

5. Magnitude do problema e os factores contribuintes do erro e dos eventos adversos

Paulo Sousa, Maria João Lage e Vanessa Rodrigues

Este capítulo aborda a importância em avaliar a frequência e tipologia dos eventos adversos (EAs); a caracterização dos principais factores que contribuem para a ocorrência de erros e de EAs; e os principais aspetos a serem considerados na implementação de um sistema de notificação de incidentes, bem como dos objetivos e características que lhes devem estar subjacentes.

Assim, as perguntas de partida para este capítulo são:

- * Qual a importância em se conhecer a frequência e tipologia dos EAs decorrentes da prestação de cuidados de saúde?
- * Quais os principais métodos existentes e as vantagens e limitações mais importantes de cada um?
- * Quais os principais factores que contribuem para a ocorrência de erros e de EAs?
- * Qual a importância de um sistema de notificação de incidentes para uma cultura de aprendizagem e de melhoria da segurança do paciente?
- * Os cuidados de saúde que prestamos são seguros para o paciente? Como podemos saber?

A importância em avaliar a frequência e tipologia dos eventos adversos

O dano e até mesmo a morte do paciente, decorrentes da prestação deficiente ou omissão dos cuidados de saúde adequados, podem surgir

como notícia de abertura nas televisões ou ocupar a primeira página dos jornais. Esses casos correspondem a situações raras e excepcionais ou são apenas a ponta de um iceberg? Importa assim colocar a questão: A prestação de cuidados de saúde é uma atividade segura?

Em outras áreas como a aviação, podemos determinar o nível de segurança, por exemplo, baseado no número e gravidade dos incidentes ocorridos, considerando o número de operações ou de utentes/usuários desses serviços. Essa estratégia pode ser aplicada aos cuidados de saúde, tendo em conta, no entanto, uma série de limitações e dificuldades.

Uma vez definida a ocorrência de um incidente é útil determinar se esse constituiu um EA, ou seja, se ocorreu dano no paciente causado pelos cuidados de saúde, ou se foi suficientemente grave para prolongar o tempo de internamento/internação ou causar algum grau de incapacidade temporária ou permanente (Baker et al. 2004).

Como podemos medir a ocorrência desses EAs, traduzi-los sob a forma de indicadores e fazer comparações?

Nos últimos 25 anos, realizaram-se, em vários países do mundo, diversos estudos sobre a frequência e a natureza dos EAs em pacientes internados em hospitais utilizando diferentes metodologias. Em sua maioria, foram estudos de incidência e de prevalência, baseados em informação contida nos processos clínicos/prontuários, cujos resultados têm possibilitado conhecer a dimensão do problema e desenvolver soluções para sua prevenção (Baker et al. 2004; Sousa 2006; Zegers 2009; Aranaz-Andrés et al. 2008, Wilson et al. 2012).

Como se pode verificar no Quadro 1, as taxas de incidência de EAs em hospitais atingem valores que variam entre os 3,7% e os 16,6% (com consequente impacto clínico, económico e social), e desses a maior fatia (40% a 70%) é considerada evitável (Mills 1978; Leape et al. 1991; Thomas et al. 2000; Baker et al. 2004; Schioler et al. 2001; Michel et al. 2004; Wilson et al. 1995; Davis et al. 2001; Vincent 2001; Aranaz-Andrés et al. 2008; Mendes et al. 2009; Soop et al. 2009; Zegers et al. 2009; Sousa et al. 2014; Letaief et al. 2011; Mendes et al. 2013).

Quadro 1– Pesquisas sobre incidência de eventos adversos em hospitais realizadas em vários países

Local/ano de publicação/autor do estudo	Ano a que diz respeito a informação analisada	N. de processos clínicos/prontuários analisados	Incidência de pacientes com EAs (%)	Proporção de EAs evitáveis
Califórnia Mills et al. 1978	1974	20.864	4,65	Não relatada
Nova York (HMPS) Bremner et al. 1991 Leape et al. 1991	1984	30.195	3,7	Negligência*
Utah/Colorado Thomas et al. 2000	1992	14.700	2,9	Negligência*
Austrália Wilson et al. 1995	1992	14.179	16,6	50,3
Reino Unido Vincent et al. 2001	1999	1.014	10,8	52,0
Nova Zelândia Davis et al. 2001	1998	6.579	11,3	61,6
Dinamarca Scholier et al 2001		1.097	9,0	40,4
França Michel et al. 2004		778	14,5	27,6
Canadá Baker et al. 2004	2004	3.745	7,5	36,9
Brasil Mendes et al. 2009	2003	1.628	7,6	66,7
Holanda Zegers et al. 2009	2004	7.926	5,7	39,6
Suécia Soop et al. 2009	2003/2004	1.967	12,3	70
Espanha Aranaz et al. 2008	2005	5.624	8,4	42,8
Tunísia Letaief et al. 2010	2005	620	10	60
Portugal Sousa et al. 2014	2009	1.669	11,1	53,2

Fonte: Proqualis(<http://proqualis.net/eventos-adversos>).

* Percentual de EAs em virtude de negligência – HMPS – 27,6. Utah – 32,6. Colorado - 27,4.

Na Parte II deste livro, *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*, será dada particular atenção a cada um desses grupos de EAs, e, em capítulos individualizados, por conta de sua importância, cada um desses grupos será aprofundado.

No Capítulo 13, o tema “Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde”.

Nos vários estudos descritos no Quadro 1, as tipologias de EAs mais frequentes foram aquelas relacionadas com:

- * o medicamento (nas diferentes fases do circuito do medicamento, desde a prescrição até a administração);
- * a cirurgia (por exemplo, cirurgia no local errado, deiscência);
- * as infecções;
- * os danos por quedas;
- * as úlceras por pressão; e
- * o atraso ou falha no diagnóstico ou no tratamento.

Na última década, começaram a ser dados os primeiros passos no sentido de reunir todo o conjunto de evidências de vários estudos realizados no campo dos cuidados primários, com o objetivo de definir prioridades a partir da frequência e tipologias dos erros e dos EAs. Estudos que incidam na frequência, tipologia ou impacte dos EAs nos cuidados de saúde continuados, de forma geral, têm sido muito residuais. Apresenta-se como exceção o investimento feito pelos países do norte da Europa (Suécia, Dinamarca, Noruega, por exemplo), que sempre dedicaram particular atenção a essa área (*long term care; home care*). A visibilidade desses resultados é diminuta (face ao seu interesse), pois, na maioria dos casos, esses estudos não foram publicados em revistas internacionais (em língua inglesa). Para aprofundar mais esse tema, sugere-se o recente artigo de Sears e colaboradores (Sears et al. 2013).

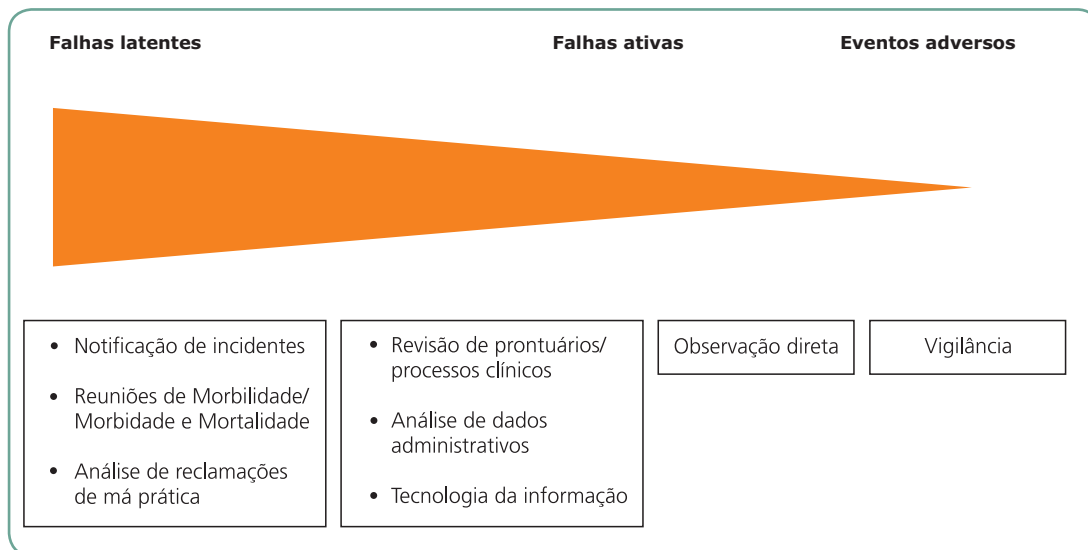
Para conhecer a frequência de EAs ocorridos, podemos recorrer a diferentes fontes de informação, nomeadamente:

- * dados administrativos;
- * procedimentos efetuados;
- * registos de morbilidade/morbididade (1) e mortalidade;
- * reclamações dos pacientes; e
- * processos litigiosos referentes a queixas de má prática.

Essa informação é dependente da qualidade dos registos, da limitada abrangência da codificação de diagnósticos relacionados com a iatrogenia e da perceção do erro pelos pacientes no caso das reclamações. Quando são reunidos, apresentam habitualmente números inferiores aos obtidos por outras metodologias mais específicas, como a revisão de processos clínicos/prontuários, os sistemas de notificação voluntária de incidentes ou os estudos observacionais prospetivos.

Existem diversos métodos para avaliar a frequência de erros, incidentes ou de EAs, e esses apresentam diferentes características, já que uns se adequam preferencialmente a estudar falhas latentes e/ou falhas ativas, e outros a analisar EAs. A observação direta dos cuidados de saúde prestados ao paciente e os estudos de coorte são métodos que apresentam uma abordagem prospetiva na avaliação da frequência dos EAs. No entanto, a análise de reclamações por má prática clínica, os sistemas de notificação de incidentes, as conferências de morbilidade/morbilidade e mortalidade (com ou sem análise de autópsias), e a revisão de processos clínicos/prontuários são métodos que utilizam uma abordagem retrospectiva para medir os EAs. Na Figura 1, encontra-se esquematizada a utilidade das abordagens para medir a frequência dos EAs.

Figura 1 – Utilidade relativa dos métodos para medir falhas latentes, falhas ativas e eventos adversos



Fonte: Thomas, Petersen (2003, p. 64).

A figura nos mostra como os diferentes métodos (mencionados nos retângulos da parte de baixo) de medir as falhas e os EAs são mais adequados na deteção de diferentes falhas (latentes ou ativas) e EAs (mencionados nos retângulos da parte de cima). Por exemplo, as Notificações de Incidentes são adequadas para captar falhas latentes; no oposto, a Vigilância parece ser o método ideal, o mais preciso para detetar EAs, apresentando como desvantagem o facto de ter custos significativos e não ser bom para detetar falhas latentes.

A observação direta da prestação dos cuidados de saúde é um dos métodos utilizados para identificar as falhas ativas, pois se refere a um conjunto de técnicas de observação em tempo real de todos os aspetos do processo de prestação de cuidados ao paciente (Lepée 2012; Wallace et al. 2013). A observação direta ou por meio de gravação de vídeo tem sido utilizada em salas de cirurgia (Helmreich, Schaefer 1994; Morgan et al. 2013), unidades de cuidados intensivos (Donchin et al., 2003) e para avaliar a ocorrência de EAs durante a administração de medicamentos. Após a realização de estudos em que foi aplicada essa metodo-

logia, foram registados várias falhas ativas e EAs que não tinham sido documentados até então e, de outra forma, não seriam conhecidos, demonstrando ser esse um método com potencialidades.

A observação direta é considerada uma metodologia inadequada para identificar condições ou falhas latentes e apresenta algumas limitações práticas e metodológicas, nomeadamente, a dificuldade em respeitar a confidencialidade implícita na prestação dos cuidados, uma vez que esses dados podem ser utilizados pelos supervisores a fim de punir os prestadores de cuidados de saúde. Esse processo de observação dos cuidados de saúde requer um observador experiente e bastante treinado para assegurar a precisão dos dados obtidos, o que normalmente corresponde a um processo dispendioso.

Como você explicaria a afirmação de que a observação direta não é adequada para a identificação de falhas latentes?

Outra das limitações associadas ao método de observação direta é o enviesamento dos dados em razão da sobrecarga de informação disponível durante o processo de observação e da dificuldade normalmente sentida pelo observador em se distanciar dos resultados e consequências da prestação de cuidados ao paciente (Morgan et al. 2013).

O **Efeito de Hawthorne** foi percebido a partir de uma experiência que tinha como objetivo melhorar a produtividade dos trabalhadores a partir da observação de sua produção em diferentes níveis de luminosidade. O resultado foi surpreendente, pois, independentemente das condições de trabalho, os trabalhadores passaram a produzir mais. A conclusão do pesquisador foi a de que essa melhoria na produtividade deveu-se ao facto de os funcionários se sentirem lisonjeados e motivados pela simples situação de receberem atenção durante o estudo.

Finalmente, podemos classificar o **Efeito de Hawthorne** como outra das limitações desse método, já que ele ocorre na maioria das situações em que os intervenientes/atores sabem que estão a ser observados e alteram, geralmente de forma positiva ou benéfica, suas atitudes e seu comportamento normal (Morgan et al. 2013).

A análise de reclamações por má prática clínica é um dos métodos utilizados na avaliação dos EAs em hospitais (Wallace et al. 2013).

Nos últimos tempos, tem sido registado um crescimento exponencial do número de queixas e reclamações contra os prestadores de cuidados de saúde (Leape et al. 1991; Wallace et al. 2013) e, conseqüentemente, dos montantes monetários decorrentes de indenizações concedidas aos queixosos (Kohn, Corrigan, Donaldson 2000; Thomas, Petersen 2003; Wallace et al. 2013).

Os elementos que constituem os ficheiros das reclamações, como os depoimentos, relatórios e os testemunhos judiciais, integram uma

quantidade significativa de informação disponível para ser utilizada pelos investigadores/pesquisadores a fim de analisar qualitativamente os erros e EAs (Thomas, Petersen 2003).

Esse é o método apropriado para identificar falhas latentes e apresenta diversas vantagens como o facto de providenciar a descrição detalhada dos cuidados prestados em casos específicos; identificar os custos reais das reclamações; obter múltiplas perspetivas, conseguindo uma descrição dos eventos ocorridos pela óptica dos pacientes ou, por vezes, dos prestadores de cuidados; e obter mais informação sobre os EAs considerados mais graves.

A análise dessas reclamações, no entanto, também apresenta algumas limitações, uma vez que representam apenas uma pequena parte dos EAs (pois são casos específicos), dificultando a generalização. Outra desvantagem desse método são as condições e circunstâncias reais em que ocorrem os EAs, que podem não ser as refletidas no relato, sujeitando os dados a enviesamento. Além disso, a fonte desse tipo de dados não é padronizada, não sendo possível estudar e analisar a informação em tempo real.

A análise desses arquivos de reclamações tem conduzido à criação de importantes normas relativas à segurança do paciente, como ocorre por exemplo na área da anestesia (Wu 2010). No entanto, Thomas e Petersen (2003) referem que, apesar de esse ser um método que pode identificar potenciais causas de EAs, não deve ser utilizado para estimar a incidência ou prevalência, nem para estimar o efeito de uma intervenção na redução deles.

As conferências ou reuniões sobre morbilidade/morbididade e mortalidade com ou sem resultados de autópsias são um elemento essencial na educação e no treino cirúrgico e, por isso, devem ser aperfeiçoadas e destacadas (Higginson, Walters, Fulop 2013).

O objetivo dessas conferências ou reuniões é a aprendizagem com os erros e EAs cirúrgicos, por meio da análise e discussão (entre pares) das situações, e, consequentemente, a definição de ações de melhoria da qualidade dos cuidados. Apesar desse último objetivo não ter sido comprovado cientificamente, os investigadores/pesquisadores e intervenientes/atores nessa área acreditam na sua efetividade (Thomas, Petersen 2003).

Figura 2 – A tela *The Gross Clinic*, do pintor realista Thomas Eakins (1844-1916)



Fonte: Wikipedia Enciclopedia (2010).

Essa tela mostra um renomado cirurgião (Dr. Samuel Gross) presidindo uma operação durante uma palestra em um anfiteatro repleto de alunos.

Alguns estudos sugerem que, em razão da análise dos resultados das autópsias, foi possível confirmar que os diagnósticos incorretos potencialmente fatais ocorrem em 20% a 40% dos casos (Higginson, Walters, Fulop 2013).

Embora esse método possa ser aplicado à medição de falhas ativas e latentes, é mais adequado utilizá-lo na avaliação de falhas latentes. No entanto, Sackett e colaboradores e Higginson e colaboradores (Sackett et al. 1991; Higginson, Walters, Fulop 2013) consideram que, pelo facto de as autópsias e de o número de casos debatidos em conferências ou reuniões sobre morbidade/morbidade e mortalidade ser tão reduzido, não deve ser um método utilizado para avaliar a incidência ou prevalência de erros ou EAs, sendo considerado com nível de precisão baixo a moderado.

Que argumento (ou argumentos) você usaria para explicar a afirmação de que as análises dos resultados das autópsias são mais adequadas para avaliação de falhas latentes?

Os métodos que recorrem à análise da informação de tipo administrativo surgem, ao que tudo indica, como fonte de informação atrativa

(potencialmente útil e fácil de se obter) no que diz respeito à avaliação de EAs. No entanto, são dados que podem ser pouco fiáveis/confiáveis e sujeitos à influência de políticas de incentivo, bem como condicionados por problemas de codificação (Mansoa et al. 2011).

Thomas e Petersen (2003) consideram que os dados administrativos são menos suscetíveis de algum tipo de enviesamento do que os métodos de análise das reclamações por má prática clínica, dos sistemas de notificação de incidentes e das conferências de morbilidade/morbilidade e mortalidade (com ou sem autópsias).

A revisão de processos clínicos/prontuários (em papel ou eletrónicos) é considerado o método que estabeleceu a investigação sobre erros e EAs, e sua utilidade continua a ser demonstrada, uma vez que é um dos métodos mais utilizados no mundo para avaliar os EAs em hospitais (Thomas, Petersen 2003; Zegers et al. 2011; Vlayen et al. 2012). Esse método retrospectivo de revisão sistemática de registos clínicos permite determinar a natureza, incidência e impacto económico dos Eas, procurando ainda perceber suas causas. Na maioria dos estudos que utilizaram esse tipo de metodologia, os EAs mais frequentes foram os associados a atos cirúrgicos, infeção associada aos cuidados de saúde, os erros relacionados com o medicamento (nas diferentes fases do circuito) e as quedas.

Apesar de serem evidentes os benefícios e as vantagens do método de revisão dos processos clínicos/prontuários e de esse ser o método mais utilizado na avaliação dos EAs, ele não é isento de limitações. A principal limitação apontada a esse método relaciona-se com a qualidade da informação dos registos clínicos (informação incompleta ou ausência de informação).



Para refletir

Em seu local de trabalho, qual o problema mais comum relacionado com os registros clínicos: Não haver registros?

Registros incompletos?

Uso de abreviaturas?

Não colocação de data, hora ou assinatura?

Letra ilegível nos registros manuais?

Que sugestões você implementaria para diminuir esse problema?

Em estudos realizados em vários países, constatou-se que entre 3,7% a 16,6% de pacientes admitidos em hospitais experienciaram um ou mais EAs (Zegers et al. 2009). Esses estudos divulgaram dados importantes sobre aspectos críticos da atividade hospitalar e contribuíram para promover o desenvolvimento de iniciativas em segurança do paciente (Letaief et al. 2010).

De acordo com vários autores (Thomas, Studdert, Brennan 2002; Sari et al. 2007), existe consensualidade entre os revisores de que o método de revisão dos registros clínicos é altamente sensível e de confiança na detecção de EAs.

De acordo com Sousa e colaboradores (2014), apesar de a natureza retrospectiva dos estudos baseados na análise de registros clínicos apresentar algumas dificuldades, essa metodologia continua a ser considerada a mais adequada para caracterizar a ocorrência, a tipologia e as consequências dos EAs em contexto hospitalar.

A identificação dos critérios de positividade para a ocorrência de EAs é a forma mais utilizada para detetar os EAs nesse método, no qual o auditor verifica a presença de um ou mais critérios dos inicialmente definidos e que indiciam a presença de potenciais EAs. Em vários estudos (Leape et al. 1991; Baker et al. 2004; Mendes et al. 2009; Sousa et al. 2014), foram utilizados 18 critérios de positividade para a ocorrência de EAs (esses estudos se basearam no *Harvard Medical Practice Study*, 1991). Outro exemplo de uso de critérios (triggers) é o caso do estudo desenvolvido por Landrigan e colaboradores (2010), realizado em hospitais do Estado da Carolina do Norte, nos EUA, em que foram utilizados os 52 critérios de positividade definidos pelo Institute for Healthcare Improvement (IHI), designados *Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events* (Landrigan et al. 2010).

Mais recentemente, com a utilização de “processos clínicos/prontuários eletrônicos” assistiu-se a uma melhoria nesse tipo de metodologia, na medida

em que tornou possível integrar múltiplas fontes de informação num único sistema informático, tais como os registos farmacêuticos e laboratoriais, dados administrativos, obviando dessa forma o que era considerado a principal limitação (qualidade e quantidade de informação) (Thomas, Petersen 2003; Landrigan et al. 2010). A utilização de registos eletrónicos facilita informação sobre incidentes e EAs que, muitas vezes, não é detetada pelos meios mais tradicionais, como a revisão de processos clínicos/prontuários em papel ou a análise dos sistemas de notificação de EAs.

Não obstante algumas fragilidades, esse método (revisão de processos clínicos/prontuários) continua a ser considerado por vários autores como o *gold-standard* para avaliar a frequência de EAs em contexto hospitalar.

Existem outros métodos de avaliação da frequência de EAs que não foram descritos no presente capítulo, e cuja aplicação tem sido feita de forma muito residual (experiências pontuais) e quase sempre numa perspetiva académica. São exemplos disso, o método de vigilância clínica, os questionários por telefone, entre outros. Tendo em consideração tais factos, não nos parece oportuno proceder, aqui, à sua caracterização.

Avaliação de EAs em pediatria

As crianças estão na linha da frente quando consideramos os factores de risco para a ocorrência de incidentes, sendo três vezes mais afetadas que os adultos pelos incidentes relacionados com a medicação (National Patient Safety Agency 2009).

A revisão de processos clínicos/prontuários num hospital pediátrico (Matlow 2011) mostrou que 15% das crianças hospitalizadas são vítimas de um EA, ou seja, sofrem um dano relacionado com os cuidados aos quais são submetidas. As características da população pediátrica que a tornam mais vulnerável são:

No final do capítulo, estão disponibilizadas algumas referências que permitirão aprofundar mais nos métodos que não foram discutidos aqui.



Recomendamos também a visualização das sessões n. 3 – Medir o dano, e n. 8 – Aprofundar o conhecimento em segurança do paciente, do curso de introdução à investigação em segurança do paciente da Organização Mundial de Saúde (OMS). Disponível em: <http://pt.slideshare.net/Proqualis/presentations>

Dependência de um profissional para os cuidados habituais de sobrevivência e para os cuidados médicos.

Comunicação mais difícil e dependente do grau de desenvolvimento.

“Imaturidade anatómica” e fisiológica que implicam a adaptação de equipamentos.

Realização de cálculos de acordo com o peso.

Maior repercussão fisiológica dos EAs medicamentosos.

Maior prevalência de doença aguda em relação à população adulta.

As especificidades da população pediátrica exigem ainda que, por exemplo, a metodologia de detecção de EAs pela revisão de registros clínicos recorra a critérios de positividade diferentes daqueles já validados na população adulta. Esses novos critérios terão de abordar a avaliação do período neonatal precoce com as especificidades da adaptação à vida extrauterina, a reanimação neonatal, o traumatismo de parto e algumas patologias próprias do recém-nascido pré-termo, como a enterocoliténecrosante e a doença pulmonar crónica (Matlow 2011).

Que factores contribuintes estão implicados na ocorrência de erros, incidentes e EAs e como analisá-los

Você já pensou em quanto tempo gastam os profissionais de saúde a registar os erros, incidentes e EAs? E a analisá-los?

A análise dos incidentes relatados e a determinação dos factores contribuintes podem originar informação útil sobre problemas existentes no sistema, detetando quebras de segurança na prestação de cuidados. O modelo de investigação de incidentes mais conhecido foi desenvolvido a partir do estudo dos factores humanos implicados no erro (Reason 1990) e adaptado por Charles Vincent e Sally Adams, com a elaboração do *London Protocol* em 2004 (Taylor-Adams, Vincent 2004). A análise abrange:

- * a detecção de factores organizacionais e culturais (decisões administrativas e processos);
- * factores contribuintes (local, tarefa, paciente, indivíduo, equipa);
- * problemas na prestação de cuidados (omissões, lapsos, violações, atos inseguros) e;
- * defesas e barreiras do sistema.

Invariavelmente, para cada incidente que ocorre, as falhas são múltiplas, simultâneas e tanto originadas no sistema (condições latentes – sempre presentes) como na ação ou inação (omissão) dos profissionais (erros ou falhas ativas – nem sempre presentes).

Um dos aspetos mais importantes na análise de um incidente é uma boa descrição dos factores que contribuíram para sua ocorrência e sua classificação de acordo com as várias categorias. Poderemos identificar factores relacionados com:

- * o paciente (idade, diagnóstico, tratamento, factores pessoais);
- * o profissional (competência, experiência, *stress*);

- * a equipa (comunicação, supervisão, ajuda mútua);
- * a tarefa (concepção, protocolos e normas disponíveis);
- * o ambiente de trabalho (horários, sobrecarga, treino, equipamento); e
- * a organização (liderança, cultura de segurança, recursos, políticas).

Da análise do incidente decorre obrigatoriamente a definição de um plano de ação, com propostas de melhoria tendo em conta os factores contribuintes e os problemas detetados. Tais propostas devem incluir a designação concreta de um responsável, um tempo adequado de implementação e uma forma de monitorização e, conseqüentemente, avaliação dos resultados.

Algumas medidas de melhoria podem interessar apenas a uma equipa ou serviço, como o uso mais adequado do equipamento ou a sistematização da passagem de turno/plantão (Handover). Outras podem abranger a organização, caso da necessidade de formação ou de contratar pessoal para o bloco operatório. Há também medidas que podem constituir uma proposta de âmbito nacional, tais como a rotulagem segura da medicação ou a alteração no *design* de uma bomba infusora.

Para praticar

Refleta sobre o caso descrito a seguir e tente identificar quais factores contribuíram para este incidente (administração de medicação ao paciente errado) utilizando as várias categorias descritas neste capítulo até agora.

“Um lactente de quatro meses com bronquiolite e hipersecreção bronquica encontra-se na sala de tratamentos de um serviço de urgência pediátrico a fazer um aerossol com soro fisiológico. Ao seu lado, está outro lactente de dois meses com vômitos. Ambos têm um acesso venoso. Nesse hospital, por ter elevada afluência de pacientes à urgência, não é colocada pulseira de identificação na criança se ela não for admitida ao internamento/internação. No corredor, o médico informa oralmente a enfermeira: “É para dar 3 mg de furosemide endovenoso (diurético) à criança que está na sala dos aerossóis”. Na sala de aerossóis, a criança com bronquiolite é levada pela mãe ao banheiro para trocar a fralda. A enfermeira administra o furosemide à criança de dois meses com vômitos (paciente errado)”.

Sistemas de notificação: objetivos e principais características

Como denominador comum entre as estratégias que diversos países ou organizações de saúde definiram para melhorar a segurança dos pacientes, destaca-se a implementação de sistemas de notificação de incidentes, voluntários ou obrigatórios (sendo os primeiros mais frequentes) e cuja escala pode ser a nível local (determinado serviço ou departamento ou a organização de saúde em sua totalidade), regional ou nacional. Também aqui a aprendizagem com outras áreas (nomeadamente a aviação e a indústria de maior complexidade e risco, como a de energia nuclear) foi fundamental.

Para além de contribuir e, simultaneamente, ser promotor de uma cultura justa ("aberta") de aprendizagem e de não culpabilização, os sistemas de notificação constituem uma importante "ferramenta" de diagnóstico de situações de risco e, em consequência, podem ser uma fonte de recomendações que visem aumentar a segurança e as boas práticas em saúde.

Segundo a OMS (World Health Organization 2005), o principal objetivo dos sistemas de notificação de incidentes é investigar e analisar os dados obtidos (ocorrências notificadas e consequente informação recolhida durante a análise da situação), com base nisso, disseminar e implementar recomendações que promovam mudanças nas organizações de saúde, com vista à redução ou eliminação de ocorrências semelhantes no futuro. Do exposto, decorre que os sistemas de notificação devem ser considerados uma forma de aprendizagem e de melhoria contínua da segurança e da qualidade dos cuidados prestados.



Notificar uma ocorrência nem sempre é fácil, pois muitas vezes significa assumir um erro. Mas é importante incentivar esse comportamento. Lembre-se de que essa atitude pode evitar novos erros.

O sistema de notificação de incidentes permite que os profissionais de saúde exponham e registem, normalmente de forma voluntária e confidencial, a ocorrência de incidentes ou de qualquer preocupação de segurança detetada no trabalho (Meyer-Masseti et al. 2011). Esse relato tem dois objetivos:

1. aumentar o conhecimento sobre os erros e os riscos inerentes à tarefa e ao tipo e local de trabalho e;
2. por meio da investigação do incidente e da análise de vários incidentes agregados, gerar informação útil para corrigir as fragilidades ou falhas identificadas.

O relato dos profissionais constitui, essencialmente, uma oportunidade oferecida através do seu relato para conhecermos o funcionamento de um sistema no quotidiano, das suas fragilidades e riscos latentes.

Para refletir

Na organização em que você trabalha, existe algum tipo de estímulo ao registo de notificações? Você se preocupa em registar os incidentes que ocorrem? Por quê?

Em alguns países europeus, como a Inglaterra e o País de Gales, a Dinamarca e a Escócia, foi implementado um sistema centralizado a nível nacional, associado necessariamente a uma vasta estrutura para a análise, divulgação, informação de retorno (*feed-back*) e intervenção, face aos problemas detetados. Esses sistemas nacionais foram rapidamente confrontados com um volume considerável de relatos, sendo os valores divulgados no Reino Unido pela National Patient Safety Agency (NPSA), desde outubro de 2003 até dezembro de 2012, de 8.166.871 relatos de incidentes relacionados com os cuidados de saúde.

Os níveis de dano, para o paciente, associados aos incidentes, apenas no período de um ano (outubro 2011 a setembro 2012), são preocupantes: 3.496 mortes e 8.067 lesões, e maior gravidade em 1.364.465 incidentes relatados provenientes de cerca de 371 instituições de saúde no Reino Unido. A estimativa de custos de EAs no Reino Unido aponta para um bilhão de libras por ano, tendo em conta apenas os custos diretos decorrentes do prolongamento da hospitalização.



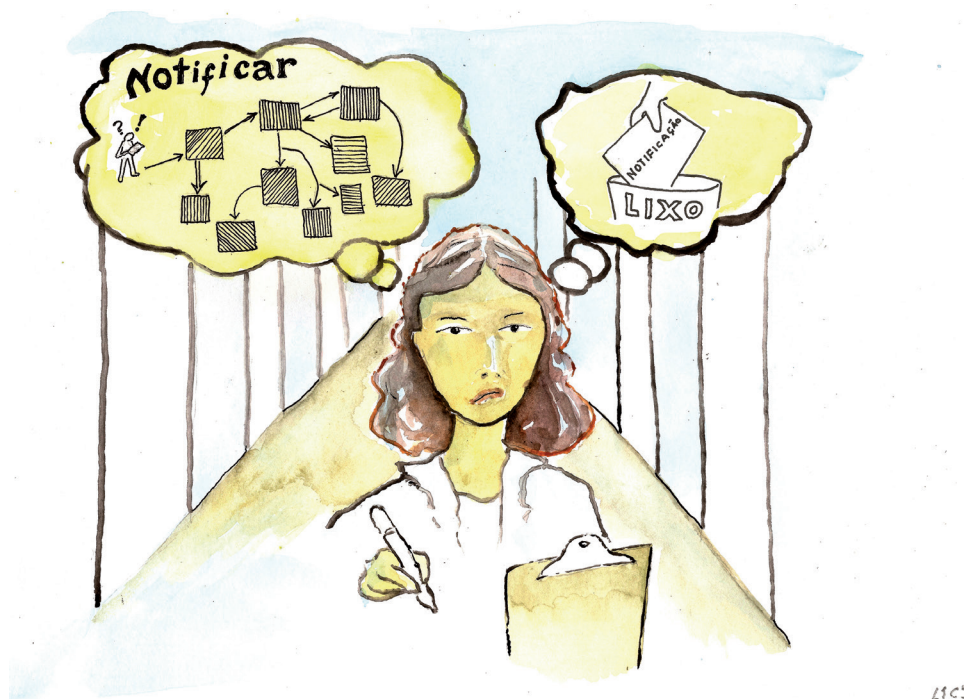
Para conhecer mais sobre esses relatos, consulte o NRLS *Quarterly Data Work book up to December 2012*. Acessível em: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/type/data-reports/?entryid45=135213>.

Esses dados estão acessíveis para consulta no endereço: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?EntryId45=135212>.

Se você quiser saber mais sobre os sistemas de âmbito nacional existentes na Europa e a sua caracterização, pode consultar o relatório *National Reporting Systems for Patient Safety Incidents*, elaborado por P. Doupi em 2009. Acessível em <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/254c52fb-95d0-4dde-a8ab-bd0df41e0c57>.

Quando se utiliza a informação recolhida pelos sistemas de notificação para estimar a frequência de EAs, devemos ter em atenção que, em comparação com a revisão de processos clínicos, a estratégia de notificação é menos sistemática e objetiva, mas, por outro lado, permite conhecer falhas que não chegaram a atingir o paciente (*near miss*) ou não foram registadas no processo clínico/prontuário.

Uma das razões que podem levar os profissionais de saúde a evitar a notificação é o incómodo e a demora no preenchimento dos formulários disponibilizados nesses sistemas, que, muitas vezes, são longos e exigem demasiada informação, podendo provocar atrasos na realização das tarefas e/ou atividades dos profissionais de saúde. As razões para a não notificação podem também estar relacionadas com o facto de os profissionais estarem preocupados com a sua reputação ou mesmo com a possibilidade de uma ação judicial.



Em virtude desses e outros factores, as organizações devem ser cuidadosas ao interpretar os dados provenientes dos sistemas de notificação. Uma taxa elevada de notificação de EAs poderá indicar uma cultura organizacional assente no compromisso de identificar e reduzir os erros e EAs, e não um mau desempenho dos profissionais ou da organização em sua totalidade. Apesar das suas limitações, esse método identifica EAs que não seriam considerados por meio de outros métodos (Floreia et al. 2010).

Quando se pensa em implementar um sistema de notificação, várias questões se devem colocar, entre as quais poderemos destacar:

- * se a escala deve ser local, regional ou nacional;
- * se deve ser de carácter obrigatório ou voluntário;
- * como é que se garante a confidencialidade da informação que é notificada;
- * anonimato – o profissional que notifica pode fazê-lo de forma anónima ou não; e por fim;
- * qual o grau de envolvimento que o paciente e seus familiares devem ter no processo de desenvolvimento e implementação e acompanhamento do sistema de notificação.

Para refletir

Refleta se um sistema de notificação deve ser de âmbito nacional ou local (cada hospital ter o seu próprio registo) e se deve preservar o anonimato e a confidencialidade.

Várias podem ser as razões que levam uma organização de saúde a implementar um sistema de notificação de incidentes e EAs. Em certos países, foi definido, a nível do Ministério da Saúde, que tal iniciativa seria obrigatória (o caso da Dinamarca), outros determinaram que a notificação de erros, incidentes e EAs deve ser de carácter voluntário (o caso de Inglaterra e do País de Gales, por exemplo).

Considerações finais

Atualmente, parece existir forte consenso no facto de que o conhecimento da magnitude (frequência) dos EAs e sua natureza e impacto é um factor crucial para a implementação de estratégias com vistas à melhoria da segurança do paciente (nomeadamente em países onde esse conhecimento não existe, ou é escasso). Essa ideia é consubstanciada no facto de que só com base nesse conhecimento se podem definir as mais adequadas estratégias de intervenção (só se gere o que se conhece) e estabelecer prioridades de atuação.

De igual forma, a identificação dos factores que contribuem ou potenciam a ocorrência de erros ou incidentes é fundamental para que se possa atuar no sentido da mitigação dessas ocorrências.

Paralelamente, a implementação de sistemas de notificação nas organizações de saúde tem sido uma das ações comuns a vários países, apresentando múltiplas vantagens.

A identificação e compreensão dos EAs (sua frequência, tipologia e impacto), o conhecimento sobre os principais factores que estão em sua origem, bem como a implementação de um sistema de notificação (que permite o registo, classificação e investigação das causas que estiveram subjacentes a essas ocorrências) constituem, nos dias de hoje, uma parte fundamental do processo, mais amplo, de avaliação e melhoria contínua da segurança do paciente e da qualidade em saúde.

Referências

American Academy of Pediatrics. Policy statement: principles of pediatric patient safety: reducing harm due to medical care. *Pediatrics* May 29, 2011; 127 (6):1199-1212. DOI: 10.1542/peds.2011-0967.

Aranaz-Andrés JM, Albar-Remón C, Vitaller-Murillo J, Ruiz-López P, Limón-Ramírez R, Terol-García E, et al. Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanish National Study of Adverse Events. *J Epidemiol Community Health*. 2008;62:1022-9.

Baker GR, et al. The Canadian adverse events study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ*. 2004;170(11):1678-86.

Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG. Incidence of adverse events and negligence care in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*. 1991;324:370-6.

Davis P, Lay-Yee R, Schug S, Briant R, Scott A, Johnson S. Adverse events regional feasibility study: indicative findings. *N Z Med J*. 2001;114:203-5.

Donchin Y et al. A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. *Qual Saf Health Care*. 2003;12:143-7.

Doupi P. National reporting systems for patient safety incidents: a review of the situation in Europe. Helsinki: National Institute for Health and Welfare; 2009. (Report 13/2009). Disponível em: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/254c52fb-95d0-4dde-a8ab-bd0df41e0c57>

Florea A, et al. The Ottawa hospital quality incident notification system for capturing adverse events in obstetrics. *J Obstet Gynaecol Can*. 2010 Jul;32(7):657-62.

Frey B, Schwappach D. Critical incident monitoring in paediatric and adult critical care: from reporting to improved patient outcomes? *Curr Opin Crit Care*. 2010 Dec;16(6):649-53.

Helmreich RL, Schaefer HG. Team performance in the operating room. In: Bogner MS, editor. *Human error in medicine*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum and Associates, 1994. p. 225-53.

Higginson J, Walters R, Fulop N. Mortality and morbidity meetings: an untapped resource for improving the governance of patient safety? *BMJ Qual Saf*. 2012 Jul; 21(7):576-85. doi: 10.1136/bmjqs-2011-000603. Epub 2012 May 3.

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system: a report of the Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press; 2000.

- Landrigan CP, Parry GJ, Bones CB, Hackbarth AD, Goldmann DA, Sharek PJ. Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. *N Engl J Med*. 2010 Nov 25;363(22): 2124-34.
- Leape LL, Brennan TA, Laird N, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med*. 1991; 324(6):377-84.
- Lepée C, Klaber RE, Benn J, Fletcher PJ, Cortoos P, Jacklin A et al. The use of a consultant-led ward round checklist to improve paediatric prescribing: An interrupted time series study. *Eur J Pediatr*. 2012 Aug;171(8):1239-45.
- Letaief M, Mhamdi SE, El-Asady R, Siddiqi S, Abdullatif A. Adverse events in a Tunisian hospital: results of a retrospective cohort study. *Int J Qual Health Care*. 2010 Oct;22(5):380–5.
- Mansoa A, Vieira C, Ferrinho P, Nogueira P, Varandas L. Eventos adversos na prestação de cuidados hospitalares em Portugal no ano de 2008. *Rev Port Saúde Pública*. 2011 Jul;29(2):116-22.
- Matlow AG, Cronin CM, Flintoft V, Nijssen-Jordan C, Fleming M, Brady-Fryer B et al. Description of the development and validation of the Canadian Paediatric Trigger Tool. *BMJ QualSaf*. 2011 May;20:416-23.
- Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Int J Qual Health Care*. 2009;21(4):279-84.
- Mendes W, Pavão ALB, Martins M, Moura MLO, Travassos C. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. *Rev Assoc Med Bras*. 2013;59:421-8.
- Meyer-Massetti C, Cheng CM, Schwappach DL, Paulsen L, Ide B, Meier CR et al. Systematic review of medication safety assessment methods. *Am J Health Syst Pharm*. 2011 Feb 1 [citado em 2011 out. 20];68(3):227-40. doi: 10.2146/ajhp100019. Disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/736427>.
- Michel P, Quenon JL, Sarasqueta AM, Scemama O. Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable adverse events in acute care hospitals. *BMJ*. 2004;328:199-202.
- Mills DH. Medical insurance feasibility study: a technical summary. *West J Med*. 1978;128:360-5.
- Morgan L, Robertson E, Hadi M, Catchpole K, Pickering S, New S et al. Capturing intraoperative process deviations using a direct observational approach: the glitch method. *BMJ Open*. 2013 Nov 25;3(11):e003519.
- National Patient Safety Agency (UK). Review of patient safety for children and young people. 2009. Disponível em: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59864>. Acesso em: 23 jan. 2013.
- Sackett D. et al. *Clinical epidemiology*. Boston: Little Brown and Company; 1991.
- Sari AB, Sheldon TA, Cracknell A, Turnbull A, Dobson Y, Grant C et al. Extent, nature and consequences of adverse events: results of a retrospective case note review in a large NHS hospital. *QualSaf Health Care*. 2007 Dec;16(6):434-9.
- Schioler T, Lipczak H, Pedersen BL, Mogensen TS, Bech KB, Stockmarr A, et al. Incidence of adverse events in hospitals: a retrospective study of medical records. *UgeskrLaeger*. 2001 Sep 24;163(39):5370-8.
- Sears N, Baker GR, Barnsley J, Shortt, S. The incidence of adverse events among home care patients. *Int J Qual Health Care*. 2013; 25(1):16-28.
- Soop M, Fryksmark U, Koster M, Haglund B. The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. *Int J Qual Health Care*. 2009;21:285–91.
- Sousa P. Patient safety: a necessidade de uma estratégia nacional. *Acta Med Port*. 2006;19:309-18.

Sousa P, Uva AS, Serranheira F, Nunes C, Leite ES. Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. *BMC Health Services Research*. 2014;14:311. doi:10.1186/1472-6963-14-311.

Taylor-Adams S, Vincent C. Systems analysis of clinical incidents: the London protocol. *Clin Risk*. 2004;10:211-20.

Thomas EJ, Petersen LA. Measuring errors and adverse events in healthcare. *J Gen Intern Med*. 2003;18:61-7.

Thomas EJ, Studdert DM, Brennan, T. The reliability of medical record review for estimating adverse event rates. *Ann Intern Med*. 2002;136:812-6.

Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care*. 2000;38:261-71.

Vincent C. Patient safety. London: Wiley Blackwell; 2010.

Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ*. 2001;322:517-9.

Vlayen A, Marquet K, Schrooten W, Vleugels A, Hellings J, De Troy E, et al. Design of a medical record review study on the incidence and preventability of adverse events requiring a higher level of care in Belgian hospitals. *BMC Res Notes*. 2012;5:468.

Wallace E, Lowry J, Smith SM, Fahey T. The epidemiology of malpractice claims in primary care: a systematic review. *BMJ Open*. 2013;3(7).DOI:10.1136/bmjopen-2013-002929.

Wikipedia. File: EakinsTheGrossClinic.jpg. 2010 [citado 2014jun 24]. Disponível em: <http://en.wikipedia.org/wiki/File:EakinsTheGrossClinic.jpg>

Wilson RM, Michel P, Olsen S, Gibberd RW, Vincent C, El-Assady R, et al. Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. *BMJ* 2012;344.

Wilson RM, Runciman WB, Gibbert RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian health care study. *Med J Aust*. 1995;163:458-71.

World Health Organisation. World Alliance for Patient Safety. Who draft guidelines for adverse event reporting and learning systems. Geneva: WHO; 2005.

Wu AW. Session 4: understanding causes. In: World Health Organization. Patient Safety research introductory course, April and May 2010. Geneva: WHO; 2010.

Zegers M, Bruijne MC, Spreeuwenberg P, Wagner C, Groenewegen PP, van der Wal G. Quality of patient record keeping: an indicator of the quality of care? *BMJ QualSaf*. 2011;20(11): 314-318. doi:10.1136/bmjqs.2009.038976.

Zegers M, Bruijne MC, Wagner C, Hoonhout LHF, Waaijman R, Smits M, et al. Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study. *Qual Saf Health Care*. 2009;18:297-302.