dosagem e seguimento terapêutico inadequado.

Aos 55 casos cirúrgicos, 53 (96,3%) apresentavam relatório dos procedimentos cirúrgicos e todos estavam adequados, contemplando descritivo cirúrgico, boletim anestésico e avaliação de risco.

Quanto a avaliação pelo laboratório de patologia, em 48 dos 55 casos cirúrgicos, classificados como necessários envio de amostra e análise anatomopatológico, não foi possível evidenciar resultados para tomada de decisão clínica.

Quanto aos diagnósticos de imagem, importantes para definição de alguns diagnósticos, estes foram evidenciados em 32 (46,4%) dos casos e estavam adequados, isto é, contemplavam imagem, laudo e diagnóstico final.

Essas informações podem ser resumidas na Tabela 3, conforme segue abaixo:

Tabela 3 – Avaliação dos Prontuários dos casos internados no 1º semestre de 2012, segundo critérios de qualidade no registro. Brasília, Hospital Santa Lúcia

Itens Avaliados	Atende		
	Sim % (n)	Não % (n)	Não se aplica % (n)
Admissão na Emergência	34,8 (24)	0,0 (0)	65,2 (45)
Admissão na Emergência (DA)	27,5 (19)	8,7 (6)	63,8 (44)
Anotação Médica na Emergência	34,8 (24)	1,4 (1)	63,8 (44)
Anotação Médica na Emergência (DA)	24,6 (17)	11,6 (8)	63,8 (44)
Anotação de Enfermagem na Emergência	20,3 (14)	15,9 (11)	63,8 (44)
Anotação de Enfermagem na Emergência (DA)	11,6 (8)	24,6 (17)	63,8 (44)
Permanência acima de 24h	55,1 (38)	44,9 (31)	0,0 (0)
Identificação do Paciente	98,6 (68)	1,4 (1)	0,0 (0)
Identificação do Paciente (DA)	91,3 (63)	8,7 (6)	0,0 (0)
Sumário de Alta	88,4 (61)	11,5 (8)	0,0 (0)
Sumário de Alta (DA)	7,2 (5)	92,8 (64)	0,0 (0)
Anamnese e Exame Físico na Admissão	79,7 (55)	20,3 (14)	0,0 (0)
Anamnese e Exame Físico na Admissão (DA)	42,0 (29)	58,0 (40)	0,0 (0)
Evolução da Equipe Médica/Multidisciplinar	98,6 (68)	1,4 (1)	0,0 (0)
Evolução da Equipe Médica/Multidisciplinar (DA)	11,6 (8)	88,4 (61)	0,0 (0)
Avaliação Inicial da Enfermagem	87,0 (60)	13,0 (9)	0,0 (0)
Avaliação Inicial da Enfermagem (DA)	50,7 (35)	49,3 (34)	0,0 (0)
Anotação de Enfermagem sobre Evolução do Paciente	100,0 (69)	0,0 (0)	0,0 (0)
Anotação de Enfermagem sobre Evolução do Paciente (DA)	65,2 (45)	34,8 (24)	0,0 (0)
Avaliação do Assistente Social	0,0 (0)	100,0 (69)	0,0 (0)
Avaliação do Assistente Social (DA)	0,0 (0)	100,0 (69)	0,0 (0)
Ordens Médicas e Medicação	100,0 (69)	0,0 (0)	0,0 (0)
Ordens Médicas e Medicação (DA)	52,2 (36)	47,8 (33)	0,0 (0)
Relatórios de Procedimentos	76,8 (53)	2,9 (2)	20,3 (14)
Relatórios de Procedimentos (DA)	76,8 (53)	2,9 (2)	20,3 (14)
Resultados de laboratório de Patologia	2,9 (2)	66,7 (46)	30,4 (21)
Resultados de laboratório de Patologia (DA)	2,9 (2)	66,7 (46)	30,4 (21)
Diagnóstico de Imagem	46,4 (32)	53,6 (37)	0,0 (0)
Diagnóstico de Imagem (DA)	46,4 (32)	53,6 (37)	0,0 (0)

Legenda: DA – Documentação Adequada

Avaliando os pEA, 30 (43,4%) dos casos apresentaram pelo menos um critério positivo de rastreamento.

Pelo detalhamento dos pEA relacionados a reinternação, 13 (18,8% do total) tiveram internação não planejada (incluindo reinternação) como resultado de qualquer cuidado de saúde prestado durante os 12 meses anteriores à internação índice (atual) e 5 (7,2% do total) apresentaram internação não planejada em qualquer hospital durante os 12 meses subsequentes à alta da internação índice.

A respeito das ocorrências de lesão no paciente durante a internação (inclusive qualquer dano, lesão ou trauma ocorrido durante a internação índice), 15 (21,7%) casos tiveram este critério confirmado e 2 (2,9%) reações adversas a medicamentos. Outros eventos não mencionados nos principais rastreadores contemplam 13 (18,8%) dos casos.

Nos critérios de transferências, 1 (1,4%) caso foi transferido, de modo não planejado para unidade de cuidados intensivos e semi-intensivos e 1 (1,4%) caso foi transferido de outro hospital de cuidados agudos.

Outras complicações inesperadas ocorridas durante a internação em referência que não sejam um desenvolvimento normal da doença do paciente ou um resultado esperado do tratamento, parada cardiorrespiratória e óbito foram 1 (1,4%) caso para cada critério.

Quanto a alta hospitalar inapropriada/ planejamento de alta inadequado para a internação índice (exclui alta à revelia), foram rastreados 18 (26,1%) casos.

Quanto a duplicação do valor da creatinina no período de internação, foram rastreados 2 (2,9%) casos. Este é um importante sinal de alerta a deteriorização clínica dos pacientes, uma vez que ela associada a função renal.

Para visualização destas proporções, segue a Tabela 4:

Tabela 4 – Proporção de potenciais Eventos Adversos (pEAs) por critério de rastreamento nos casos internados 1º semestre de 2012. Brasília, Hospital Santa Lúcia

Crítérios de Rastreamento traduzidos e adaptados	% (n)
Internação não planejada (incluindo reinternação) como resultado de qualquer cuidado de saúde prestado durante os 12 meses anteriores à internação índice ¹	18,8 (13)
Internação não planejada em qualquer hospital durante os 12 meses subsequentes à alta da internação índice ²	7,2 (5)
Ocorrência de lesão no paciente durante a internação (inclusive qualquer dano, lesão ou trauma ocorrido durante a internação índice)	21,7 (15)
Reação adversa ao medicamento	2,9 (2)
Transferência não planejada para unidade de cuidados intensivos e semi-intensivos	1,4 (1)
Transferência não planejada de ou para outro hospital de cuidados agudos	1,4 (1)
Retorno não planejado à sala de cirurgia	0,0 (0)
Remoção, lesão ou correção não planejada de um órgão ou estrutura durante cirurgia, procedimento invasivo ou parto vaginal	0,0 (0)
Outras complicações inesperadas ocorridas durante a internação em referência que NÃO sejam um desenvolvimento normal da doença do paciente ou um resultado esperado do tratamento	1,4 (1)
Desenvolvimento de alteração neurológica ausente na admissão, mas no momento da saída da internação índice (incluem alterações neurológicas relacionados aos procedimentos, tratamentos ou investigações)	0,0 (0)
Óbito	1,4 (1)
Alta hospitalar inapropriada/ planejamento de alta inadequado para a internação índice (exclui alta à revelia)	26,1 (18)
Parada cardiorrespiratória revertida	1,4 (1)
Lesão relacionada ao aborto ou trabalho de parto e parto	0,0 (0)
Infecção/septicemia hospitalar (excluir infecções/septicemia ocorridas em menos de 72 horas após a admissão)	0,0 (0)
Insatisfação com o cuidado recebido documentada no prontuário ou evidência de queixa apresentada (incluir documentos, queixas documentadas, conflitos entre o paciente/ família e profissionais e alta à revelia)	0,0 (0)
Documentação ou correspondência indicando litígio, seja somente intenção ou ação efetiva	0,0 (0)
Partindo de uma creatinina normal na internação, houve duplicação do seu valor durante a permanência no hospital? ³	2,9 (2)
Quaisquer outros eventos indesejados não mencionados acima	18,8 (13)

¹ Critério retirado pelo painel de especialistas, no processo de adaptação

² Critério retirado pelo painel de especialistas, no processo de adaptação

³ Critério incluído pelo painel de especialistas

5 DISCUSSÃO

Pela análise das características demográficas, a faixa etária de acima de 70 figura em maior número (31 a 40 anos e acima de 70 anos, ambas com 14 casos cada (20,3%) com casos obstétricos inclusos e quando se excluíram os casos obstétricos (21,5%).

O Brasil é um dos países em desenvolvimento, onde, embora haja um crescimento da preocupação com o envelhecimento populacional, principalmente por parte do estado, na prática ainda se observa o idoso excluído dos planos de ação governamentais ²⁴.

Segundo fontes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Brasil, a população de idosos está em torno de 14.536.029. A expectativa de vida do brasileiro ao nascer em 1940 era de 39 anos. De 1960 para 1980 essa expectativa ampliou-se para 63,4 anos. De 1980 a 2000 houve um aumento para 5 anos e de 2000 para 2025, deverá haver um aumento de 3,5 anos ²⁵.

O processo de transição demográfica no Brasil caracteriza-se pela rapidez com que os aumentos absoluto e relativo das populações adulta e idosa modificaram a pirâmide populacional. Até os anos 60, todos os grupos etários registravam um crescimento quase igual; a partir daí, o grupo de idosos passou a liderar esse crescimento ²⁶.

A pessoa idosa é portadora em média de pelo menos três enfermidades crônicas e a probabilidade de internação hospitalar em decorrência de agravo à saúde é 20% maior. Em razão disto, os dilemas e conflitos éticos nessa faixa etária podem ser identificados no mais largo espectro, indo desde a discutível competência dos atos até a aproximação da morte. Incorpora-se ainda outro dilema, como a frequente incapacidade de dar o consentimento para decidir sobre a manutenção da vida ou a retirada de suporte de vida. Ou seja, a medida que a idade progride, a autonomia declina. O fato é que, nessas circunstâncias, a alocação de recursos exige uma maior atenção da sociedade quanto à sua aplicação, em detrimento de resultados nem sempre compensadores em qualidade ²⁷.

No que concerne ao perfil das internações hospitalares da população idosa brasileira (60 ou mais anos de idade), foi determinado e comparado ao da população com 20-59 anos, com ênfase nas causas que justificaram a internação²⁸. O risco de hospitalizações foi acentuadamente mais alto entre idosos para a quase totalidade das causas investigadas. As doenças do aparelho circulatório, respiratório e digestivo foram responsáveis por 60% das internações entre os idosos, enquanto que entre os mais jovens essas causas representaram 38% das hospitalizações²⁸.

As três causas mais frequentes de internações entre idosos, de ambos os sexos, foram insuficiência cardíaca, bronquite/enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas, seguidas pelas pneumonias²⁸.

Para compreensão do fluxo de atendimento, as admissões dos pacientes acima de 70 anos em sua maioria partiram do Serviço de Emergência, apesar de 60,8% dos casos serem eletivos, característica definidora das Instituições privadas, não habituadas ao atendimento de traumas e demais intervenções, típicas de um pronto-atendimento.

O Serviço de Emergência do Hospital Santa Lúcia possui sistema de classificação de risco, que pode otimizar essa assistência. É utilizado o Sistema de Triagem de Manchester (STM) para os pacientes adultos, a fim de promover a triagem, segundo sinais de deteriorização clínica.

O termo triagem vem do verbo francês *trier*, que significa tipar, escolher, separar. A triagem foi utilizada pelos militares como método de apoio à guerra. É atribuído a Jean Dominique Larrey, cirurgião do exército de Napoleão na Revolução Francesa, a concepção do método, que constituía em avaliar rapidamente e identificar os soldados feridos, separar os que exigiam atenção médica urgente e priorizar o tratamento para recuperá-los o mais rápido possível para o campo de batalha. Esse processo aperfeiçoou-se ao longo dos anos, mas sempre relacionado às guerras ou às grandes catástrofes, não sendo aplicado à população civil até a década de 60, quando se notabilizou nos Estados Unidos crescente processo de mudança da prática médica, com reflexos na procura pelos serviços de urgência. Essa situação levou à necessidade de classificar os doentes e determinar aqueles que necessitavam de cuidado imediato²⁹.

A capacidade do STM em detectar pacientes criticamente doentes que precisam de internação em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) foi investigada em um estudo³⁰ que analisou 91 doentes internados na UTI, procedentes do serviço de emergência; 67% dos pacientes foram admitidos na UTI, classificados nas categorias um e dois (vermelho e laranja); 18 pacientes foram classificados em categorias erradas pela enfermeira da triagem, seis pacientes classificados na categoria correta, mas pioraram após a chegada. Um paciente criticamente doente foi classificado como prioridade três (amarelo).

O estudo concluiu que o STM é uma ferramenta sensível para detectar pacientes que precisam de cuidados em terapia intensiva, mas falhou em detectar alguns pacientes que pioraram sua condição clínica após a chegada ao serviço de emergência³⁰.

Outro estudo³¹ avaliou a assertividade do STM aos pacientes internados na UTI em virtude de Acidente Vascular Cerebral (AVC), levando em conta as recomendações de otimização do tempo de avaliação médica para o acesso ao tratamento fibrinolítico (que deve ocorrer durante a primeira hora). Esse estudo realizado em 2006, antes da implantação das modificações da segunda edição que acrescenta o discriminador déficit neurológico recente, investigou todos os casos de AVC isquêmico internados na unidade de AVC (158 pacientes) em relação ao fluxograma e prioridade atribuídos pelo STM. A prioridade atribuída à admissão dos pacientes estudados foi vermelha 1,9%; laranja 16,3%; amarela 63,8%; verde 16,3%.

Foram triados 88% dos pacientes em quatro fluxogramas: comportamento estranho, indisposição no adulto, cefaleia e quedas. Os demais se distribuíram em mais oito fluxogramas. As especialidades médicas da primeira avaliação foram: Neurologia 63%, Medicina interna 35%, Oftalmologia 1,3%, Cirurgia geral 0,6%. A mortalidade foi de 12,3%, com tempo médio de internação de 6,7 dias e média de idade de 74,9 anos.

O estudo revela um importante resultado, que é o reduzido número de pacientes (18,1%) para os quais foi garantido o tempo-alvo recomendado pelo *National Institute of Neurological Disorders and Stroke* (NINDS).

Estes comentários são reforçados pelo risco de doenças neurológicas estão progressivamente relacionados a faixa etária.

Durante a análise situacional dos prontuários, no Setor de Emergência, todas as admissões possuíam anotações do profissional médico, porém 17 (70,8% das 24) não estavam adequadas para encaminhamento a Internação e de modo semelhante, as informações descritas pelos profissionais de Enfermagem foram documentadas em 14 (58,3% das 24), sendo 8 (57,1% das 14) classificadas como adequadas. As principais inadequações do profissional médico foram relatório médico com poucas informações sobre o quadro clínico do paciente e ausência de prescrição para seguimento terapêutico, enquanto o profissional de Enfermagem, não inicia a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

Para ilustrar a gravidade deste dado, em estudo sobre EA e óbitos por AVC em um serviço de emergência, houve um total de 1.218 EA em 295 pacientes e os procedimentos diagnósticos ou terapêuticos e as atividades de enfermagem foram responsáveis por 55,2% dos eventos. Os eventos adversos de enfermagem (38,4%) e médicos (31%) representaram as categorias profissionais relatadas com mais frequência ³².

Foi encontrada uma associação significativa com o óbito nos EA graves, EA médicos e infecções hospitalares, com o *odds ratio* ajustado estimado de 3,74 (intervalo de confiança de 95% [IC] 1,64-8,54), 3,71 (IC 95% 1,61-8,53) e 3,22 (IC 95% 1,21-8,59), respectivamente ³².

Especificamente em avaliações e anotações da Equipe de Enfermagem, pouco mais da metade dos registros estavam adequados. Esta informação compromete a continuidade da assistência e fragiliza o processo de SAE.

Esta sistematização do serviço proporciona organização no desenvolvimento do cuidado de enfermagem, desde sua base teórico-filosófico, por ser um instrumento do processo de trabalho que deve ser incorporado do ensino ao serviço de Enfermagem, através do planejamento, da organização e da execução do cuidado e do próprio gerenciamento ³³ da assistência de Enfermagem.

Quanto ao tempo de permanência, 38 (55,1%) casos permaneceram acima de 24 horas, enquanto 31 (44,9%) tiveram alta em tempo inferior. Este é um

importante indicador de desempenho hospitalar e esta associado aos EA, uma vez que quanto maior o número de EA, maior será o tempo de permanência ²³.

Ao compararmos a duração das internações com a faixa etária, verificamos que este tempo é acrescido substancialmente. Nos EUA, no ano de 1996, os adultos com 65 anos ou mais de idade representavam 13% da população. Esse grupo foi responsável por 38% das internações hospitalares e por 48% do total de dias de internações em hospitais de curta permanência. Durante esse período, ocorreram 11,7 milhões de hospitalizações entre idosos americanos ³⁴. Em outro estudo realizado no mesmo país, no ano de 1999, as taxas de hospitalizações entre idosos aumentaram com a idade, bem como com o aumento do número de condições crônicas. Os indivíduos que apresentavam uma ou mais condições crônicas (82%) eram responsáveis por 99% dos gastos com saúde ³⁵.

Quanto a identificação do paciente, a análise demonstrou que 63 dos casos, não continham identificação completa em toda a documentação, tal como nome do paciente completo, data de nascimento e nome da mãe completo, pois o hospital ainda trabalha com dois identificadores, enquanto a recomendação da OMS são no mínimo três identificadores. Este fato é preocupante, falhas no processo de identificação dos pacientes podem causar erros graves como a administração de medicamentos e cirurgias em pacientes errados.

Pensando em minimizar este dano, a OMS promove dentre suas metas Internacionais de Segurança do Paciente, a identificação correta dos pacientes, com pelo menos dois marcadores de identificação do paciente antes de administrar medicamentos, sangue ou hemoderivados; antes de coletar amostras para realização de exames e antes de realizar quaisquer tratamentos ou procedimentos.

Em estudo sobre a identificação de pacientes, dos 360 leitos da Instituição, 74,7% destes estavam ocupados, 76% destes identificados e 23,8% dos pacientes possuíam a pulseira de identificação no antebraço. Este fato agrava-se ao verificarmos que um grande número de pacientes tem sido transferidos de outras Instituições usando a pulseira de identificação e que esta tem sido retirada (20,8%) após internação na Instituição em estudo ³⁶.

Quanto as ordens médicas e prescrições, elas estiveram em 100% dos casos, todavia apenas 52,2% (36) estavam adequadas, de modo a evidenciar o planejamento e evolução dos pacientes e de maneira semelhante o Sumário de Alta, constava em 61 (88,4 %), porém em sua maioria 92,8% apresentam inadequados. Alta hospitalar inapropriada/ planejamento de alta inadequado também compõe o seguimento terapêutico do paciente.

Várias são as iniciativas para o planejamento da assistência e a adesão ao Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma proposta fomentada pelo MS para promoção do cuidado humanizado. O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas³⁷.

Em conferência na Europa ³⁸, da qual participaram pacientes, especialistas em saúde pública, oficiais de ministérios da saúde europeus e médicos, o tema de discussão foi o empoderamento do paciente, dentre eles a educação em saúde, o autocuidado em doenças crônicas e o papel da tecnologia.

O empoderamento também envolve o respeito aos direitos e à opinião dos pacientes. Os participantes defenderam um maior envolvimento dos pacientes na concepção de políticas nacionais, para fazer com que os sistemas de saúde se tornem mais adaptados aos usuários e que as informações sejam mais acessíveis³⁸.

A implementação de programas de educação em saúde e a promoção do autocuidado enfrentam grandes dificuldades práticas; dentre elas, encontrar uma maneira de atender aos grupos mais vulneráveis ³⁸.

Com relação à gestão de doenças crônicas, os palestrantes concordaram que o empoderamento é fundamental. Estima-se que doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, obesidade e doenças respiratórias crônicas causem 77% da carga de doença na Europa, medida por anos de vida ajustados por incapacidade ³⁸.

O autocuidado jamais substituirá o cuidado profissional de pacientes agudos. Ainda assim, aprendendo a cuidar de si mesmas, as pessoas com doenças crônicas terão uma maior chance de continuar integradas à sociedade e à força de trabalho³⁸.

Para os casos cirúrgicos, 53 (96,3%) apresentavam relatório dos procedimentos cirúrgicos e todos estavam adequados, contemplando descritivo cirúrgico, boletim anestésico e avaliação de risco.

A implementação do protocolo de cirurgia segura garante bons resultados nas questões de segurança do paciente e em estudo realizado em hospitais Australianos³⁹, os participantes identificaram diversas estratégias usadas para melhorar a adesão ao protocolo, iniciadas geralmente com a persuasão.

As estratégias de apoio foram situadas numa pirâmide regulatória, a começar pelas intervenções mais suaves: persuadir, engajar líderes, treinar, lembrar, relaxar os requisitos do protocolo, redesenhar os sistemas hospitalares e recompensar a adesão. Em resposta à adesão baixa e lenta, muitos líderes hospitalares passaram a uma pirâmide de sanções crescentes: dirigir, delegar, monitorar, relatar publicamente, repreender e penalizar³⁹.

Como resultado, os líderes hospitalares demonstraram trabalhar de acordo com a ideia da regulação responsiva, aplicando múltiplas medidas de apoio e sanções que melhoraram a adesão ao longo de três anos. Essas experiências com a implementação de protocolos ilustram as dificuldades multifacetadas existentes na regulação do setor de saúde e servem como lições para a introdução de futuras soluções para a segurança do paciente³⁹.

Outro grande estudo foi desenvolvido para avaliação a adesão as boas práticas descritas no protocolo de Cirurgia Segura⁴⁰.

Entre outubro de 2007 e setembro de 2008, oito hospitais em oito cidades (Toronto, Canadá; Nova Déli, Índia; Amã, Jordânia; Auckland, Nova Zelândia; Manila, Filipinas; Ifakara, Tanzânia; Londres, Inglaterra; e Seattle, EUA), representando uma variedade de circunstâncias econômicas e diversas populações de pacientes, participaram do programa Cirurgia Segura Salva Vidas, da Organização Mundial de Saúde⁴⁰.

A taxa de mortalidade era 1,5% antes da introdução da Lista de Verificação e reduziu para 0,8% ($p=0,003$) depois de sua implementação. Ocorriam complicações em 11% dos pacientes internados antes da introdução da Lista de Verificação. Após a implementação desta, tal porcentagem baixou para 7,0% ($p<0,001$)⁴⁰.

Avaliando os pEA, 30 (43,4%) dos casos apresentaram pelo menos um critério positivo de rastreamento.

Este dado concorda com Mendes²³, que dentre o total de casos do estudo em questão, 167 (43,4%) foram classificados como pEA.

Pelo detalhamento dos pEA relacionados a reinternação, na análise aqui realizada, 13 (18,8% do total) tiveram internação não planejada (incluindo reinternação) como resultado de qualquer cuidado de saúde prestado durante os 12 meses anteriores à internação índice (atual) e 5 (7,2% do total) apresentaram internação não planejada em qualquer hospital durante os 12 meses subsequentes à alta da internação índice.

As readmissões hospitalares podem ser classificadas em planejadas e eventuais. As planejadas são aquelas necessárias para a continuidade da avaliação diagnóstica ou terapêuticas. As eventuais podem ser agrupadas em potencialmente evitáveis e não evitáveis. Quanto menor o intervalo entre a primeira admissão e a readmissão, maior a possibilidade do retorno por complicação ter sido potencialmente evitável ⁴¹, embora essa hipótese também seja questionável ⁴².

A readmissão quando potencialmente evitável poderia ter sido evitada com melhor gerenciamento do quadro clínico do paciente, adequado planejamento de alta, e provisão de recursos no domicílio para atender às necessidades do paciente⁴³. As readmissões também são um reflexo da potencialidade do paciente no auto-cuidado, de seus comportamentos de saúde, incluindo as condições biopsicossociais e culturais que interferem nesse processo⁴⁴. A maioria das readmissões potencialmente evitáveis é causada por complicações de um procedimento cirúrgico e de doenças crônicas⁴⁵, que dependem da adesão do paciente ao tratamento para a estabilidade do quadro clínico.

A respeito das ocorrências de lesão no paciente durante a internação (inclusive qualquer dano, lesão ou trauma ocorrido durante a internação índice), 15 (21,7%) casos tiveram este critério confirmado e 2 (2,9%) reações adversas a medicamentos. Outros eventos não mencionados nos principais rastreadores contemplam 13 (18,8%) dos casos.

Segundo o National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP), os incidentes relacionados a drogas são classificados em reações adversas, esta logo após o uso do medicamento em doses normalmente preconizadas, EA, face ao uso ou não de medicamento que compromete a terapêutica do paciente e erros de medicações, aqui atribuídos aos profissionais de saúde e/ou pacientes, quando fora do ambiente hospitalar ⁴⁶. Parte do equívoco em relação a SP relacionada a medicamentos retoma a esses conceitos, de modo que os estudos em sua maioria, apontam para reações adversas ou erros de medicações, fato este ratificado, quando verificamos o percentual de 26,8% em

erros de dispensação ⁴⁶ ou aumento do tempo de internação frente a alguma interação medicamentosa ⁴⁷.

São apontadas como ações para reduzir os erros de medicação e posteriores EA, um sistema de prescrição eletrônica, como revisão por pares, compreendido aqui, pelo profissional médico e farmacêutico clínico, sistemas de alertas, utilização de protocolos clínicos bem e a dispensação dos medicamentos por dose unitária ⁴⁷.

No cenário investigado, existe projeto de unitarização de doses, contudo este requer um investimento considerável e deve ser implantado a médio e longo prazo, enquanto as demais iniciativas, como prescrição eletrônica e análise pelo profissional farmacêutico estão na estrutura da Instituição.

Todavia, a frequência com que os profissionais assumem a responsabilidade pelos danos é baixa nos incidentes de diferentes gravidades, porém foi significativamente mais baixa nos casos menos graves ($p < 0,001$). As barreiras consideradas mais importantes para a política de transparência é o medo, por parte dos profissionais, de reações negativas dos pacientes ou de suas famílias e a aflição em relação a processos judiciais ⁴⁸.

Para estimar os gastos com os EA, em estudo sobre a magnitude deste cenário ⁴⁹, o valor médio pago (R\$ 3.195,42) pelo atendimento aos pacientes com EA foi 200,5 % superior ao valor pago aos pacientes sem EA, enquanto o valor médio pago aos pacientes com EA evitável (R\$1.270,47) foi apenas 19,5 % superior ao valor médio pago aos pacientes sem EA. Já o observado para os pacientes com EA não evitável (R\$ 6.632,84) foi 523,8 % maior que o valor médio dos pacientes sem EA.

Para além das questões financeiras, os EA estão relacionados a óbitos, representando uma letalidade de 7,4% dos casos, onde estes eventos sejam confirmados ⁵⁰.

A análise dos óbitos pode ser empregada como ferramenta de aprendizado, uma vez que, em muitas organizações de saúde este recurso é subutilizado no apoio à governança. As reuniões podem melhorar o processo de responsabilização diante dos dados sobre mortalidade e fomentar a melhoria de qualidade sem comprometer o aprendizado profissional ⁵¹.

Em estudo sobre o aprendizado com os erros ⁵², as organizações precisam determinar em quais *quase falhas* é adequado encontrar uma "solução rápida" e em quais são necessárias ações mais abrangentes ao nível da unidade e ao nível corporativo.

6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo foi realizado com um amostra menor, que o modelo validado no Brasil ¹⁰ e não foi estimado 10% da amostra (*oversampling*), porém não houve perdas. Amostras maiores requerem mais investimentos, quer seja no capital financeiro como intelectual.

No estudo de Mendes ²³, foi utilizado Programa Computacional Eventos Adversos, que viabilizara a coleta, tabulação e análise dos dados, enquanto nesse estudo foi realizada pesquisa e tabulação manual, o que pode comprometer a qualidade das informações pelo número de variáveis a serem analisadas.

Enquanto estudo retrospectivo, existe a possibilidade de falhas na composição dos prontuários e caso fosse aplicado a fase de confirmação pelo profissional médico em outro formulário ²³, parte das informações para confirmação dos critérios seriam de difícil acesso ou compreensão.

No estudo original ²³ não foram inclusos pacientes com menos de 24 horas, enquanto nesse estudo foi incluso, haja vista o tempo médio de permanência nas Unidades de Internação é de 1 a 2 dias e poderia ter perdas significativas na análise. Porém nos casos abaixo de 24 horas também é difícil rastrear eventos, pois em geral, quando ocorre um EA isso aumenta em até 6 dias a permanência do paciente.

Existe ainda, o viés do pesquisador, uma vez que a fase de rastreamento foi realizada somente pelo profissional enfermeiro, de maneira que este olhar unilateral Enfermagem, pode favorecer os resultados desta área em detrimento aos de menor domínio pelas avaliadoras.

Não foi possível calcular a taxa de discordância entre as revisoras, porque uma delas analisou mais de 50% dos prontuários (47), enquanto a outra analisou 22 prontuários e não foi julgado relevante esta análise, face ao tamanho da amostra, porém o estudo traz o viés do pesquisador, abordado no parágrafo anterior.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta deste estudo foi contribuir na temática de Segurança do Paciente e atentar para os EA e suas dimensões no setor Saúde.

Por esta razão, são necessários esforços conjuntos para compreender o panorama dos EA no Brasil, uma vez que os estudos mais robustos são fomentados pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e não é possível extrapolar os dados desta iniciativa para cenários hospitalares distintos.

Ações para promover a cultura de segurança no cuidado a saúde, onde o clima de segurança pode ser considerado um indicador alternativo de desempenho relativo à segurança devem ser instigados pelos gestores do processo saúde-doença.

REFERÊNCIAS

1. Brauer CM. Champions of Quality in Health Care: A History of the JACHO. Connecticut: Greenwich Publishing Group Inc.; 2001
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human: building a safer health system. Washington (DC): National Academy Press; 1999.
3. Vries et al. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. Qual Saf Health Care 2008;17:216–223
4. World Health Organization. World Alliance for patient safety. The Second Global Patient Safety Challenge: Safe Surgery Saves Lives. Genebra, 2008
5. Wilson et. al. Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. BMJ 2012; 344: e832
6. Vincent C. Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul (SP): Yendis; 2009
7. Aranaz-Andrés, JM; Aibar-Remón, C; Limón-Ramírez, R ; et al. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the 'Iberoamerican study of adverse events' (IBEAS). BMJ Qual Saf doi:10.1136/bmjqs.2011.051284
8. Martins et al. Hospital deaths and adverse events in Brazil. BMC Health Services Research 2011, 11:223
9. Foster et al. The impact of adverse events in the intensive care unit on hospital mortality and length of stay. BMC Health Services Research 2008, 8:259
10. Mendes W, Travassos C, Martins M, Marques P. Adaptação dos instrumentos de avaliação de eventos adversos para uso em hospitais brasileiros. Rev Bras Epidemiol 2008; 11:55-66.
11. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety: Forward Programme. Genebra, 2005

12. Baker G et al: The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal* 2004, 170:1678-86
13. Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Int J Qual Health Care* 2009; 22: 1-6
14. Moura MLO. Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010
15. Dias, MAE et al. Rastreamento de resultados adversos nas internações do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública* 2012;46(4):719-29
16. Souza LP et al. EA: Instrumento de Avaliação do Desempenho em Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2011 jan/mar; 19(1):127-33.
17. Pavão ALB, Andrade D, Mendes W, Martins M, Travassos C. Estudo de incidência de EA hospitalares, Rio de Janeiro, Brasil: avaliação da qualidade do prontuário do paciente. *Rev. bras. epidemiol.* [serial on the Internet]. 2011 Dec [cited 2013 Jan 06] ; 14(4): 651-661. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2011000400012&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2011000400012>.
18. Slee, VN, Slee, DA, Schmidt, HJ. *The Endangered Medical Record: Ensuring Its Integrity in the Age of Informatics*. Tringa Press; 2000
19. Nascimento, N, Travassos, C. O erro médico e a violação às normas e prescrições em saúde: uma discussão teórica na área de segurança do paciente. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, 2010.
20. Reason J. *Human error*. London: Cambridge University Press, 2003, 302p
21. Caixeiro, FTO. Aplicação do método Análise dos Modos de Falha e seus Efeitos (FMEA) para a prospecção de riscos nos cuidados hospitalares no Brasil.

[dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); 2011.

22. Pereira, MG. Artigos Científicos: como redigir, publicar e avaliar. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p.61

23. Mendes W. Avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospital no Brasil. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2007

24. Brundtland GH. Second World Assembly on Ageing - Main Assembly Statement from World Organization. 2002 abr 9 [cited 2013 jan 06]. Available from: URL: http://www.who.int/directorgeneral/speeches/2002/english/20020409_ageingmainmain.html

25. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Revista Saúde Pública 1997; 31(2): 184-200

26. Cartana MHF, Heck, R.M. Contribuições da antropologia na enfermagem: refletindo sobre a doença. Texto Contexto Enfermagem 1997 set-dez; 6(3): 233-240

27. Brasil, Congresso. Lei 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF., 5 jan. 1994. Seção 1, ano 132, n.3

28. Filho AIL, Matos DL, Giatti L, Afradique ME, Peixoto SV, Lima-Costa MF. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. Epidemiol. Serv. Saúde [periódico na Internet]. 2004 Dez [citado 2013 Fev 13] ; 13(4): 229-238. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742004000400005&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742004000400005>.

29. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. História da Classificação de Risco. Belo Horizonte, MG. [Citado em 2009 abr. 12]. Disponível em: http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=8&Itemid=39.

30. Cooke MW, Jinks S. Does the Manchester triage system detect the critically ill? *J Accid Emerg Med.* 1999; 16(3):179-81.
31. Gabriel JP, Velon A, Valério C, Marcos A, Pimenta F, Vaz S. Triagem Intrahospitalar das Admissões por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Através do Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester. *Sinapse.* 2007; 7(1): 28-35
32. Daud-Gallotti R, Dutilh Novaes HM, Lorenzi MC, Eluf-Neto J, Namie Okamura M, Tadeu Velasco I. Adverse events and death in stroke patients admitted to the emergency department of a tertiary university hospital. *Eur J Emerg Med.* 2005 Apr;12(2):63-71
33. Backes DS, Schwartz E. Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem: desafios e conquistas do ponto de vista gerencial. *Rev. Ciênc. cuid. Saúde* 2005;4(2):182-8
34. Desai MM, Zhang P, Hennessy CH. Surveillance for morbidity and mortality among older adults – United States, 1995-1996. *MMWR – CDC Surveillance Summaries* 1999;48 (SS-8):7-25.
35. Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the Elderly. *Archives of Internal Medicine* 2002;162:2269-2276
36. Miasso, A. I.; Cassini, S. H. de B. Erros na administração de medicamentos: divulgação de conhecimentos e identificação do paciente como aspectos relevantes. *Rev.Esc.Enf.USP*, v. 34, n. 1, p. 16-25, mar. 2000
37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
38. OMS. Patient empowerment—who empowers whom? . *TheLancet*; 379(): 1677, 2012.
39. Healy, J. M. How hospital leaders implemented a safe surgery protocol in Australian hospitals. *Int J Qual Health Care* (2012) 24(1): 88-94 first published online December 2, 2011 doi:10.1093/intqhc/mzr078

40. Haynes, A. B. et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *N Engl J Med* 2009; 360:491-499 January 29, 2009 DOI: 10.1056/NEJMsa0810119
41. Kossovsky MP, Perneger TV, Sarasin FP, Bolla F. Comparison between planned and unplanned readmissions to a Department of Internal Medicine. *J Clin Epidemiol.* 1999; 52(2):151-6.
42. Yam CHK, Wong ELY, Chan FWK, Leung MCM, Wong FYY, Cheung AWL, Yeoh EK. Available readmission in Hong Kong-system, clinician, patient or social factor? *BMC Health Serv Res.* 2010; 10:311-20.
43. Landrum L, Weinrich S. Readmission data for outcomes measurement: identifying and strengthening the empirical base. *Qual Manag Health Care.* 2006; 15(2):83-95.
44. Kirby SE, Dennis SM, Jayasinghe, Harris MF. Patient related factors in frequent readmissions: the influence of condition, access to services and patient choice. *BMC Health Serv Res.* 2010; 10:216-18.
45. Alvarenga MRM, Mendes MMR. O perfil das readmissões de idosos num hospital geral de Marília/SP. *Rev Latinoam Enfermagem.* 2003; 11(3):305-11.
46. Anacleto Tânia Azevedo, Perini Edson, Rosa Mário Borges, César Cibele Comini. Medication errors and drug-dispensing systems in a hospital pharmacy. *Clinics [serial on the Internet].* 2005 Aug [cited 2013 Jan 06] ; 60(4): 325-332. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180759322005000400011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S180759322005000400011>.
47. Kawano Daniel Fábio, Pereira Leonardo Régis Leira, Ueta Julieta Mieko, Freitas Osvaldo de. Acidentes com os medicamentos: como minimizá-los?. *Rev. Bras. Cienc. Farm. [serial on the Internet].* 2006 Dec [cited 2013 Jan 06] ; 42(4): 487-495. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151693322006000400003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-93322006000400003>.

48. Vincent, C, Faiz, O, Pinto A. Managing the after effects of serious patient safety incidents in the NHS: an online survey study. *BMJ Qual Saf* 2012;21:12 1001-1008 Published Online First: 26 September 2012doi:10.1136/bmjqs-2012-000826
49. Porto S, Martins M, Mendes W, Travassos C. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil *Rev Port Saúde Pública*. 2010;Vol Temat(10):74-80
50. Leape LL, Berwick DM, Bates DW. What practices will most improve safety? Evidence-based medicine meets patient safety. *JAMA* 2002; 288(4):501-7
51. Higginson J, Walters R, Fulop N. *BMJ Qual Saf* (2012). doi:10.1136/bmjqs-2011-000603
52. Jeffs L, Berta W, Lingard L, Baker GR. Learning from near misses: from quick fixes to closing off the Swiss-cheese holes. *BMJ Qual Saf* 2012;21:4 287-294 Published Online First: 22 February 2012 doi:10.1136/bmjqs-2011-000256

ANEXO 1**ARTIGO****SEGURANÇA DO PACIENTE E EVENTOS ADVERSOS EM UNIDADES DE
INTERNAÇÃO****PATIENT SAFETY AND ADVERSE EFFECTS IN INPATIENT CARE UNITS****SEGURIDAD DEL PACIENTE Y EFECTOS ADVERSOS EN UNIDADES DE
INTERNACIÓN****Dárcia Lima e Silva****RESUMO**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define Segurança do Paciente (SP), como a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável. As melhores práticas assistenciais e de relações de trabalho são amparadas pelos pressupostos legais de Vigilância a Saúde e para além desta iniciativa, as metodologias de avaliações dos serviços hospitalares propostas pela Organização Nacional de Acreditação (Brasil), Accreditation Canada (Canada) e Joint Commission (Estados Unidos) ratificam a complexidade da temática. Este artigo propõe uma revisão da literatura nas bases de dados SciELO, MEDLINE e LILACS, sobre a SP correlacionada aos Eventos Adversos (EA) em Unidades de Internação, compreendidas como áreas hospitalares de cuidados não especializados, ao contrário da Terapia Intensiva ou Bloco Operatório, por exemplo. Conclui-se que os EA relacionados a medicamentos e procedimentos cirúrgicos são bem conhecidos, porém é necessário refinar os eventos próprios das Unidades de Internação, onde o tempo de permanência é reduzido, com alto giro hospitalar e promover campanhas de estímulo a notificação de EA.

Palavras- chaves: Segurança do Paciente, Efeitos Adversos, Unidades de Internação

ABSTRACT

The World Health Organization (WHO) defines Patient Safety (SP), such as reducing the risk of unnecessary harm associated with health care to an acceptable minimum. The best care practices and labor relations are governed by the legal requirements of the Health Surveillance and beyond Initiative, methodologies evaluations of hospital services proposed by the Organização Nacional de Acreditação (Brazil), Accreditation Canada (Canada) and Joint Commission (United States) ratify the complexity of the subject. This article proposes a review of the literature in the databases SciELO, MEDLINE and LILACS on SP correlated with Adverse Events (EA) in inpatient units, ranging areas as non-specialized hospital care, unlike the Operating Room or Intensive Care, for example. It's conclude that the EA-related medications and surgical procedures are well known, but it is necessary to refine the events' own inpatient units, where the residence time is reduced with high turnover and hospital campaigns promoting stimulus EA notification.

Keywords: Patient Safety, Adverse Effects, Inpatient Care Units

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Seguridad del Paciente (SP), como reducir el riesgo de daños innecesarios asociados con el cuidado de la salud a un mínimo aceptable. Las mejores prácticas de cuidado y las relaciones laborales se rigen por los requisitos legales de la vigilancia de la salud y más allá de la Iniciativa, metodologías de las evaluaciones de los servicios hospitalarios propuestos por la Organización Nacional de Acreditación (Brasil), Accreditation Canada (Canadá) y la Joint Commission (Estados Unidos) ratificar la complejidad del tema. Este artículo propone una revisión de la literatura en el bases de datos SciELO MEDLINE y LILACS en SP correlacionado con efectos adversos (EA) en las unidades de internación, desde áreas como la atención hospitalaria no especializado, a diferencia

del Centro quirúrgico o Cuidados Intensivos, por ejemplo. Concluye que los medicamentos relacionados con la EA y procedimientos quirúrgicos son bien conocidos, pero es necesario refinar los eventos propios de las Unidades de Internación, donde es menor el tiempo de residencia con alto giro hospitalar y campañas para promoción de la notificación de EA.

Palabras – claves: Seguridad del Paciente, Efectos Adversos, Unidades de Internación

INTRODUÇÃO

Eventos Adversos (EA) são definidos como injúrias não intencionais ou complicações, que resultam em prolongado tempo de permanência hospitalar, incapacidades transitórias ou mortes, sendo causados pela falha no gerenciamento da atenção a saúde e seus processos ¹.

Dados mais recentes apontam que, o percentual de EA está em torno de 8%, sendo que 50% destes, são classificados como preveníveis e nos pacientes que evoluem a óbito, 0,5 a 2% estão relacionados a estes eventos, contudo existe uma lacuna deste conhecimento em países em desenvolvimento e/ou emergentes, que limita a compreensão deste fenômeno em nível global ².

Martins et al. ³ em artigo sobre mortes hospitalares e EA no Brasil, destaca a associação entre óbitos e EA. Em geral, os estudos desta natureza focam em situações específicas como erros cirúrgicos e infecções hospitalares, como outrora mencionados.

A fim de ilustrar uma possível associação, Forster ⁴ em estudo prospectivo realizado em Unidade de Terapia Intensiva, aponta que o percentual de mortalidade e tempo médio de permanência, 25% e 15 dias respectivamente, são potencializados pelos EA, e aumentando em média seis dias de permanência e o risco absoluto de morte.

Em estudo de revisão sistemática ¹, mais da metade dos pacientes (56.3%) tiveram ou não alguma sequela, sendo que 7.4% dos eventos foram letais. Erros relacionados a cirurgias (39.6%) e medicamentos (15.1%) foram os principais.

Para avaliação da ocorrência destes EA, um grupo de estudiosos canadenses publicaram “The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada”⁵ onde foram desenvolvidas duas ferramentas de análise: uma, a fim de rastrear possíveis EA, incluso 18 critérios e outra, para confirmar o EA, ambos sendo respondidos por profissionais de saúde. Os resultados apontaram para percentual de incidência de EA de 7.5%, o que sugere 185.000 EA e 70.000 potencialmente preveníveis, num universo de 2, 5 milhões de admissões anuais.

De modo análogo ao método canadense, o percentual de EA no Brasil, especificamente Rio de Janeiro, foi 7,6% (84 de 1103 pacientes), sendo 35,2% relacionados a EA cirúrgicos e destes 66.7% (56 de 84 pacientes) preveníveis⁶.

Pelo cenário apresentado, é necessário conhecer a incidência dos EAs em hospitais para o dimensionamento do problema nos hospitais brasileiros, de modo a contribuir para a redução dos EA e melhoria dos processos assistenciais.

OBJETIVO

Descrever o percurso histórico da SP correlacionada aos EA ocorridos em Unidades de Internação.

MÉTODO

Estudo de revisão literária sobre SP correlacionada aos EA em Unidades de Internação, nos últimos dez anos, em português, inglês e espanhol nas bases de dados SciELO, MEDLINE e LILACS.

CONTEXTUALIZAÇÃO LITERÁRIA

Ao analisar a literatura em questão, inicialmente a maioria dos artigos encontrados reportam aos eventos de ordem medicamentosa ou cirúrgica.

Segundo o National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP), os incidentes relacionados a drogas são classificados em reações adversas, esta logo após o uso do medicamento em doses normalmente preconizadas, EA, face ao uso ou não de medicamento que compromete a terapêutica do paciente e erros de medicações, aqui atribuídos aos profissionais de

saúde e/ou pacientes, quando fora do ambiente hospitalar ⁷. Parte do equívoco em relação a SP relacionada a medicamentos retoma a esses conceitos, de modo que os estudos em sua maioria, apontam para reações adversas ou erros de medicações, fato este ratificado, quando verificamos o percentual de 26,8% em erros de dispensação ⁷ ou aumento do tempo de internação frente a alguma interação medicamentosa ⁸.

São apontadas como ações para reduzir os erros de medicação e posteriores EA, um sistema de prescrição eletrônica, como revisão por pares, compreendido aqui, pelo profissional médico e farmacêutico clínico, sistemas de alertas, utilização de protocolos clínicos bem e a dispensação dos medicamentos por dose unitária ⁸.

No que concerne a EA, para além dos medicamentos, o primeiro grande estudo no Brasil foi conduzido, a fim de avaliar a qualidade da informação dos prontuários de três hospitais de ensino do Estado do Rio de Janeiro, participantes do estudo de base para a estimativa da incidência de EA⁹. O prontuário do paciente ou registro médico é compreendido como fonte de informações sobre a terapêutica definida e em estudo anterior, de 77 hospitais universitários e de ensino, apenas 6 utilizavam algum tipo de informatização, sendo a maioria dos registros de baixa qualidade ⁹.

A avaliação de prontuários para o estudo no Rio de Janeiro ⁹, considerou a qualidade dos registros ruim, pois os mesmos contemplavam apenas 26,9% das informações necessárias para compreensão do caso do paciente, sendo necessário repensar o modelo de formação dos profissionais de saúde.

Mendes et al. ⁶ ratifica a incidência de pacientes com EA nos mesmos hospitais, tendo o hospital 1 apresentado a maior incidência (11,3%), seguido pelo hospital 2 (7,9%) e, por último, o hospital 3 (5,5%).

Corroborando ao crescente número de EA cirúrgicos, Souza LP et al. ¹⁰, conduziu análise documental dos registros da Enfermagem no Bloco Operatório no período de 2005 a 2009 e foram evidenciados 42 EA (1, 67%) para o volume médio de 420 cirurgias/ mês. O viés do registro afeta a qualidade do dado final, mas os autores propõem como alternativa o estímulo a notificação e aplicação do check list de Cirurgia Segura, preconizado pela OMS.

Moura ¹¹ em sua avaliação de EA cirúrgicos, estimou a incidência de pacientes hospitalizados com estes eventos em 3,5% (38 de 1.103 pacientes) (IC 95% 2,4 - 4,4) e a proporção de pacientes submetidos à cirurgia entre os com EA cirúrgicos 5,9% (38 em 643) (IC 95% 4,1 – 7,6). A proporção de pacientes com EAs cirúrgicos evitáveis foi 65,8% (25 de 38 pacientes) (IC 95% 50,0% a 81,6%) e cerca de 1 em 5 resultaram em incapacidade permanente ou óbito. Mais de 60% dos casos foram classificados como pouco ou nada complexo e de baixo risco de ocorrer um EA relacionado ao cuidado.

Dias et al. ¹² em estudo retrospectivo no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH – SUS, a frequência obtida foi 3,6 potenciais EA por 1.000 internações para ambas as clínicas, superior na clínica médica (5,3 por 1.000) em relação à clínica cirúrgica (1,3 por 1.000). Os principais EA na clínica médica estiveram relacionados a idosos, maior tempo médio de permanência, maior taxa de mortalidade e menor custo total de internação, sendo pneumonia hospitalar, o rastreador de maior frequência.

Para compreensão detalhada destes eventos, são apresentadas ferramentas de gerenciamento da Qualidade aos serviços de Saúde ¹³, tais como FMEA (Failure Mode and Effects Analysis), que auxilia na prevenção de erros, identificando falhas nos processos ou subprocessos de trabalho para a garantia da implementação de barreiras em tempo oportuno.

Nesse ínterim, várias são as contribuições no âmbito da Psicologia para a explicação dos erros, compreendido como incidente não programado ou violação, ato acidental programado. James Reason definiu um sistema cognitivo, com ações voltadas para a prevenção, contemplando barreiras para minimizar os riscos, enquanto Christophe Dejours analisa a dinâmica do contexto laboral, compreendendo as relações de trabalho, as tarefas, os profissionais e a hierarquia, como fatores determinantes dos erros ¹⁴. O cotidiano do trabalho é cheio de imprevistos e, mesmo com protocolos ou processos bem definidos, o indivíduo necessita de criatividade para gerenciar problemas e oferecer soluções.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os avanços nas questões de SP, partindo da dimensão dos EA em todo o território nacional é necessário para a tomada de decisões, que competem não somente ao gestor, mas a todos, profissionais de saúde, administrativos, pacientes, familiares, operadoras de saúde e no cenário das Unidades de Internação, seguem os desafios quanto a identificação precoce dos riscos relacionados ao processo saúde-doença para prevenção de EA posteriores.

Outra consideração importante retoma a notificação de eventos, em geral, subnotificados, pelo caráter punitivo de algumas instituições. A boa prática reforça a promoção de campanhas de incentivo a notificação, com cunho educativo e propulsor de uma cultura de segurança institucional e o emprego de ferramentas, quer seja da Administração como Psicologia e demais ciências para o entendimento dos EA.

REFERÊNCIAS

1. Vries et al. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care* 2008;17:216–223
2. Wilson et. al. Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. *BMJ* 2012; 344: e832
3. Martins et al. Hospital deaths and adverse events in Brazil. *BMC Health Services Research* 2011, 11:223
4. Foster et al. The impact of adverse events in the intensive care unit on hospital mortality and length of stay. *BMC Health Services Research* 2008, 8:259
5. Baker G et al: The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal* 2004, 170:1678-86
6. Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Int J Qual Health Care* 2009; 22: 1-6.

7. Anacleto Tânia Azevedo, Perini Edson, Rosa Mário Borges, César Cibele Comini. Medication errors and drug-dispensing systems in a hospital pharmacy. *Clinics* [serial on the Internet]. 2005 Aug [cited 2013 Jan 06] ; 60(4): 325-332. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-59322005000400011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1807-59322005000400011>.
8. Kawano Daniel Fábio, Pereira Leonardo Régis Leira, Ueta Julieta Mieko, Freitas Osvaldo de. Acidentes com os medicamentos: como minimizá-los?. *Rev. Bras. Cienc. Farm.* [serial on the Internet]. 2006 Dec [cited 2013 Jan 06] ; 42(4): 487-495. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322006000400003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-93322006000400003>.
9. Pavão Ana Luiza Braz, Andrade Daniel, Mendes Walter, Martins Mônica, Travassos Cláudia. Estudo de incidência de EA hospitalares, Rio de Janeiro, Brasil: avaliação da qualidade do prontuário do paciente. *Rev. bras. epidemiol.* [serial on the Internet]. 2011 Dec [cited 2013 Jan 06] ; 14(4): 651-661. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2011000400012&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2011000400012>.
10. Souza LP et al. EA: Instrumento de Avaliação do Desempenho em Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2011 jan/mar; 19(1):127-33.
11. Moura, M.L.O. Avaliação de EA cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); 2010.
12. Dias Monica Aguilar Estevam et al. Rastreamento de resultados adversos nas internações do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública* 2012;46(4):719-29

13. Caixeiro, Frederico Tadeu Oliveira. Aplicação do método Análise dos Modos de Falha e seus Efeitos (FMEA) para a prospecção de riscos nos cuidados hospitalares no Brasil. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); 2011.
14. Nascimento, Nadia; Travassos, Cláudia. O erro médico e a violação às normas e prescrições em saúde: uma discussão teórica na área de segurança do paciente. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, 2010.

ANEXO 2

FORMULÁRIO DE RASTREAMENTO

Inclusão no estudo *Identificação do revisor*

Hospital *Número do prontuário*

Dados demográficos do paciente

Idade: Sexo: M F

Escolaridade:

Ocupação:

Data de nascimento:

Raça/cor de pele:

Internação

Data de admissão no hospital: DD/MM/AAAA

Data da saída do hospital: DD/MM/AAAA

Idade no momento da internação:

Caráter da admissão: Eletiva Urgência Emergência

Situação do prontuário

Na internação índice o paciente foi admitido pelo setor de emergência deste ou de outro hospital?: Sim Não

Se 'Sim' – Documentação Adequada: Não Sim

1. A evidência da admissão do paciente no setor de emergência foi obtida através de anotações médicas?

Sim Não

Se 'Sim' – Documentação Adequada: Não Sim

2. A evidência da admissão do paciente no setor de emergência foi obtida através de anotações da enfermagem?

Sim Não

Se 'Sim' – Documentação Adequada: Não Sim

O paciente permaneceu mais de 24 horas no hospital? Sim Não

3. Identificação do paciente: Sim Não

Se sim – Documentação Adequada: Não Sim

4. Sumário de alta: Não Sim

Se 'Sim' – Documentação Adequada: Não Sim

5. Anamnese e exame físico na admissão: Não Sim

Se 'Sim' – Documentação Adequada: Não Sim

6. Apontamentos de evolução médica /multidisciplinar sobre a evolução do paciente: Não Sim

Se 'Sim' – Documentação Adequada: Não Sim

7. Avaliação inicial da enfermagem: Não Sim

Se 'Sim' – Documentação Adequada: Não Sim

8. Anotações da enfermagem sobre a evolução do paciente Não Sim

Se 'Sim' – Documentação Adequada: Não Sim

9. Avaliação do paciente pelo assistente social: Não Sim NA

Se 'Sim' – Documentação Adequada: Não Sim

10. Ordens médicas e medicação: Não Sim

Se 'Sim' – Documentação Adequada: Não Sim

11. Relatórios de procedimentos (ex. cirúrgicos): Não Sim NA

Se 'Sim' – Documentação Adequada: Não Sim

12. Resultados de laboratórios de patologia: Não Sim NA

Se 'Sim' – Documentação Adequada: Não Sim

13. Diagnóstico de imagem Não Sim NA

Se 'Sim' – Documentação Adequada: Não Sim

Critérios de rastreamento de potenciais eventos adversos

<p>1. Internação não planejada (incluindo reinternação) como resultado de qualquer cuidado de saúde prestado durante 1 ano anterior à internação índice: _ Não _ Sim Evidenciado em: _ História e exame físico na admissão _ Pareceres de especialistas _ Diagnóstico de imagem _ Sumário de alta _ Ordens médicas? _ Boletim de emergência _ Resultados de laboratório _ Medicação _ Apontamentos de evolução de enfermeiros _ Outro hospital _ Apontamentos do cuidado ambulatorial _ Relatos de procedimentos _ Apontamentos de evolução</p>	<p>Se sim Data do início dos sintomas na reinternação: Data da internação anterior: Internação anterior - Diagnóstico de saída (principal): <hr/> Internação anterior – Tratamento/procedimento: Motivo da reinternação:</p>
<p>2. Internação não planejada em qualquer hospital durante 1 ano subsequente à alta da internação índice: _ Não _ Sim Evidenciado em: _ História e exame físico na admissão _ Pareceres de especialistas _ Diagnóstico de imagem _ Sumário de alta _ Ordens médicas? _ Boletim de emergência _ Resultados de laboratório _ Medicação _ Apontamentos de evolução de enfermeiros _ Outro hospital _ Apontamentos do cuidado ambulatorial _ Relatos de procedimentos _ Apontamentos de evolução</p>	<p>Se sim Diagnóstico de saída da internação índice: Data da reinternação: Motivo da reinternação: Diagnóstico/resultado de saída da reinternação:</p>
<p>3. Ocorrência de lesão ou dano no paciente durante a internação (inclusive qualquer dano, lesão ou trauma ocorridos durante a internação índice): _ Não _ Sim Evidenciado em: _ História e exame físico na admissão _ Pareceres de especialistas _ Diagnóstico de imagem _ Sumário de alta _ Ordens médicas? _ Boletim de emergência _ Resultados de laboratório _ Medicação _ Apontamentos de evolução de enfermeiros _ Outro hospital _ Apontamentos do cuidado ambulatorial _ Relatos de procedimentos _ Apontamentos de evolução</p>	<p>Se sim Data do dano, lesão ou trauma: Descrição do dano, lesão ou trauma, seu tratamento e resultado.</p>
<p>4. Reação adversa ao medicamento _ Não _ Sim Evidenciado em: _ História e exame físico na admissão _ Pareceres de especialistas _ Diagnóstico de imagem _ Sumário de alta _ Ordens médicas? _ Boletim de emergência _ Resultados de laboratório _ Medicação _ Apontamentos de evolução de enfermeiros _ Outro hospital _ Apontamentos do cuidado ambulatorial _ Relatos de procedimentos _ Apontamentos de evolução</p>	<p>Se sim Medicação administrada Momento da administração <input type="checkbox"/> Antes da internação índice. <input type="checkbox"/> Durante a internação índice. Data da reação ao medicamento: Descrição da reação ao medicamento, seu tratamento e resultado.</p>
<p>5. Transferência não planejada para unidade de cuidados intensivos ou semi-intensivo: _ Não _ Sim Evidenciado em: _ História e exame físico na admissão _ Pareceres de especialistas _ Diagnóstico de imagem _ Sumário de alta _ Ordens médicas? _ Boletim de emergência _ Resultados de laboratório _ Medicação _ Apontamentos de evolução de enfermeiros _ Outro hospital _ Apontamentos do cuidado ambulatorial _ Relatos de procedimentos _ Apontamentos de</p>	<p>Se sim Data da transferência: Razão da transferência e o resultado do cuidado na unidade de cuidados:</p>

<p>evolução</p> <p>6. Transferência não planejada de ou para outro hospital de cuidados agudos, (excluindo as transferências para exames, procedimentos, ou cuidados especializados não disponíveis no hospital de origem): _ Não _ Sim</p> <p>Evidenciado em: _ Historia e exame físico na admissão _ Pareceres de especialistas _ Diagnóstico de imagem _ Sumário de alta _ Ordens médicas? _ Boletim de emergência _ Resultados de laboratório _ Medicação _ Apontamentos de evolução de enfermeiros _ Outro hospital _ Apontamentos do cuidado ambulatorial _ Relatos de procedimentos _ Apontamentos de evolução</p>	<p>Se sim Diagnóstico da saída do hospital de origem: Data da transferência: Motivo da transferência: Hospital em referência recebeu ou transferiu o paciente: _ Recebeu _ Transferiu Nome do outro hospital:</p>
<p>7. Retorno não planejado à sala de cirurgia: _ Não _ Sim</p> <p>Evidenciado em: _ Historia e exame físico na admissão _ Pareceres de especialistas _ Diagnóstico de imagem _ Sumário de alta _ Ordens médicas? _ Boletim de emergência _ Resultados de laboratório _ Medicação _ Apontamentos de evolução de enfermeiros _ Outro hospital _ Apontamentos do cuidado ambulatorial _ Relatos de procedimentos _ Apontamentos de evolução</p>	<p>Se sim Data da cirurgia inicial: Data do retorno à sala de cirurgia: Motivo e causa do retorno à sala cirúrgica:</p>
<p>8. Remoção, lesão ou correção não planejada de um órgão ou estrutura durante cirurgia, procedimento invasivo ou parto vaginal: _ Não _ Sim</p> <p>Evidenciado em: _ Historia e exame físico na admissão _ Pareceres de especialistas _ Diagnóstico de imagem _ Sumário de alta _ Ordens médicas? _ Boletim de emergência _ Resultados de laboratório _ Medicação _ Apontamentos de evolução de enfermeiros _ Outro hospital _ Apontamentos do cuidado ambulatorial _ Relatos de procedimentos _ Apontamentos de evolução</p>	<p>Se sim Data do procedimento: Nome do procedimento realizado: Natureza da lesão ou dano:</p>
<p>9. Outras complicações inesperadas ocorridas durante a internação em referência que NÃO sejam um desenvolvimento normal da doença do paciente ou um resultado esperado do tratamento: _ Não _ Sim</p> <p>Evidenciado em: _ Historia e exame físico na admissão _ Pareceres de especialistas _ Diagnóstico de imagem _ Sumário de alta _ Ordens médicas? _ Boletim de emergência _ Resultados de laboratório _ Medicação _ Apontamentos de evolução de enfermeiros _ Outro hospital _ Apontamentos do cuidado ambulatorial _ Relatos de procedimentos _ Apontamentos de evolução</p>	<p>Se sim Data da complicação: Natureza da complicação:</p>
<p>10. Desenvolvimento de alteração neurológica ausente na admissão, mas presente no momento da saída da internação índice (inclui alterações neurológicas relacionadas aos procedimentos, tratamentos ou investigações): _ Não _ Sim</p> <p>Evidenciado em: _ Historia e exame físico na admissão _ Pareceres de especialistas _ Diagnóstico de imagem _ Sumário de alta _ Ordens médicas? _ Boletim de emergência _ Resultados de laboratório _ Medicação _ Apontamentos de evolução de enfermeiros _ Outro hospital _ Apontamentos do cuidado ambulatorial _ Relatos de procedimentos _ Apontamentos de evolução</p>	<p>Se sim Data de detecção da nova alteração: Natureza do dano e sua consequência:</p>
<p>11. Óbito _ Não _ Sim</p> <p>Evidenciado em: _ Historia e exame físico na admissão _ Pareceres de especialistas _ Diagnóstico de imagem _ Sumário de alta _ Ordens médicas? _ Boletim de emergência _ Resultados de laboratório _ Medicação _ Apontamentos de evolução de enfermeiros _ Outro hospital _ Apontamentos do cuidado ambulatorial _ Relatos de procedimentos _ Apontamentos de evolução</p>	<p>Se sim Data do óbito: Óbito _ esperado _ inesperado _ indeterminado _ sem informação Descreva as circunstâncias relacionadas ao óbito:</p>
<p>12. Alta hospitalar inapropriada / planejamento de alta inadequado para a internação índice (exclui alta à revelia) _ Não _ Sim</p> <p>Evidenciado em: _ Historia e exame físico na admissão _ Pareceres de especialistas _ Diagnóstico de imagem _ Sumário de alta _ Ordens médicas? _ Boletim de emergência _ Resultados de laboratório _ Medicação _ Apontamentos de evolução de</p>	<p>Se sim Data de alta programada (se disponível): Descreva as circunstâncias relacionadas à alta inadequada:</p>

enfermeiros _ Outro hospital _ Apontamentos do cuidado ambulatorial _ Relatos de procedimentos _ Apontamentos de evolução	
13. Parada cardio-respiratória revertida: _ Não _ Sim Evidenciado em: _ História e exame físico na admissão _ Pareceres de especialistas _ Diagnóstico de imagem _ Sumário de alta _ Ordens médicas? _ Boletim de emergência _ Resultados de laboratório _ Medicação _ Apontamentos de evolução de enfermeiros _ Outro hospital _ Apontamentos do cuidado ambulatorial _ Relatos de procedimentos _ Apontamentos de evolução	Se sim Data da parada: Parada _ revertida _ não revertida _ sem informação Descrever os resultados da parada:
14. Lesão relacionada ao aborto ou trabalho de parto _ Não _ Sim Evidenciado em: _ História e exame físico na admissão _ Pareceres de especialistas _ Diagnóstico de imagem _ Sumário de alta _ Ordens médicas? _ Boletim de emergência _ Resultados de laboratório _ Medicação _ Apontamentos de evolução de enfermeiros _ Outro hospital _ Apontamentos do cuidado ambulatorial _ Relatos de procedimentos _ Apontamentos de evolução	Se sim Data da lesão: Natureza e resultado da lesão ou dano:
15. Infecção/septicemia hospitalar (excluir infecções/septicemia ocorridas em menos de 72 horas após a admissão): _ Não _ Sim Evidenciado em: _ História e exame físico na admissão _ Pareceres de especialistas _ Diagnóstico de imagem _ Sumário de alta _ Ordens médicas? _ Boletim de emergência _ Resultados de laboratório _ Medicação _ Apontamentos de evolução de enfermeiros _ Outro hospital _ Apontamentos do cuidado ambulatorial _ Relatos de procedimentos _ Apontamentos de evolução	Se sim Data da infecção: Natureza da infecção, seu tratamento e resultado do tratamento.
16. Insatisfação com o cuidado recebido documentada no prontuário ou evidência de queixa apresentada (incluir documentos, queixa documentadas, conflitos entre o paciente/família e profissionais e alta à revelia): _ Não _ Sim Evidenciado em: _ História e exame físico na admissão _ Pareceres de especialistas _ Diagnóstico de imagem _ Sumário de alta _ Ordens médicas? _ Boletim de emergência _ Resultados de laboratório _ Medicação _ Apontamentos de evolução de enfermeiros _ Outro hospital _ Apontamentos do cuidado ambulatorial _ Relatos de procedimentos _ Apontamentos de evolução	Se sim Data do primeiro registro da insatisfação: Declarada por: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Familiares Natureza/causa da insatisfação:
17. Documentação ou correspondência indicando litígio, seja somente intenção ou ação efetiva: _ Não _ Sim Evidenciado em: _ História e exame físico na admissão _ Pareceres de especialistas _ Diagnóstico de imagem _ Sumário de alta _ Ordens médicas? _ Boletim de emergência _ Resultados de laboratório _ Medicação _ Apontamentos de evolução de enfermeiros _ Outro hospital _ Apontamentos do cuidado ambulatorial _ Relatos de procedimentos _ Apontamentos de evolução	Se sim Data da documentação: Tipo de lesão ou dano:
18. Partindo de uma creatinina normal na internação, houve duplicação do seu valor durante a permanência no hospital? _ Não _ Sim Evidenciado em: _ História e exame físico na admissão _ Pareceres de especialistas _ Diagnóstico de imagem _ Sumário de alta _ Ordens médicas? _ Boletim de emergência _ Resultados de laboratório _ Medicação _ Apontamentos de evolução de enfermeiros _ Outro hospital _ Apontamentos do cuidado ambulatorial _ Relatos de procedimentos _ Apontamentos de evolução	Se sim Data e primeiro resultado do nível de creatinina: Data e resultado do maior nível de creatinina: Data e resultado do último nível de creatinina: Conduta clínica frente ao achado:
19. Quaisquer outros eventos indesejados não mencionados acima: _ Não _ Sim Evidenciado em: _ História e exame físico na admissão _ Pareceres de especialistas _ Diagnóstico de imagem _ Sumário de alta _ Ordens médicas? _ Boletim de emergência _ Resultados de laboratório _ Medicação _ Apontamentos de evolução de	Se sim Data do evento: Natureza e resultado do evento:

enfermeiros _ Outro hospital _ Apontamentos do cuidado ambulatorial _ Relatos de procedimentos _ Apontamentos de evolução	
---	--

Determinação de potencial Evento Adverso (pEA):

_ Sim _ Não

Cálculo Automático – Se ‘Sim’ “para > 1 fator desencadeador potencial acima

Definição:

O paciente sofreu uma lesão ou dano não intencional que tenha resultado em incapacidade ou disfunção temporária ou permanente e/ou internação prolongada em consequência do cuidado prestado?

Há registro de incidente no prontuário? Sim Não

Se ‘Sim’ – **O incidente registrado estava relacionado a algum dos critérios de rastreamento identificados nesta revisão?** Não Sim

ANEXO 3

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Título do Projeto no Cep: **102/12**

Título do Projeto: Ocorrência de eventos adversos em unidades de internação em um hospital de Brasília (DF).

Pesquisador Responsável: Dárcia Lima e Silva

Data da Entrada: 02/07/12

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, **CONCEDE DISPENSA DE ANÁLISE** ao projeto **102/12** com o título: “Ocorrência de eventos adversos em unidades de internação em um hospital de Brasília (DF)”, submetido na 7ª Reunião Ordinária, realizada no dia 14 de agosto de 2012, uma vez que o projeto utiliza dados secundários.

Brasília, 05 de março de 2013


Natan Moraes de Sá
Coordenador do CEP-FS/UnB