UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MELYNE SERRALHA ROCHA

Avaliação da incidência e evitabilidade de eventos adversos no pronto atendimento

MELYNE SERRALHA ROCHA

Avaliação da incidência e evitabilidade de eventos adversos no pronto atendimento

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: Gestão e Gerenciamento de Serviço de Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Carmen Silvia Gabriel

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Rocha, Melyne Serralha

Avaliação da incidência e evitabilidade de eventos adversos no pronto atendimento. Ribeirão Preto, 2021.

136 p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientadora: Carmen Silvia Gabriel

1. Segurança do Paciente. 2. Eventos Adversos. 3. Estudos Retrospectivos. 4. Serviços Médicos de Emergência.

ROCHA, MELYNE SERRALHA

Avaliação da incidência e evitabilidade de eventos adversos no pronto atendimento

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Aprovado em	
	Presidente
Prof. Dr	
	Comissão Julgadora
Prof. Dr	
Prof. Dr	
Instituição:	
Prof. Dr	
Instituição:	

DEDICATÓRIA

À Deus, Àquele que é capaz de fazer infinitamente mais do que tudo o que pedimos ou pensamos.

Aos meus pais, **Olsen de Frazão Rocha Filho e Simone Serralha Rocha,** que tanto revelam seu cuidado por mim, que estão sempre ao meu lado, me apoiando nos desafios e celebrando comigo nas vitórias.

Ao meu avô, **Olsen Rocha**, com seus 91 anos continua escrevendo a sua história, exemplo de determinação, que me inspira a buscar sempre novas oportunidades e que acredita e torce por mim.

AGRADECIMENTOS

À **Prof.**^a **Dr.**^a **Carmen Silvia Gabriel** por aceitar conduzir o meu trabalho de pesquisa, pelos seus ensinamentos, pela sua disponibilidade e acima de tudo pela paciência que teve comigo ao longo deste caminho.

Aos meus irmãos Tassiana Serralha Rocha e Olsen Frazão Rocha Neto, minha cunhada Cláudia Flores F. Rocha e o mais novo integrante da família, Bernardo Rocha, por ajudar a escrever a minha história.

A minha avó **Ruth Rocha**, mulher forte, destemida, que com sua experiência de vida tem me ensinado o significado de sabedoria, santidade, singeleza de coração e que tudo é possível.

À Família Serralha e Família Rocha pelo apoio e torcida pelas minhas conquistas.

Ao meu amigo querido, **André Almeida de Moura**, por estar ao meu lado nesta jornada, pela amizade, cooperação, disponibilidade e por compartilhar comigo suas experiências e conhecimentos.

Aos colegas **Ariane Zanetti** e **Antônio J. Junior** pelas contribuições durante o desenvolvimento deste trabalho.

As colegas **Daniella Fernandes**, **Ana Luiza Inácio** pelo auxilio na coleta de dados e das imensas contribuições na revisão do texto e **Emilly Azambuja** pela disponibilidade na coleta de dados.

À Instituição Missão Sal da Terra por incentivar o aprimoramento do saber, pelos seus interesses voltados à busca de alternativas para um serviço público de qualidade, com segurança e excelência.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e a todos os professores da EERP-USP pela elevada qualidade do ensino oferecido.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES).

Enfim, quero demonstrar o meu agradecimento, a todos aqueles que, de um modo ou de outro, tornaram possível a realização da presente dissertação.

A todos o meu sincero e profundo Muito Obrigada!

Epígrafe

"Porque sou eu que conheço os planos que tenho para você, diz o Senhor, planos de fazê-los prosperar e não de lhes causar dano, planos de dar-lhes esperança e um futuro". (Jeremias, 29:11).

RESUMO

ROCHA, M. S. Avaliação da incidência e evitabilidade de eventos adversos no pronto atendimento. 2021. 136 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) — Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

A temática da segurança do paciente vem sendo cada vez mais discutida nos sistemas de saúde, com intuito de aperfeiçoar a qualidade da assistência prestada contribuindo para diminuir a possibilidade de ocorrência de danos ou incidentes evitáveis. O pronto atendimento é considerado ambiente de constante lotação e alta pressão que podem comprometer a segurança do paciente e prejudicar a confiança de todo o sistema de atendimento. O estudo teve como objetivo avaliar a incidência e a evitabilidade de eventos adversos em pacientes adultos internados em uma unidade pública de pronto atendimento situada no município de Uberlândia, durante o ano de 2018. Trata-se de um estudo de coorte, com revisão retrospectiva de 296 prontuários por meio do uso de formulários de rastreamento (fase 1) e avaliação (fase 2), preenchidos por profissionais não médicos e médico, respectivamente. Na primeira fase foram avaliados os dados demográficos, condição clínica e os potenciais eventos adversos. Além disso, houve a verificação da qualidade das informações registradas nos prontuários. Na segunda fase, identificou-se e caracterizou-se os eventos adversos previamente rastreados. A incidência de eventos adversos encontrada foi de 4,4% (n=13) com evitabilidade de 100%, sendo 75% caracterizados como leve e 25% moderado quanto ao grau de gravidade. Referente à caracterização dos indivíduos do estudo, apontou-se que a maioria é do sexo masculino (54,4%), de raça branca (37,2%), que não informaram o nível de escolaridade (67,6%) e acima de 60 anos (52,7%). Essas características foram mantidas para os indivíduos que apresentaram eventos adversos. As maiores porcentagens em relação ao tipo de diagnóstico encontrado no indivíduo com evento adverso foram: doenças relacionadas a traumas (23,1%); doenças infecciosas e intestinais (15,4%); doenças hepáticas/pâncreas/vias biliares (15,4%) e doenças do sistema nervoso (15,4%). Quanto aos fatores intrínsecos e extrínsecos, encontrou-se uma média de fatores intrínsecos de 1,17 por paciente, com desvio padrão igual a 1,2, enquanto que o valor médio dos extrínsecos é de 1,5, com desvio padrão igual a 1. Para ambos, o mínimo é de nenhum fator, máximo de 5 e mediana de 1. Dentre aqueles que tiveram eventos adversos, 69,2% apresentaram fatores de risco intrínsecos, enquanto que 100% manifestaram os extrínsecos, bem como, o fator de risco intrínseco que teve mais ocorrências foi o de hipertensão

arterial (34,8%), enquanto que o fator de risco extrínseco com maior número de aparições foi o cateter venoso periférico (54,5%). Em relação aos critérios de rastreamento, necessários para identificação do Potencial Evento Adverso, verificou-se no estudo que em 50% não foi localizada nenhuma evidência de Potencial Evento Adverso, ou seja, não houve nenhum critério de rastreamento. Acerca da classificação dos casos com eventos adversos conforme a natureza do problema principal, esses estão relacionados: ao cuidado em geral (81,2%), ao medicamento (6,2%), ao procedimento (6,2%) e ao diagnóstico (6,2%). Em relação a análise dos prontuários, dentre as 14 questões avaliadas, essas apresentaram percentual de documentação adequada entre 97,9% e 100%. Avaliar a incidência de eventos adversos e suas características permite compreender o panorama dos principais problemas em relação a segurança do paciente em uma unidade de pronto atendimento, que por sua vez, permite traçar estratégias de intervenção para o desenvolvimento de novas ações de controle e resposta. Esse é o primeiro passo na busca para incorporar uma cultura de qualidade e segurança do paciente.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Eventos Adversos. Estudos Retrospectivos. Serviços Médicos de Emergência.

ABSTRACT

ROCHA, M. S. Assessment of the incidence and avoidability of adverse events in the emergency care unity. 2021. 136 p. Dissertation (Master of Science) – Ribeirão Preto School of Nursing, São Paulo University, Ribeirão Preto, 2021.

The issue of patient safety has been increasingly discussed in health systems, with the aim of improving the quality of care provided, contributing to reduce the possibility of damage or preventable incidents. The subject of patient safety has been increasingly discussed in health systems, in order to improve the quality of care provided, contributing to reduce the possibility of damage or avoidable incidents. Emergency care unit is considered an environment of constant crowding and high pressure that can compromise patient safety and undermine the confidence of the whole care system. This study aimed to assess the incidence and avoidability of adverse events in adult patients admitted to a public emergency care unit located in Uberlândia city (Minas Gerais State, Brazil), in 2018. This is a cohort study, with a retrospective review of 296 medical records through the use of tracking forms (phase 1) and evaluation (phase 2) fulfilled by non-medical professionals and doctors, respectively. In the first phase, demographic data, clinical condition and potential adverse events were evaluated. In addition, there was a verification of the quality of the informations recorded in the medical records. In the second phase, the previously tracked adverse events were identified and characterized. The incidence of adverse events found was 4.4% (n = 13) with 100% avoidability, 75% being characterized as mild and 25% moderate as to the degree of severity. As for the characterization of the individuals in the study, it was pointed out that the majority are male (54.4%), white (37.2%), who did not report their level of education (67.6%) and above 60 years old (52.7%). These characteristics were maintained for individuals who experienced adverse events. The highest percentages in relation to the type of diagnosis found in the individual with an adverse event were: diseases related to trauma (23.1%); infectious and intestinal diseases (15.4%); liver/pancreas/biliary disease (15.4%) and diseases of the nervous system (15.4%). As for intrinsic and extrinsic factors, an average of intrinsic factors of 1.17 per patient was found, with a standard deviation of 1.2, while the average value of extrinsic was 1.5, with a standard deviation of 1. For both, the minimum is no factor, maximum is 5 and median is 1. Among those who had adverse events, 69.2% had intrinsic risk factors, while 100% had extrinsic ones, as well as the intrinsic risk factor that had the most occurrences was arterial hypertension (34.8%), while that the extrinsic risk factor with the highest number of appearances was the

peripheral venous catheter (54.5%). In relation to the tracking criteria, necessary to identify the potential adverse event, it was found in the study that in 50% no evidence of potential adverse event was found, that is, there was no tracking criterion. Regarding the classification of cases with adverse events according to the nature of the main problem, these are related to: care in general (81.2%), medication (6.2%), procedure (6.2%) and diagnosis (6.2%). In relation to the analysis of the medical records, among the 14 questions evaluated, these presented a percentage of adequate documentation between 97.9% and 100%. Assessing the incidence of adverse events and its characteristics allows us to understand the panorama of the main problems in relation to patient safety in an emergency care unit, which, in turn, allows to outline intervention strategies for the development of new control and response actions. This is the first step in the quest to incorporate a culture of quality and patient safety.

Key words: Patient safety. Adverse events. Retrospective studies. Emergency medical services.

RESUMEN

ROCHA, M. S. Evaluación de la incidencia y evitabilidad de eventos adversos en la atención de emergencia. 2021. 136 p. Disertación (Maestría en Ciencias) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

El tema de la seguridad del paciente se ha discutido cada vez más en los sistemas de salud, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención brindada, contribuyendo a reducir la posibilidad de daños o incidentes evitables. La atención de emergencia se considera un entorno de hacinamiento constante y alta presión que puede comprometer la seguridad del paciente y perjudicar la confianza de todo el sistema de atención. Este estudio tuvo como objetivo evaluar la incidencia y evitabilidad de eventos adversos en pacientes adultos ingresados en una unidad pública de atención de emergencia ubicada en la ciudad de Uberlândia (Estado de Minas Gerais, Brasil) durante el año de 2018. Este es un estudio de cohorte, con una revisión retrospectiva de 296 registros médicos mediante el uso de formularios de detección (fase 1) y evaluación (fase 2), completados por profesionales no médicos y médicos, respectivamente. Este es un estudio de cohorte, con una revisión retrospectiva de 296 registros médicos mediante el uso de formularios de detección (fase 1) y evaluación (fase 2), completados por profesionales no médicos y médicos, respectivamente. En la primera fase, se evaluaron los datos demográficos, el estado clínico y los posibles eventos adversos. Además, se verificó la calidad de la información registrada en las historias clínicas. En la segunda fase, se identificaron y caracterizaron los eventos adversos previamente detectados. La incidencia de eventos adversos encontrados fue del 4,4% (n = 13) con un 100% de evitabilidad, siendo el 75% como leve y el 25% moderado en cuanto al grado de gravedad. En lo que se refiere la caracterización de los individuos del estudio, se señaló que la mayoría son hombres (54,4%), blancos (37,2%), que no reportaron su nivel de estudios (67,6%) y mayores de 60 años de edad (52,7%). Estas características se mantuvieron para las personas que experimentaron eventos adversos. Los mayores porcentajes en relación al tipo de diagnóstico encontrado en el individuo com evento adverso fueron: enfermedades relacionadas con el trauma (23,1%); enfermedades infecciosas e intestinales (15,4%); enfermedad hepática/páncreas/biliar (15,4%) y enfermedades del sistema nervioso (15,4%). En cuanto a los factores intrínsecos y extrínsecos, se encontró un promedio de factores intrínsecos de 1,17 por paciente, con una desviación estándar igual a 1,2, mientras que el valor promedio del extrínseco es 1,5, con una desviación estándar igual a 1. Para ambos, el mínimo no es un factor, el máximo es 5 y la mediana es 1. Entre aquellos que

tuvieron eventos adversos, el 69,2% presentó factores de riesgo intrínsecos, mientras que el 100% los extrínsecos, así como el factor de riesgo intrínseco que tuvo más ocurrencias fue la hipertensión arterial (34,8%), mientras que el factor de riesgo extrínseco con mayor El número de apariciones fue el catéter venoso periférico (54,5%). Con respecto a los criterios de detección, necesarios para identificar el posible evento adverso, se encontró en el estudio que en el 50% no se encontró evidencia de potencial evento adverso, es decir, no hubo criterio de detección. En cuanto a la clasificación de los casos con eventos adversos según la naturaleza del problema principal, estos se relacionan con: atención en general (81,2%), medicación (6,2%), procedimiento (6,2%) y diagnóstico (6,2%). En relación al análisis de las historias clínicas, entre las 14 preguntas evaluadas, estas presentaron un porcentaje de documentación adecuada entre el 97,9% y el 100%. Valorar la incidencia de eventos adversos y sus características permite comprender el panorama de los principales problemas en relación a la seguridad del paciente en una unidad de atencíon de urgencia, lo que, a su vez, permite delinear estrategias de intervención para el desarrollo de nuevas acciones de control y respuesta. Este es el primer paso en la búsqueda de incorporar una cultura de calidad y seguridad del paciente.

Palabras clave: Seguridad del paciente. Eventos adversos. Estudios retrospectivos. Servicios médicos de urgência.

LISTA DE ABREVIATURAS

SIGLAS NOMECLATURAS

AVC Acesso Venoso Central

ADQ Informação Adequada

AIDS Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AVP Acesso Venoso Periférico

BVS Biblioteca Virtual em Saúde

CAES Canadian Adverse Event Study

DeCS Descritores em Ciências da Saúde

EA Evento adverso

EAP Edema agudo de pulmão

EUA Estados Unidos da América

HAS Hipertensão Arterial Sistêmica

HMPS Harvard Medical Practice Study

IAM Infarto agudo do miocárdio

IBEAS Estudio Iberoamrericano de Eventos Adversos

IOT Intubação Oro Traqueal

MeSH Medical Subject Headings

MS Ministério da Saúde

Notivisa Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária

OMS Organização Mundial da Saúde

PA Pronto Atendimento

pEA Potencial Evento Adverso

PICC Cateter Central de Inserção Periférica

PNSP Programa Nacional Segurança do Paciente

RI Revisão Integrativa

SNE Sondagem Nasoenteral

SNG Sondagem Nasogástrica

SI Sem Informação

SVA Sondagem Vesical de Alívio

SVD Sondagem Vesical de Demora

SUS Sistema Único de Saúde

TEP Tromboembolismo Pulmonar

UAI Unidade de Atendimento Integrado

UTI Unidade de Tratamento Intensivo

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização dos estudos selecionados	27
Quadro 2 – Fatores intrínsecos dos pacientes abrangidos pela primeira etapa de	
avaliação dos prontuários. Uberlândia, 2021	41
Quadro 3 – Fatores extrínsecos dos pacientes abrangidos pela primeira etapa de	
avaliação dos prontuários. Uberlândia, 2021	41
Quadro 4 – Critérios de rastreamento de potenciais eventos adversos abrangidos	
pela primeira etapa de avaliação dos prontuários. Uberlândia, 2021	42
Quadro 5 – Dados sobre a qualidade das informações do prontuário (situação do	
prontuário). Uberlândia, 2021	42
Quadro 6 – Definições Conceituais. Uberlândia, 2021	45
Quadro 7 – Sumário das fases da coleta de dados. Uberlândia, 2021	46
Quadro 8 – Descrição das Variáveis. Uberlândia, 2021	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos pacientes segundo dados demográficos (N = 296).
Uberlândia, 2021
Tabela 2 - Distribuição dos pacientes segundo a faixa etária (N = 296). Uberlândia,
2021
Tabela 3 - Distribuição dos pacientes segundo os diagnósticos principais (N = 296).
Uberlândia, 2021
Tabela 4 - Distribuição de pacientes segundo a realização de procedimento (N = 296).
Uberlândia, 2021
Tabela 5 - Distribuição de pacientes de acordo com o número de fatores intrínsecos e
extrínsecos identificados (N = 296). Uberlândia, 2021
Tabela 6 - Distribuição dos pacientes de acordo com o número de critérios de
rastreamento para potenciais eventos adversos selecionados (N = 296). Uberlândia,
2021
Tabela 7 - Proporção de potenciais eventos adversos por critério de rastreamento (N=
296). Uberlândia, 2021
Tabela 8 - Distribuição das respostas das perguntas com as respectivas documentações
adequadas para a garantia de qualidade e segurança dos pacientes (N = 296).
Uberlândia, 2021
Tabela 9 - Caracterização dos casos de pacientes com ou não potenciais eventos adversos
segundo a avaliação médica. Uberlândia, 2021
Tabela 10 - Ocorrência de incidentes por paciente (N = 17). Uberlândia, 2021
Tabela 11 - Caracterização dos incidentes de acordo com a ocorrência de dano ao
paciente (N=22). Uberlândia, 2021
Tabela 12 - Distribuição de incidentes com danos relacionados ao cuidado de acordo
com o nível de confiança de que a lesão ou dano foi consequência do cuidado em saúde
prestado, segundo uma escala de seis níveis (N = 19). Uberlândia, 2021
Tabela 13 - Distribuição dos incidentes segundo a ocorrência de eventos adversos (N=
22). Uberlândia, 2021
Tabela 14 - Distribuição dos pacientes de acordo com a ocorrência de eventos adversos
(N = 17) Uherlândia 2021

Tabela 15 - Associações entre as variáveis categóricas (demográficas, clínicas e da	
internação) e a ocorrência de eventos adversos (n = 17). Uberlândia, 2021	58
Tabela 16 - Associações entre as variáveis numéricas (demográficas, clínicas e da	
internação) e a ocorrência de eventos adversos (N= 17). Uberlândia, 2021	59
Tabela 17 - Fatores de risco intrínsecos e extrínsecos em pacientes com eventos	
adversos (N = 13) Uberlândia, 2021	60
Tabela 18 - Classificação dos casos com eventos adversos conforme a natureza do	
problema principal (N = 16). Uberlândia, 2021	61
Tabela 19 - Caracterização dos casos com eventos adversos ($N=16$). Uberlândia, 2021	62
Tabela 20 - Distribuição dos eventos adversos de acordo com uma escala de	
evitabilidade (N = 16). Uberlândia, 2021	63
Tabela 21 - Associações entre as variáveis classificação, evitabilidade, comorbidade e	
a gravidade dos casos com eventos adversos (N=16). Uberlândia, 2021	63
Tabela 22 - Associação entre as variáveis número de comorbidades e gravidade dos	
eventos adversos (N = 266). Uberlândia, 2021	64
Tabela 23 - Caracterização dos eventos adversos de acordo com as variáveis	
relacionadas ao tipo de erro evidenciado no prontuário (N = 16). Uberlândia, 2021	64

SUMÁRIO

1. Introdução	20
2. Revisão integrativa da literatura	
2.1. Principais fatores que colaboram para a ocorrência de eventos adversos em	
serviços de pronto atendimento	30
2.2. Estratégias de prevenção de eventos adversos em serviços de pronto atendimento	
para a implantação de uma segurança do paciente efetiva	31
2.3. Conclusão referente a Revisão Integrativa da Literatura	35
3. Objetivos	
3.1. Objetivo geral	36
3.2. Objetivos específicos	36
4. Método	
4.1. Delineamento do estudo	37
4.2. Local do estudo	38
4.3. Casuística	39
4.4. Cálculo e distribuição do tamanho amostral	39
4.5. Instrumentos de coletas de dados	40
4.6. Coleta de dados	44
4.7. Variáveis	46
4.8. Registro e análise dos dados	50
4.9. Aspectos éticos da pesquisa	50
5. Resultados	
5.1. Fase 1 - Formulário de rastreamento	51
5.2. Fase 2 - Formulário de avaliação	56
6. Discussão	66
7. Conclusão	76
Referências bibliográficas	78
Apêndices	87
Anexos	128

1. INTRODUÇÃO

A temática da segurança do paciente vem sendo cada vez mais discutida nos sistemas de saúde, instituições e pelos profissionais envolvidos, com vista a aperfeiçoar a qualidade da assistência prestada contribuindo para diminuir possibilidade de ocorrência de danos ou incidentes evitáveis (LORENZINI; SANTI; BÁO, 2017). Considerada como uma das preocupações prioritárias no sistema de controle da qualidade e entendida como direito dos usuários de terem reduzidos os riscos de danos associados à assistência prestada e desta forma, há a necessidade de se identificar a ocorrência de falhas antes que causem danos aos pacientes (ARRUDA et al., 2017).

Definida como a conduta de redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde a um mínimo aceitável, com o escopo de mitigar a incidência de eventos adversos (EA) e incentivar a probabilidade de interrompê-los na ocasião da ocorrência (MORAN; HARRIS; VALENTA, 2016; RUNCIMAN et al., 2009; WHO, 2009).

Nesse sentido esses eventos são resultados de complicações e danos de qualquer natureza sofridos pelo paciente decorrentes do cuidado prestado a ele e não atribuídos à evolução natural da doença de base. Nas ocasiões em que os eventos são decorrentes de erros, estes são caracterizados como EA evitáveis sendo que entre 50% a 60% deles são sujeitos à prevenção (SILVA, 2013; WHO, 2009).

Apesar dos progressos observados nos últimos anos, a segurança do paciente continua sendo um importante problema de saúde pública e os danos evitáveis continuam inaceitavelmente frequentes em todos os ambientes de assistência à saúde e entre todas as populações de usuários; cabendo destacar que, os danos decorrentes da assistência atingem 10% dos pacientes atendidos (NPSF, 2015).

Pesquisas realizadas em diversos países de alta renda apontaram número significativo de EA relacionados à assistência à saúde. Nos EUA, os EA são a terceira causa de morte, após câncer e doenças cardíacas. No Reino Unido, um EA é notificado a cada 35 segundos. Na Austrália, mais de 33.000 mortes foram causadas por EA evitáveis; esses dados correspondem a queda de um Boeing 747 por mês, somente na Austrália, e quase três acidentes aéreos fatais por dia nos EUA (KAPUR et al., 2016).

Ainda é importante ressaltar em relação a temática o tema dos custos do EA para os sistemas e serviços de saúde. Em países de baixa e média renda, o custo resultante da perda de produtividade causada pelos EA variou de US\$ 1,4 trilhão a US\$ 1,6 trilhão por ano (BERWICK et al., 2018).

No Brasil temos os primeiros estudos efetuados com o objetivo de avaliar a incidência e evitabilidade de EA hospitalares desenvolvidos em 2003 por Mendes et al. (2009), na qual a pesquisa foi realizada em três hospitais públicos do Rio de Janeiro, evidenciando elevados percentuais de ocorrência de EA no país. As taxas de incidência e evitabilidade de EA foram de 7,6% e 66,7% respectivamente. A incidência de pacientes com EA foi de 8,6%, excluindo os casos obstétricos.

No ano de 2013, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) que objetiva contribuir para melhoria do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde a fim de promover a redução, a um mínimo, do risco de dano, incidente, e evento adverso, que possam afetar estrutura ou função do corpo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo gerar dano físico, social ou psicológico (BRASIL, 2013). O PNSP institui também a obrigatoriedade das instituições de saúde reportarem seus EA a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2017).

Nesse sentido a ANVISA (2017) revelou que no Brasil em 2017 grande parte dos casos registrados e notificados no Notivisa - Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária ocorreram na sua maior parte em hospitais (94%) e em serviços de pronto atendimento com média (2,3%). Quando falamos em incidentes relacionados à assistência à saúde notificados por unidade hospitalar, os serviços de pronto atendimento apresentaram o terceiro lugar (7,6%) (ANVISA, 2017).

Pensando nos diferentes cenários de assistência, o sistema de urgência e emergência no Brasil atua no restabelecimento dos parâmetros vitais dos indivíduos que necessitam de atendimento rápido, pois pode haver risco iminente de morte, dessa forma, esses ambientes se tornam pontos de atenção da Rede de Urgência, de complexidade intermediária entre as Unidades de Atenção Primária à Saúde e a Rede Hospitalar, e funcionam 24 horas por dia todos os dias da semana (WEIGL et al., 2016).

Nesses serviços, percebe-se que as principais causas de incidentes estão relacionadas ao manejo clínico, aos erros de diagnóstico e de medicação, além dos eventos adversos decorrentes da instalação, do manuseio e da manutenção de dispositivos médicos (como cânulas, cateteres venosos, sondas e drenos) pela equipe de enfermagem e médica, além de ocorrência de bronco-aspiração e ao trauma sendo na maioria das vezes uma das principais causas de lesão e morte (CASTILHO et al., 2020).

Outra questão a se destacar é que houve um aumento na procura dos serviços de Urgência e Emergência devido às mudanças no perfil epidemiológico e o impacto causado pelas

complicações de doenças crônicas não transmissíveis, quanto ao aumento de acidentes de trânsito e violência urbana e doméstica. Algumas dessas situações aliadas ao aumento da população, a estrutura desses serviços, tem comprometido a qualidade do cuidado, a segurança do paciente, propiciando aparecimento de evento adverso, transformando os serviços de urgência em um dos principais problemas do Sistema Único de Saúde (SUS) (SANTOS; ROCHA; SAMPAIO, 2019).

Trabalhar em uma Unidade de Pronto atendimento, consiste num grande desafio aos profissionais de saúde que se defrontam rotineiramente com situações adversas da rotatividade, gravidade de pacientes, superlotação, limitação de recursos humanos, materiais, estruturais e a multiplicidade de tarefas que algumas vezes compromete a qualidade da assistência prestada aos pacientes (ALVES; MELO, 2019).

As unidades de urgência e emergência apresentam como o principal desafio cultural garantir a segurança e a qualidade na assistência prestada aos usuários que procuram atendimento e resolutividade nos serviços. Fornecer um serviço de qualidade durante o cuidado é destacado por estudos que apontam número elevado de erros no período em que é prestado o atendimento, resultando em custos operacionais e financeiros para todos os envolvidos (ARRUDA et al., 2017).

Para efeito de padronização adotaremos o termo pronto atendimento para caracterizar as unidades de urgência e emergência.

Verificou-se que 70,0% dos pacientes buscaram pronto atendimento por demanda espontânea, advindos de suas casas; 19,0% foram encaminhados de outras unidades como atenção primária; e 11,0% encaminhados do ambulatório do hospital. Em relação ao tipo de atendimento realizado aos pacientes pesquisados, 100,0%, ou seja, em sua maioria, foram do tipo urgência. Observa-se também o tempo de permanência desses pacientes na unidade de urgência e emergência resultou em 81,0% permaneceram na unidade de 1 a 5 dias, 12,0% acima de 5 dias e até 23 horas 7,0%. Sobre segurança do paciente, foram observados que 99,0% dos pacientes se sentiram seguros em relação ao atendimento dos profissionais de saúde e à execução dos procedimentos; e que 98,0% não tiveram problema durante o atendimento; 2,0% relataram ter tido problemas de omissão por parte da enfermagem, ou mesmo na administração de medicamento prescrito para dor, e troca de etiquetas de identificação do nome, gerando confusão dos profissionais durante a prestação do cuidado. Tais resultados nos mostram que a percepção do paciente está diretamente ligada à satisfação e ao modo como ele é tratado durante o atendimento em unidades de pronto atendimento e que a visão do paciente contribui para se desenvolver estratégias de percepção sobre a segurança do paciente oferecida pelos

profissionais (ARRUDA et al., 2017).

Outro fator relevante ao pronto atendimento é sua complexidade, por absorverem grande demanda de pacientes com graus variados de gravidade, tempo de espera para atendimento, além de conviverem com deficiência quantitativa e qualitativa de recursos humanos e materiais, tornam-se mais vulneráveis à ocorrência desses eventos. Neste contexto, a ocorrência de eventos adversos tem sido fator preocupante (SANTOS; PADILHA, 2005).

A prática clínica realizada sob pressão é propensa ao erro de diagnóstico, que têm implicações ao paciente, pode levar ao prolongamento da internação e gastos hospitalares (MOONEN et al., 2017). Estudo realizado em Departamentos de Emergência 24 horas em Taiwan identificou uma taxa de incidência de eventos adversos de 15%, dos quais 93,3% eram evitáveis. Neste estudo os tipos de eventos adversos mais frequentes foram falhas no diagnóstico, problemas de gestão e eventos adversos relacionados à medicação (ZHANG et al., 2017).

Podemos afirmar que melhorias direcionadas, planejadas e executadas contribuem para qualidade e a segurança do paciente, favorecendo uma melhor compreensão dos tipos de casos e causas de AEs e danos ocorridos ao paciente, mas dependem do conhecimento exato de quais são os EA e suas circunstâncias e contexto (HOWARD et al., 2018).

Normalmente, a identificação de EA nos serviços de saúde é baseada por múltiplos métodos de constatação, tais como: observação direta, verificação dos sistemas de reclamações (ouvidorias), revisão de prontuário, revisão dos índices de mortalidade e morbidade, análise dos sistemas de notificação voluntários. Nota-se, portanto, que não existe um modelo-padrão para a detecção de incidentes associados à segurança do paciente, em virtude da fragilidade metodológica que cada um dos métodos disponíveis para determinar a proporção destes eventos exibe. A respeito desta informação, a literatura científica corrobora que, atualmente, os estudos retrospectivos de revisão dos prontuários de pacientes proporcionam os melhores recursos para a avaliação da ocorrência de eventos adversos (GAAL et al., 2011; HOWARD et al., 2017).

Verifica-se pelos estudos supracitados a predominância de pesquisas no contexto hospitalar. Diante disso, julga-se importante destacar as unidades de pronto atendimento e de características mistas. O pronto atendimento é caracterizado por um ambiente de alta pressão e desafiador, além da constante superlotação, o que compromete a segurança do paciente e prejudica a confiança de todo o sistema de atendimento de emergência (TRZECIAK; RIVERS, 2003). Esta demanda excessiva nestes pontos da assistência é ocasionada, por vezes, pelos atendimentos caracterizados como pouco ou não urgentes, que poderiam ser resolvidos na atenção primária. No entanto, competem com o atendimento aos pacientes graves e com risco

de morte (MENDES, 2015).

Diante das informações expostas e sob o cenário contemporâneo da segurança do paciente no Brasil, este estudo respondeu às seguintes questões de pesquisa: "Qual é a incidência de EA em pacientes adultos internados em uma unidade de pronto atendimento? Qual é a proporcionalidade dos EA evitáveis?"

2. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Optou-se por realizar a Revisão Integrativa (RI) da Literatura pelo fato desse modelo de revisão possibilitar a síntese de múltiplos estudos publicados e conclusões gerais acerca de um determinado foco de estudo (WHITTEMORE, 2005). Portanto, foi realizada uma RI que busca conhecer o assunto discutido trazendo a luz oportunidades de novas pesquisas na área, além de fomentar reflexões e debates que contribuirão com a melhoria da qualidade da assistência e implantação de uma cultura de segurança do paciente.

Foi identificada a temática, com a definição da questão norteadora, seguida da delimitação de critérios de inclusão e exclusão de estudos. A seguir, definiu-se as informações a serem extraídas dos estudos selecionados, para posterior avaliação dos mesmos e interpretação dos resultados (GALVÃO; PEREIRA, 2014).

Utilizou-se a estratégia PICO para a elaboração da pergunta norteadora, sendo "P" a população/problema (eventos adversos), "I" à intervenção (estratégias), "C" à comparação (não se aplica, pois esse não é um estudo comparativo) e "O" correspondente ao desfecho (levantamento das principais estratégias de enfrentamento frente a ocorrência de eventos adversos em serviços de pronto atendimento), pretendendo-se responder a seguinte questão de pesquisa: Quais as estratégias de enfrentamento frente a ocorrência de eventos adversos com pacientes adultos atendidos em serviços de pronto atendimento?

Para esta revisão, realizou-se busca nos bancos de dados nas bases online da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Embase, Scopus e PubMed, no período de março de 2021. Para as bases BVS, Embase e Scopus, realizou-se os seguintes cruzamentos entre termos cadastrados no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)/Medical Subject Headings (MeSH): segurança do paciente AND evento adverso; segurança do paciente AND pronto-socorro; evento adverso AND pronto-socorro; segurança do paciente AND evento adverso AND pronto-socorro. Para a base PubMed, os mesmos cruzamentos foram realizados com os respectivos termos em inglês: "patient safety", "adverse event" e "emergency care", utilizando o operador booleano AND para combinação dos descritores entre si.

Tal processo de busca e seleção de estudos foi realizado em dupla, de forma independente. Como critérios de inclusão: artigos primários; textos disponíveis na íntegra; publicações nos últimos 5 anos (março 2016 a março 2021); nos idiomas português, inglês e espanhol. Como critérios de exclusão: teses, livros, dissertações; artigos não disponíveis na íntegra; publicações anteriores há 5 anos, publicações em outros idiomas que não português, inglês e espanhol; e publicações duplicadas.

Utilizou-se o gerenciador de referências "Endnote Web", para armazenamento e organização dos estudos, além da elaboração pelo autor de uma ficha padrão para extração dos dados dos estudos selecionados, sendo esses: título do artigo; local do estudo; ano de publicação do estudo; amostra; metodologia; principais resultados. Por fim, a construção de um fluxograma com apresentação das etapas na busca de dados, tendo como base o protocolo PRISMA (MOHER et al., 2009). A Figura 1 representa o fluxograma resultante na seleção dos seis artigos da presente RI.

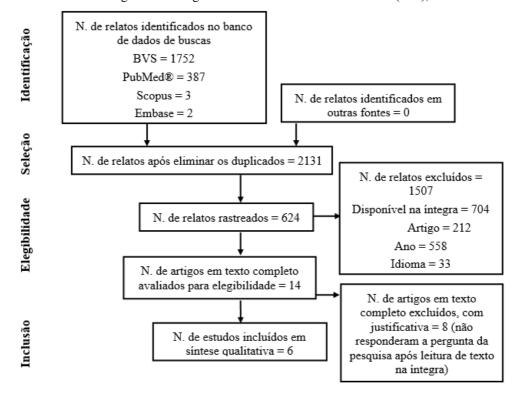


Figura 1. Fluxograma da busca de dados. Uberlândia (MG), 2021.

A caracterização dos trabalhos incluídos na presente revisão indica que a produção acerca da temática adveio da seguinte forma: continente americano (Brasil n= 03, 50%) e continente europeu (Espanha n=3, 50%); quanto à distribuição dos artigos pelos seis anos de publicação analisados, eles foram encontrados na proporção: 2020 (16,6% n=1), 2019 (16,6% n=1), 2018 (16,6% n=1), 2017 (16,6% n=1), 2016 (33,3% n=2); quanto ao idioma: inglês (16,6% n=1), português (33,3% n=2) e espanhol (50% n=3).

O Quadro 1 coloca, de forma resumida, os seguintes dados dos artigos selecionados para a revisão: nome do artigo, amostra, objetivo, metodologia, resultados e conclusões.

Quadro 1 - Caracterização dos estudos selecionados.

Nome do Artigo	Amostra	Objetivos	Metodologia	Resultados	Conclusões
Artigo 1 - Incidents and adverse events in enteral feeding tube users: warnings based on a cohort study.	Avaliação de 150 prontuários	Descrever violações de protocolo, incidentes e eventos adversos, durante o período desde as indicações até o uso da via enteral tubo de alimentação em um pronto- socorro.	Enfermeiras treinadas monitoraram prospectivame nte uma coorte de adultos em um pronto- socorro brasileiro, onde foi indicado o uso de sonda enteral.	Em 150 inserções de sonda de alimentação, ocorreram 169 violações do protocolo: ordens verbais para inserção de sonda de alimentação (n = 59); nenhum raio-x tirado (n = 11); e nenhum exame de raios-X validado por médicos (n = 12). Ocorreram 30 incidentes: retirada não intencional da sonda de alimentação (n = 23); e administração de nutrição enteral após quebra de barreiras preventivas. Houve um evento adverso: aspiração de nutrição enteral.	Houve alta frequência de violações de protocolos de segurança; muitos evoluíram para incidentes e um resultou em um evento adverso.
Artigo 2 - La comunicación de los efectos adversos en un servicio de urgencias	profissionai s em dois grupos focais.	Revisar as barreiras de comunicação entre profissionais da área de saúde quando confrontados com um evento adverso.	Estudo qualitativo fenomenológi co realizado em Unidade de Emergência do Hospital de Tortosa Virgen de la Cinta (Tarragona) entre outubro e dezembro de 2018, por meio de amostragem de conveniência.	Categorias emergentes dos discursos: definição de evento adversos, informações e melhorias; a normalização da frequência dos erros; menção de erros leves e graves, diferenciando ações sentimentos; parte do aprendizado é devido tentativa-erro; Medo de reportar o erro; sistema de notificação subutilizado; falta de proteção institucional; implementação de feedback, identificação correta, comunicação entre unidades hospitalares, tecnologias da informação e uma mudança estrutural.	Medo das respostas, perda de reputação e falta de apoio institucional apareceram como as principais barreiras na época de reconhecer e relatar incidentes. Foi amplo consenso sobre a falta de responsabilida de na comunicação e desculpa para eventos adversos e sobre a necessidade de fornecer suporte e treinamento aos profissionais.
Artigo 3 - Ações para	33 profissionai	Identificar os riscos e	Pesquisa qualitativa, na	A partir dos relatos dos participantes foram	O estudo possibilitou a

segurança na prescrição, uso e administração de medicamento s em unidades de pronto atendimento	S	incidentes relacionados ao processo de terapia medicamentosa no cenário de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e propor ações de gerenciamento e práticas seguras na percepção da equipe de enfermagem.	modalidade pesquisa-ação, desenvolvida no cenário de uma UPA, localizada no interior de São Paulo. A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevistas e grupos focais entre junho de 2015 e abril de 2016. Para o tratamento dos dados, utilizou-se a Técnica de Análise de Conteúdo.	organizadas categorias temáticas, sendo os riscos e incidentes relacionados ao processo de terapia medicamentosa uma das categorias elencadas, assim como propostas de ações.	implementaçã o de ações de segurança ao paciente, relacionadas à administração de medicamentos em uma UPA, oferecendo maior qualidade do cuidado.
Artigo 4 - Errores de medicación en un servicio de urgencias hosp italario: estudio de situación para mejorar la seguridad de los pacientes	Aproximad amente 800 observações .	Conhecer a taxa total de erros de medicação (EM) e incidentes no processo de uso de medicamentos no departamento de emergência do hospital (HED) de um hospital terciário e identificar os pontos críticos associados à implementação de medidas de melhoria.	Estudo prospectivo por observação direta para detectar erros de medicação entre junho e julho de 2016.	A taxa de erro de medicação total foi de 23,7%, sendo os mais frequentes os referentes ao processo de administração (10,9%). Foram detectados 1.532 incidentes, 53,6% nos dias úteis (p = 0,001), 43,1% no turno da tarde (p = 0,004) e 43,1% nas salas de observação (p = 0,004).	A taxa de erros de medicação foi significativa, principalmente no turno da tarde e na sala de observação, bem como o dos incidentes. As mais frequentes foram em relação à administração de medicamentos.
Artigo 5 - Estudio sobre la reducción de eventos adversos en pacientes y problemas de bioseguridad de los profesionales derivados de la aplicación de catéteres vasculares en urgencias	520 pacientes.	Reduzir a taxa de eventos adversos derivados de cateteres vasculares periféricos em pacientes atendidos em serviços de emergência, bem como acidentes de biossegurança em profissionais, por meio de uma estratégia que combine treinamento, protocolização da indicação e	Estudo prospectivo, multicêntrico, observacional. O estudo possui duas fases, em que são comparados em ambas as fases os resultados na redução de eventos adversos e biossegurança.	Técnicas deficientes são evidentes relacionadas à desinfecção, manutenção do campo estéril e manuseio de equipamentos e curativos; alguns melhoram significativamente com a progressão do estudo de fase II. Foram observados 86 eventos adversos, 34 na Fase I (18,8%) e 52 na Fase II (15,4%) (p = ns). Destaca-se a redução de 50% da flebite na fase II. Em	A combinação de treinamento, protocolização da indicação e uso cateteres de biossegurança é mostrado como uma intervenção mais eficaz para melhorar a segurança do paciente e do profissional.

		biossegurança de cateteres.		relação à biossegurança, foram detectados 8 casos (7 respingos, 1 punção acidental) com cateteres vasculares periféricos convencional (fase I) e 2 salpicos com cateteres de biossegurança (fase II), equivalente a um. Redução de 36% nos acidentes (p = 0,04), principalmente com cateteres de curta permanência (p = 0,02).	
Artigo 6 - Construção e validação de conteúdo de checklist para a segurança do paciente em emergência	Participação de 23 especialista s brasileiros na primeira rodada e 20 na segunda.	Construir e validar checklist de ações de segurança do paciente em atendimento de emergência.	Pesquisa metodológica realizada em Curitiba, em 2015, com etapas de construção e validação. O checklist foi norteado pelas diretrizes do programa brasileiro para a segurança do paciente e validado pela Técnica Delphi online; com utilização de questionário próprio. Para a análise, utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), o αde Cronbach e o Teste Exato de Fisher.	Obteve-se checklist com 18 itens válidos e confiáveis (94% de IVC, ade Cronbach=0,91).	Segurança do paciente. Serviços médicos de emergência. Lista de checagem. Estudos de validação.

Para fins de análise e discussões dos artigos identificados, foram criadas duas categorias: principais fatores que colaboram para a ocorrência de eventos adversos em serviços de pronto atendimento e estratégias de prevenção de eventos adversos em serviços de pronto atendimento para a implantação de uma segurança do paciente efetiva.

2.1. Principais fatores que colaboram para a ocorrência de eventos adversos em serviços de pronto atendimento

A falta de recursos materiais, humanos e estruturais adequados são apontados como fatores que interferem diretamente na qualidade da assistência. Por outro lado, quando se discute questões culturais, em alguns ambientes existe uma normalização da frequência dos eventos adversos considerados banais, fortalecendo a cultura de que o aprendizado seria consequência da tentativa e erro (MATEU et al., 2020).

O estado clínico do paciente, o alto número e variedade de drogas usadas em um curto espaço de tempo, interferências, interrupções e a grande variedade de profissionais com formação e competência diversas que dispensam cuidados ao paciente podem ser apontados como fatores que poderiam justificar a maior ocorrência de erros em salas de observação (PÉREZ-DÍEZ et al., 2017). Profissionais com menos tempo de experiência podem cometer mais erros, porém, profissionais com muitos anos de experiência no mesmo serviço podem também falhar devido ao excesso de confiança (PÉREZ-DÍEZ et al., 2017).

A ausência de informatização, com a presença ainda de processos manuais podem levar mais facilmente ao erro (SANTOS, ROCHA; SAMPAIO, 2019; MATEU et al., 2020), com ênfase a má qualidade de caligrafias, que dificulta o entendimento e induz ao erro. Da mesma forma, a ocorrência de ordem verbal para a realização de procedimentos também é apontada como um facilitador ao erro (ANZILIERO; BEGHETTO, 2018; SANTOS; ROCHA; SAMPAIO, 2019).

Quanto à ocorrência de eventos adversos sobre terapia medicamentosa, pode-se apontar riscos e incidentes ocorridos durante todo o processo, desde a prescrição do medicamento, até o monitoramento do paciente pós-administração: identificação do paciente; troca de medicação; identificação de alergias; prescrição manual; prescrição verbal; via de administração; cálculo de doses; tempo de infusão; diluição; seleção e distribuição de medicamentos; monitoramento pós administração; medicamentos potencialmente perigosos (SANTOS; ROCHA; SAMPAIO, 2019). Vale ressaltar que atendimentos emergenciais exigem uma assistência rápida associada ao uso de fármacos (AMAYA et al., 2016), o que infelizmente pode levar ao erro devido a tempo curto para raciocínio e ação.

Estudo brasileiro com o objetivo de descrever violações de protocolo, incidentes e eventos adversos em um pronto atendimento referentes a nutrição enteral, apontou-se entre as violações de protocolo, o uso de ordens verbais ao invés de escrita para inserção (39,3%), a não realização de raios-x após inserção (7,3%), além da não emissão de opiniões escritas ou verbais

sobre a posição após os raios x (8%). Há casos também em que os tubos foram deslocados acidentalmente (tração) (15,3%) ou não intencionalmente, removidos pelos pacientes, resultando em outro procedimento de inserção. E por fim, e mais grave, a administração de terapia em posição de risco de broncoaspiração em dois pacientes (1,3%), com broncoaspiração em um caso (ANZILIERO; BEGHETTO, 2018).

Destaca-se também o reconhecimento de deficiências relacionadas ao uso de cateter vasculares especialmente relacionados com desinfecção, manutenção de campo equipamentos esterilizados e de manuseio-manutenção e curativos (VECINA et al., 2016). A demanda de ações rápidas pode gerar um problema relacionado à higiene, onde na falta de estrutura adequada, os profissionais podem não higienizar as mãos da forma correta se tiverem que se deslocar para procurar um lavatório ou um frasco com solução alcoólica (AMAYA et al., 2016). Usuários atendidos em serviços emergenciais usualmente se encontram acomodados em macas, podendo ser vítimas de quedas com agravamento clínico, além de ser um risco maior ao desenvolvimento de lesões por pressão devido a imobilidade e longa permanência em uma mesma posição (AMAYA et al., 2016).

Quanto ao registro e comunicação do erro, entende-se que apesar de ser direito do paciente o acesso à informação, há receio frente as consequências para a relação paciente/profissional, além do medo do erro marcar a trajetória profissional. Além disso, outros fatores que dificultam a informação do erro se relacionam à ideia de uma desproteção institucional frente a ocorrência dos eventos, desconhecimento pelos profissionais sobre sistemas de notificação, bem como a alegação da falta de tempo para o processo (MATEU et al., 2020).

A frequência de incidentes e eventos adversos é difícil de determinar, principalmente devido à não divulgação. A cultura de reportagem de incidentes e eventos adversos ainda não está bem estabelecida, não apenas no Brasil, mas também em outros países. A avaliação da qualidade dos indicadores de registros de incidentes e eventos adversos permite a identificação precoce de desvios inesperados, investigação das causas raízes e, maneiras de garantir práticas seguras, especialmente em ambientes complexos, como departamentos de pronto atendimento (ANZILIERO; BEGHETTO, 2018).

2.2. Estratégias de prevenção de eventos adversos em serviços de pronto atendimento para a implantação de uma segurança do paciente efetiva

A mudança implica trabalhar no reconhecimento de erros e exige participação de todos

aqueles envolvidos no processo do cuidar, pacientes e familiares, equipe de profissionais, gestores, com continuidade do processo de implementação de uma cultura de comunicação do erro na comunidade de saúde, abordando barreiras, tanto culturais, quanto legais como ferramentas dessa comunicação (MATEU et al., 2020). Nesse cenário, torna-se mais fácil a comunicação do erro quando já há uma boa relação entre equipe e paciente, sendo a confiança, peça-chave na relação profissional/paciente (MATEU et al., 2020).

A informatização do atendimento possibilitaria a minimização de riscos ao garantir informações longitudinais e sistematizadas do paciente, com impacto significativo na qualidade da assistência (SANTOS; ROCHA; SAMPAIO, 2019). Outro ponto de destaque é em relação à identificação do usuário em atendimento de emergência, como quesito fundamental, em especial por haver frequentemente o atendimento de pacientes com estado de confusão mental, pânico ou inconsciência (AMAYA et al., 2016). Referente ao gerenciamento de riscos pela terapia medicamentosa, pode-se apontar algumas estratégias de prevenção ao erro: identificação do paciente com implantação de pulseiras para identificação do paciente e pulseiras coloridas para a identificação do risco; levantamento do risco de possíveis alergias a medicamentos; elaboração de *check-list* para itens de segurança; educação permanente em saúde; informatização da prescrição médica; adoção de sistemas de dispensação seguros (SANTOS; ROCHA; SAMPAIO, 2019). Indica-se como táticas também a implementação de sessões de treinamento e revisões periódicas dos armários de remédios para melhorar o armazenamento e preservação de medicamentos; e atualizações regulares dos guias de administração medicamentos orais e parenterais nesses ambientes (PÉREZ-DÍEZ et al., 2017).

Amaya et al. (2016), ao proporem a construção do *check-list* de ações de segurança do paciente em atendimento de emergência, defendem que o instrumento serve de diretriz, e que apesar de não ter sido inicialmente aplicado na prática, esse processo pode ser realizado pelas próprias instituições, de forma a adaptá-lo às diferentes realidades e necessidades. A utilização de *check-list* permite a identificação precoce de riscos, a antecipação a eventos adversos e o direcionamento a adoção de medidas corretivas. Serve também como forma de documentar a assistência prestada e direcionar ações voltadas à segurança do paciente. O uso de escalas como, Escalas de Morse e de Braden servem de apoio à mensuração do risco de quedas e de lesões por pressão, respectivamente, e podem ser aplicadas juntamente a *check-lists* de avaliação das ações de segurança do paciente (AMAYA et al., 2016).

Destaca-se a importância e a viabilidade de ações básicas e fundamentais, por meio de normas e rotinas institucionais, e de acordo com a realidade local, para a identificação de fragilidades, bem como estabelecer indicadores de segurança do paciente contribuindo para o

estabelecimento de ações corretivas e preventivas, e para a execução de boas práticas de assistência voltadas à segurança do paciente, amparadas pelas políticas públicas (PAIXÃO et al., 2018). A cultura de segurança do paciente ganha atenção pelo importante reflexo que pode ter no comportamento dos membros de uma organização, principalmente nos valores e crenças compartilhados. Uma cultura de segurança fortalecida é caracterizada pela valorização do trabalho em equipe, com líderes engajados frente aos desafios de se assegurar cuidados de saúde seguros, além da adoção de uma postura proativa em relação à ocorrência de erros, respaldada pela comunicação aberta entre os profissionais, o estímulo a notificação de incidentes, e consequentemente, a promoção de aprendizado organizacional efetivo a partir deles (SILVA; CARVALHO, 2016).

Desta forma, faz-se necessária a implementação de ações de controle e prevenção de erros, bem como estimular a notificação e eliminar cultura punitiva, reconhecendo que a organização do modo de trabalho no sistema de saúde também pode influenciar na ocorrência desses erros, assumindo uma proporção sistêmica (PARANAGUÁ et al., 2014).

A ausência de qualidade na assistência pode contribuir e, até mesmo, determinar um cuidado inseguro nos diferentes níveis de complexidade, em especial em serviços de pronto atendimento (PAIXÃO, 2017). Embora pareça haver rotinas bem estabelecidas em alguns ambientes, é possível que a superlotação e falhas de comunicação sejam os principais responsáveis pelos achados apresentados (ANZILIERO; BEGHETTO, 2018), sendo possível identificar importantes fragilidades em relação à identificação do paciente e processo de medicação, por exemplo (PAIXÃO, 2017). Embora as ordens verbais sejam aceitas em serviços de emergência, elas devem ser restritas para situações claramente urgentes, onde existem rotinas específicas para tal processo, uma vez que ordens verbais têm o potencial de levar a incidentes ou eventos adversos (WAKEFIELD; WAKEFIELD, 2009).

Pesquisa brasileira com o objetivo de avaliar os incidentes notificados entre os anos 2008 e 2012, em um hospital de grande porte da região Sul do país, apontou que apesar do aumento no número total de notificações ano a ano, a prevalência encontrada ainda é baixa, e ponderou que em instituições em que o sistema de notificação adotado exige a identificação do profissional, isso pode contribuir com subnotificações (LORENZINI; SANTI; BÁO, 2017). Nesse sentido, uma cultura punitiva prejudica o reconhecimento do erro e desencoraja o profissional a notificar o ocorrido, dificultando o aprendizado organizacional a partir da ocorrência dos erros (SILVA; CARVALHO, 2016). A notificação de incidentes é de extrema importância para a implementação de estratégias que visem evitar a ocorrência dos mesmos (LORENZINI; SANTI; BÁO, 2017).

Pesquisa espanhola com o intuito de avaliar os resultados da implementação de um procedimento de conciliação terapêutica na admissão hospitalar pelo serviço de emergência, apontou que em média, o farmacêutico coletou $1,3 \pm 2,2$ mais medicamentos em casa do que o médico, encontrando discrepâncias em 95,8% dos pacientes com a anamnese realizada no pronto atendimento, sendo que a maioria dos erros foi devido à omissão de medicamentos. Desta forma, a aplicação de procedimento de conciliação terapêutica pode evitar potenciais erros de medicação clinicamente relevantes (SANZ et al., 2014).

Pesquisa curitibana com o objetivo de realizar um diagnóstico situacional da segurança do paciente em unidades de pronto atendimento e elaborar ações para a sua promoção, destacou a ausência de informação com relação à situação alérgica do paciente e falhas na identificação das soluções em uso quando avaliadas as condições de segurança na administração de medicamentos (PAIXÃO, 2017). A fim de caracterizar os incidentes com medicamentos ocorridos em uma emergência ambulatorial, encontrou-se que 93,7% dos erros ocorridos eram evitáveis. Os danos foram considerados raros, mas proporcional ao tempo decorrido para detecção de erros, com prevalência de falhas de gestão, especialmente omissão (VALLE; CRUZ; SANTOS, 2017).

Além das várias barreiras que dificultam a ocorrência do erro, empoderar pacientes, familiares e cuidadores para que participem ativamente nas decisões relacionadas aos seus cuidados em saúde, apresenta-se como mais uma estratégia de prevenção de erros no cuidado (WHO, 2017), bem como é fundamental o engajamento de gestores e profissionais de saúde no reconhecimento desta demanda, além da adoção de políticas públicas já estabelecidas (PAIXÃO et al., 2018). A percepção dos pacientes acerca da temática de segurança do paciente nesses ambientes tem papel importante, considerando que a detenção de conhecimento poderá sinalizar a existência de falhas latentes na assistência ou no sistema organizacional, colaborando para o planejamento de estratégias que promovam a redução de erros e eventos adverso, e assim, propor melhorias por meio de práticas seguras (ARRUDA et al., 2017), sendo que a enfermagem detém papel central, no que tange a orientação de pacientes, promovendo a educação em saúde. (LORENZINI; SANTI; BÁO, 2017).

Para o paciente, entender o que está acontecendo durante seu tratamento, colabora para que esse se sinta seguro frente aos profissionais que o atendem, o que gera uma satisfação perceptiva ao receber o cuidado, bem como pode auxiliar na construção de barreiras na prevenção de erros (ARRUDA et al., 2017). Neste cenário, o uso de instrumentos de avaliação em formato de *check-list* surge como estratégia para a promoção da segurança do paciente e dos profissionais, ao contribuir para o reconhecimento dos riscos, na redução dos eventos

adversos e implicações ético-legais às instituições. Esses instrumentos auxiliam na identificação de fragilidades e potencialidades do serviço, produzindo indicadores e colaborando para o planejamento de ações que visem garantir a qualidade da assistência em serviços de urgência e emergência (AMAYA et al., 2016).

Por fim, como estratégia da promoção da segurança do paciente são necessárias intervenções únicas ou articuladas, como implantação de um sistema efetivo de notificação, educação permanente, melhorias na comunicação, demandando avaliação pré-intervenção, bem como dos ganhos alcançados pós-implementação de intervenções de segurança, traduzidas pelo fortalecimento da cultura de segurança (SILVA; CARVALHO, 2016). Ao identificar as estratégias utilizadas para enfrentamento da ocorrência de eventos adversos a revisão retrospectiva de prontuários emerge como uma ferramenta para detectar a incidência desses eventos e suas características, considerando a subnotificação destes, em virtude de uma cultura não justa.

2.3. Conclusão referente a Revisão Integrativa da Literatura

Seis artigos foram selecionados para a realização desta Revisão Integrativa. A falta de recursos materiais, humanos e estruturais adequados são fatores que interferem diretamente na qualidade da assistência. Os principais erros e eventos adversos cometidos em serviços de pronto atendimento estão relacionados à identificação do paciente, processos não informatizados, ordens verbais, erros e eventos adversos sobre terapia medicamentosa e outros procedimentos (como nutrição enteral e cateter vascular) e ausência de registros. Como estratégias de prevenção e enfrentamento pode-se apontar a necessidade do envolvimento no cuidado do paciente, familiares, cuidadores e gestores. Além disso, destaca-se a demanda por processos informatizados, melhorias quanto à identificação do paciente e cuidados prestados (detalhes sobre medicações, técnicas realizadas), e o uso de *check-lists* auxiliando a assistência.

A identificação de falhas e imprecisões são relevantes no processo de avaliação da qualidade da assistência, e desta forma, elencar as estratégias de prevenção e enfrentamento colabora para a garantia de uma segurança do paciente efetiva em ambientes de pronto atendimento. Sendo assim, pretende-se contribuir com as reflexões acerca da prática diária e da formação de profissionais voltadas à adoção de estratégias de segurança do paciente, em especial em serviços de pronto atendimento, com destaque para necessidade de discernir os tipos de EA que atingem os pacientes, sua probabilidade de ocorrência, gravidade e grau de evitabilidade por meio de revisão de prontuários.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Avaliar a incidência e a evitabilidade de EA em pacientes adultos internados em uma unidade de pronto atendimento no município de Uberlândia – MG.

3.2. Objetivos específicos

- Mensurar a incidência de EA;
- Estimar a proporção de EA evitáveis;
- Caracterizar os EA identificados quanto as variáveis demográficas, clínicas, a natureza principal do problema e grau de gravidade;
- Analisar a qualidade das informações registradas nos prontuários dos pacientes, considerando a completude de seus principais componentes.

4. MÉTODO

4.1. Delineamento do estudo

Refere-se a um estudo observacional, analítico, de coorte retrospectiva, no qual as avaliações de incidência e evitabilidade de EA foram pautadas na revisão retrospectiva de prontuários de pacientes adultos cujas internações ocorreram ao longo do ano de 2018. Pesquisas que no delineamento os investigadores são observadores dos sujeitos, sem a realização de qualquer tipo de intervenção, são chamadas de estudos observacionais. Nesse sentido, em um estudo de coorte, o observador acompanha uma população ao longo do tempo ("a coorte"), buscando possível relação entre fator expositor e desfecho (CAMARGO; SILVA; MENEGUETT, 2019).

Esse tipo de estudo pode ser dividido em 2 subtipos: estudo de coorte retrospectivo (não concorrente) e estudo de coorte prospectivo (concorrente). Para um estudo de coorte retrospectivo as informações podem ser colhidas de forma predecessora do(s) fator(es) de exposição, ou seja, tanto a exposição, quanto o desfecho já ocorreram antes do início do estudo. Como potencialidades, os estudos não concorrentes são considerados mais baratos e usufruem de menos tempo quando comparados aos estudos concorrentes. Por outro lado, aponta-se algumas limitações acerca da estratégia de amostragem e qualidade das análises realizadas, visto que as informações podem ser incompletas ou inexatas (CAMARGO; SILVA; MENEGUETT, 2019).

Visto que já foi apresentado o delineamento do estudo, é imprescindível mencionar que para as estimativas da incidência e evitabilidade utilizou-se da versão informatizada dos formulários de rastreamento e avaliação de EA elaborados pelos pesquisadores responsáveis pelo Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS), estudo realizado em cinco países da América Latina (Argentina, Colômbia, Costa Rica, México e Peru), e desenvolvido com o apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010), cuja finalidade foi determinar a prevalência de EA associados à assistência hospitalar. Tais instrumentos tiveram como precursor, o método de Harvard Medical Practice Study (HMPS) e suas variações (BRENNAN et al., 1991, ARANAZ-ANDRÉS et al., 2011a, 2011b; ARANAZ-ANDRÉS et al., 2017; ZANETTI et al., 2021).

Vale destacar que os formulários utilizados nesta pesquisa foram previamente adaptados ao português brasileiro por pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Bem como, empregou-se, de modo complementar, o método de revisão retrospectiva de prontuários

proposto pelos pesquisadores do Canadian Adverse Event Study (CAES), uma das derivações mais relevantes do método de Harvard (BAKER et al., 2004).

Esse método e suas modificações requer a revisão retrospectiva de prontuários em duas etapas por revisores não médicos e médicos. Aborda sobre a identificação de EA pertinentes ao cuidado, estabelecendo a proporção de eventos evitáveis, a fim de caracterizar a natureza e a singularidade de cada EA (KEULEN, 2017; LEAPE et al., 1991).

Por fim, trata-se de uma pesquisa guarda-chuva, que tem como base a metodologia empregada em um estudo maior, com diferentes locais de pesquisa (Ribeirão Preto, Américo Brasiliense, Uberlândia e Passos).

4.2. Local de estudo

A pesquisa foi desenvolvida em unidade pública de pronto atendimento, situada no município de Uberlândia, conhecida como Unidade de Atendimento Integrado (UAI). Pertence à mesorregião do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba, no Estado de Minas Gerais, região Sudeste do Brasil (IBGE, 2010). O município em questão está dividido em cinco setores sanitários: Norte, Sul, Leste, Oeste, Central, sendo que o local para a pesquisa corresponde à UAI Pampulha, situada no Setor Sul.

Em relação à gestão das unidades existentes no município, muitas delas são geridas por Organizações Sociais, sem fins lucrativos. Com base nisso, cabe apontar que a unidade da UAI Pampulha foi criada em 1994 e administrada pela Organização Social Missão Sal da Terra desde 29 de março de 2010 por meio do Contrato de Gestão firmado com a Prefeitura Municipal de Uberlândia que transfere à Missão Sal da Terra a responsabilidade de gerenciar o atendimento à população.

O Pronto Atendimento (PA) funciona 24 horas de segunda a segunda, conta com as especialidades de clínica médica e traumatologia. A unidade possui 09 leitos de observação e 02 leitos de sala de emergência para acomodar os pacientes até a transferência para o serviço terciário. A denominação "leitos de observação" foi criada, pois o pronto atendimento não é uma unidade de internação, porém pela carência de leitos de enfermaria e UTI/SUS, em diversos casos, torna-se necessário a permanência do paciente em período superior às 24 horas, caracterizando internação.

São alocados no leito de observação os pacientes com quadro clínico estabilizado que requerem procedimentos rotineiros (medicação, curativos, verificação de sinais vitais, etc.). Aqueles em que o quadro clínico ainda seja considerado instável, em uso de ventilação

mecânica, de medicamentos vasoativos, entre outros, que podem necessitar de manobras ou procedimentos de urgência/emergência (reanimação cardiorrespiratória, por exemplo) são acomodados nos leitos da sala de emergência. Essa dinâmica de alocação é importante tanto para a segurança dos pacientes quanto para a rápida intervenção dos profissionais.

Essa estrutura, em 2018, apresentou taxa de ocupação de 305,5% nos leitos de observação e uma taxa de ocupação de 128,9% na sala de emergência. Em relação à média de permanência, foram 5,8 dias e 5,6 dias respectivamente. Os pacientes excedentes são acomodados em macas, nos corredores do pronto atendimento. A Unidade de Atendimento Integrado - UAI Pampulha apresentou 103.492 atendimentos no ano de 2018, sendo 54.252 atendimentos anuais referentes a Clínica Média e 49.240 referentes a Traumatologia, acarretando uma média mensal de 4.521 atendimentos/mês e 4.103 atendimentos/mês, respectivamente.

4.3. Casuística

Os prontuários elegíveis para este estudo foram selecionados segundo os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos.

<u>Critérios de inclusão:</u> prontuários de pacientes adultos admitidos na internação do pronto atendimento, no período compreendido entre janeiro e dezembro de 2018, com saída (altas/transferências/óbito) no mesmo ano, e as características subsequentes:

- 1. Idade igual ou superior a 18 anos;
- 2. Admissão com mais de 24 horas de permanência na unidade.

<u>Critérios de exclusão:</u> Foram excluídos do estudo os prontuários de pacientes que apresentaram ao menos uma das seguintes particularidades:

- 3. Prontuário com eventual ausência de informação imprescindível ao estudo;
- 4. Diagnóstico principal relacionado a doenças psiquiátricas;
- 5. Paciente obstétrica;
- 6. Paciente em cuidados paliativos com registro no prontuário.

4.4. Cálculo e distribuição do tamanho amostral

Levando em consideração o tamanho da amostra relacionada ao fluxo de atendimentos, foi solicitada uma lista de prontuários ao local de estudo (UAI Pampulha) referente às internações ocorridas em 2018, em concordância com os critérios de elegibilidade utilizados

pelo estudo. Foram identificados 1829 prontuários de 01 janeiro de 2018 a 31 de dezembro de 2018 de acordo com os critérios adotados na pesquisa. A fim de conhecer a probabilidade de ocorrência do evento estudado por intermédio de pesquisas prévias ou por estimativa de um valor hipotético em uma população específica, torna-se imprescindível o cálculo do tamanho da amostra (FRANCO; PASSOS, 2011; SCHEAFFER et al., 2011; LUIZ; MAGNANINI, 2000).

De tal forma, a probabilidade de ocorrência de EA na pesquisa é de 8,6%, valor encontrado no estudo de Mendes et al. (2009), também baseado no estudo de Zanetti (2019) e nível de significância de 5% e erro absoluto de 3%. Verificou-se ainda, uma perda estimada de 10%. O tamanho da amostra foi calculada por meio da fórmula do cálculo amostral aleatório simples: n= Zα2.P.Q/d2 (FRANCO; PASSOS, 2011) e por se tratar de uma população finita, foi corrigido o valor inicial utilizando a mesma fórmula, encontrando um resultado de 312 prontuários. Em seguida estes foram sorteados de forma aleatória por meio do programa IBM SPSS® Statistics versão 25.

A amostra do estudo foi calculada a partir de 1829 prontuários elegíveis, totalizando 312 prontuários. Desse total, foram excluídos 53 prontuários que não se encaixavam nos critérios de inclusão da pesquisa, sendo 37 prontuários por "internação menor de 24 horas", 11 prontuários devido diagnóstico principal de psiquiatria e 5 prontuários por diagnóstico de cuidados paliativos. A fim de substituir a amostra excluída, foi realizado novo sorteio de prontuários dentro do n dos 1517 restantes. Foram selecionados 53 prontuários correspondentes aos excluídos anteriormente, porém como critério para substituição dos excluídos, selecionouse apenas 37 prontuários correspondentes ao total de excluídos por internação menor de 24 horas de permanência na Instituição. Dessa forma, 296 prontuários totalizaram a nova amostra selecionada para o estudo.

4.5. Instrumentos de coletas de dados

Esse estudo utilizou-se da versão informatizada dos formulários de rastreamento e avaliação de EA (Apêndices B e C) para coordenar a revisão retrospectiva dos prontuários.

Os instrumentos constam no software intitulado Sistema IBEAS - Evento Adverso Hospitalar, versão 1.1, desenvolvido no ano de 2012 pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Ressalta-se que foram concedidas à um dos membros do grupo de pesquisa, as autorizações do acesso ao software e da utilização dos instrumentos de coleta de dados pelos desenvolvedores do Sistema IBEAS - Evento Adverso Hospitalar, bem como os pesquisadores responsáveis pela

elaboração da versão original do IBEAS (Anexos A e B).

O Formulário de Rastreamento (Apêndice B) representa a primeira fase do software Sistema IBEAS - Evento Adverso Hospitalar, e são organizadas em cinco categorias, sendo elas: dados demográficos do paciente (idade, sexo, escolaridade e raça); dados clínicos (fatores de risco intrínsecos e extrínsecos - Quadros 2 e 3, realização de procedimento invasivo e diagnóstico principal); dados da internação (tempo de permanência hospitalar, caráter da internação e tipo de saída); critérios de rastreamento de pEA (Quadro 4), e dados sobre a qualidade das informações do prontuário (situação do prontuário) visto no Quadro 5.

É nesta fase que os prontuários dos pacientes são analisados por profissionais da saúde não médicos, todos previamente habilitados para a execução da função, com intuito de rastrear potenciais eventos adversos (pEA) por intermédio de, ao menos um, marcador positivo no que diz respeito aos 19 critérios de rastreamento contemplados pelo formulário. Logo após, os casos elegíveis, com constatação de pEA, seguem para a segunda fase do estudo.

Quadro 2 – Fatores intrínsecos dos pacientes abrangidos pela primeira etapa de avaliação dos prontuários. Uberlândia, 2021.

Itens	FR INTRÍNSECO	Sim	Não
1	Coma		
2	Insuficiência renal		
3	Diabetes		
4	Neoplasia		
5	Imunodeficiência / AIDS		
6	Doença pulmonar crônica		
7	Neutropenia		
8	Cirrose hepatica		
9	Abuso de droga		
10	Obesidade		
11	Hipoalbuminemia / desnutrição		
12	Úlcera por pressão		
13	Malformações Congênitas		
14	Insuficiência Cardíaca		
15	Doença Coronariana		
16	Hipertensão arterial (HAS)		
17	Hipercolesterolemia		
18	Prematuridade		
19	História de alcoolismo		

Quadro 3 – Fatores extrínsecos dos pacientes abrangidos pela primeira etapa de avaliação dos prontuários. Uberlândia, 2021.

Itens	FR EXTRÍNSECO	Sim	Não
1	Sonda urinária aberta		
2	Sonda urinária fechada		
3	Cateter venoso periférico		
4	Cateter arterial		

5	Cateter central de inserção periférica (PIC)	
6	Cateter venoso central	
7	Cateter umbilical (veia)	
8	Cateter umbilical (artéria)	
9	Nutrição parenteral	
10	Nutrição enteral	
11	Sonda nasogástrica	
12	Traqueostomia	
13	Ventilação mecânica	
14	Terapia imunossupressora	
15	Bomba de infusão	
16	Hemodiálise	
17	Diálise peritoneal	
18	Intubação traqueal	

Quadro 4 – Critérios de rastreamento de potenciais eventos adversos abrangidos pela primeira etapa de avaliação dos prontuários. Uberlândia, 2021.

Critérios de rastreamento de potenciais eventos adversos

- 1. Internação prévia nos últimos 12 meses em pacientes com menos de 65 anos, ou internação prévia nos últimos 6 meses em pacientes com 65 anos ou mais.
- 2. Tratamento antineoplásico nos 6 meses anteriores à internação.
- 3. Traumatismo, acidente ou queda durante a internação.
- 4. Efeito indesejado ao medicamento.
- 5. Febre acima de 38,3° C no dia anterior à alta programada.
- 6. Transferência de uma unidade de internação geral a outra de cuidados intensivos ou semi-intensivos.
- 7. Transferência para outro hospital de cuidados agudos.
- 8. Segunda intervenção cirúrgica durante esta internação.
- 9. Após a realização de um procedimento invasivo, ocorreu uma lesão em um órgão ou sistema que necessitará de tratamento clínico ou cirúrgico.
- 10. Alteração neurológica ausente na admissão, mas presente no momento do estudo.
- 11. IAM (infarto agudo do miocárdio), AVC (acidente vascular cerebral) ou TEP (tromboembolismo pulmonar) durante ou após um procedimento invasivo.
- 12. Parada cardiorrespiratória ou pontuação APGAR baixa.
- 13. Dano ou complicação relacionada a aborto, amniocentese, parto ou pré-parto.
- 14. Óbito
- 15. Intervenção cirúrgica aberta não prevista ou internação para intervenção, seja ela laparoscópica ou aberta, após uma intervenção ambulatorial programada.
- 16. Algum dano ou complicação relacionada a uma cirurgia ambulatorial ou a um procedimento invasivo que resultou em internação ou avaliação no serviço de emergência.
- 17. Qualquer tipo de infecção associada ao cuidado.
- 18. Documentação ou correspondência no prontuário (incluída reclamação patrimonial) em relação à assistência, que pudesse sugerir litígio.
- 19. Qualquer outra ocorrência indesejada não mencionada acima.

Quadro 5 – Dados sobre a qualidade das informações do prontuário (situação do prontuário). Uberlândia, 2021. Situação do prontuário 0. Na internação índice o paciente foi atendido pelo setor de emergência deste ou de outro hospital? 0.1 Documentação adequada? 1. Evidência da admissão do paciente no setor de emergência foi obtida através de anotação da enfermagem? 1.1 Documentação adequada? 2.0 Evidência da admissão do paciente no setor de emergência foi obtida através de anotação do Médico? 2.1 Documentação adequada? 2.2 O paciente permanece mais de 24 horas no hospital?

- 3. identificação do paciente?
- 3.1 Documentação adequada?
- 4. Sumário de Alta?
- 4.1 Documentação adequada?
- 5. Anamnese e exame físico?
- 5.1 Documentação adequada?
- 6. Apontamento da evolução médica/multidisciplinar sobre a evolução do paciente?
- 6.1 Documentação Adequada?
- 7. avaliação inicial da enfermagem?
- 7.1 Documentação Adequada?
- 8. Anotação da enfermagem?
- 8.1 Documentação Adequada?
- 9. Avaliação do paciente pelo Assistente Social?
- 9.1 Documentação Adequada?
- 10. Ordem Médica e medicação?
- 10.1 Documentação Adequada?
- 11. Relatório de procedimentos (ex. cirúrgico)?
- 11.1 Documentação Adequada?
- 12. Resultado de laboratórios de patologia?
- 12.1 Documentação Adequada?
- 13. Diagnóstico de imagem?
- 13.1 Documentação Adequada?
- 13.2Houve avaliação e orientação do farmacêutico Clínico?
- 14. Houve reconciliação dos medicamentos de uso domiciliar?
- 15. Houve algum relato no prontuário de eventos relacionados a medicamentos?

O Formulário de Avaliação (Apêndice C) é realizado na segunda fase pelo profissional médico, a fim de identificar os incidentes e EA previamente rastreados. Tal instrumento é composto por cinco módulos descritos a seguir:

- Módulo A Informação do paciente e antecedentes do EA;
- Módulo B A lesão e suas consequências;
- Módulo C Período de internação durante o qual ocorreu o EA-caso;
- Módulo D Principais problemas no processo de cuidado;
- Módulo E Fatores causais, fatores contribuintes e possibilidade de prevenção da ocorrência adversa com lesão e sem lesão.

O preenchimento dos módulos tem a seguinte lógica: Para os módulos A e E devem ser preenchidos para todos os incidentes, independente de haver ou não lesão. Nos casos dos módulos do B, C e D, o preenchimento somente ocorre quando se constata lesão (evento-adverso).

Quando lesão, dano ou complicação não intencional são identificados, o profissional médico avalia sequela para o paciente, causa e grau de incapacidade ou disfunção.

Outro ponto importante, identificado para os casos de evento adverso, é com que grau de evidência a lesão ou dano foi consequência do cuidado em saúde prestado, segundo uma escala de seis níveis: (1) Ausência de evidência de que o evento adverso se deve ao cuidado do

paciente - a lesão deve-se inteiramente à patologia do paciente; (2) Mínima probabilidade de que o cuidado seja a causa; (3) Pouca probabilidade de que o cuidado seja a causa; (4) Moderada probabilidade de que o cuidado seja a causa; (5) Muito provável que o cuidado seja a causa; e (6) Total evidência de que o cuidado seja a causa do evento adverso.

Em relação aos níveis de evidência 1, 2 e 3 não correlacionam a lesão ou o dano sofrido à um EA relacionado ao cuidado prestado e, desse modo, a avaliação é encerrada. Em compensação, as assertivas 4, 5 e 6 indicam a presença do EA associado ao cuidado em saúde, sendo assim, outros itens devem ser avaliados, dentre eles: momento de ocorrência e detecção do EA, local de ocorrência do EA, classificação do EA, fatores contribuintes, evitabilidade, julgamento do revisor, qualidade da informação do prontuário, entre outros.

Quanto a evitabilidade dos eventos adversos, há uma escala de escala de seis níveis, sendo: (1) Ausência de evidência de possibilidade de evitabilidade; (2) Mínima possibilidade de evitabilidade; (3) Ligeira possibilidade de evitabilidade; (4) Moderada possibilidade de evitabilidade; (5) Elevada possibilidade de evitabilidade; e (6) Total evidência de possibilidade de evitabilidade. Os níveis de evidência 1, 2 e 3 apontam EA não evitáveis, e os níveis de evidência 4, 5 e 6 apontam os EA evitáveis.

4.6. Coleta de dados

A coleta de dados foi conduzida de modo a responder aos objetivos deste trabalho, conforme detalhado no Fluxograma de Coleta de Dados (Apêndice A). A princípio, foram eleitos profissionais enfermeiros e médico para atuarem como revisores dos prontuários amostrados, sendo três enfermeiros, e um médico, considerando ao menos um dos seguintes critérios de seleção: possuir experiência na área de segurança do paciente e/ou na área clínica/assistencial.

A coleta de dados iniciou-se mediante a escolha do local, levando em conta a infraestrutura e a sistematização dos prontuários físicos e eletrônicos, bem como a instalação do Sistema IBEAS — Evento Adverso Hospitalar, além de alinhamento de definições conceituais e estabelecimento de consenso entre os revisores. As definições conceituais pactuadas entre os revisores estão descritas no Quadro 06 (MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, 2006; ZANETTI, 2019):

Quadro 6 – Definições Conceituais. Uberlândia, 2021.

Incidente	Toda ocorrência ou circunstância detalhada no		
	prontuário do paciente que poderia ter resultado, ou		
	resultou, em dano ao paciente. Pode ocorrer em		
	virtude do cuidado em saúde prestado ou das		
	condições inerentes à doença de base do paciente.		
Incidente sem dano	Toda ocorrência indesejada verificada por meio das		
	informações descritas no prontuário que, em outras		
	circunstâncias, poderia ter provocado dano,		
	complicação ou perda de qualquer tipo ao paciente, ou		
	ainda, que poderia oportunizar o acontecimento de um		
	EA.		
Evento adverso (incidente com dano)	Toda ocorrência inesperada e evidenciada no		
	prontuário que acarretou dano ao paciente (lesão,		
	incapacidade, prolongamento do tempo de		
	permanência hospitalar, sequela no momento da alta		
	e/ou óbito). Considerou-se, neste estudo, os EA		
	alusivos ao cuidado em saúde ofertado ao paciente, e		
	não à evolução de sua doença, sendo classificados		
	conforme a gravidade em: leve (não houve prolongamento do tempo de permanência hospitalar);		
	moderado (houve prolongamento do tempo de		
	permanência em, no mínimo, um dia); e grave		
	(ocasionou óbito, incapacidade no momento da alta ou		
	necessitou de intervenção cirúrgica).		
Procedimentos invasivos	Procedimentos clínicos, ou para diagnóstico, sob		
1 Tocaline itos ilivasivos	anestesia local, sem sedação; procedimentos de		
	pequeno e médio porte, sob anestesia loco-regional;		
	procedimentos para controle de infecção pós-		
	operatória e procedimentos de enfermagem.		

Com relação a evitabilidade, o EA seria considerado evitável quando houvesse evidências de que poderia ter sido impedido com a adoção de práticas gerenciais ou assistenciais distintas daquelas aplicadas. Via de regra, para que um EA fosse julgado como evitável, o revisor médico deveria estabelecer que existiu uma falha no processo de cuidado devido à não conformidade com as práticas vigentes ou que o desempenho do profissional de saúde envolvido não ocorreu em consonância com o esperado, ponderando o contexto em questão (WILSON et al., 2012; ZANETTI, 2019).

Com as definições de âmbito operacional, o próximo passo foi a realização de capacitação dos profissionais revisores para análise dos prontuários físicos e eletrônicos. Todos os revisores foram capacitados a partir de uma análise de prontuários pilotos até que os conceitos fossem alinhados entre todos. O Quadro 7 refere as fases da coleta de dados, na qual foi realizada diretamente dos prontuários físicos e eletrônicos nas dependências da instituição no período de março de 2020 a dezembro de 2020.

Quadro 7 – Sumário das fases da coleta de dados. Uberlândia, 2021.

Fase 1 – Formulário de rastreamento

- 1. Coleta dos dados demográficos, clínicos e referentes à internação dos pacientes.
- 2. Rastreamento de potenciais eventos adversos por revisores não médicos.
- 3. Análise da concordância entre os revisores

Fase 2 – Formulário de avaliação

- 1. Revisão dos prontuários com rastreadores identificados na fase 1 (potenciais eventos adversos) por revisores médicos.
- 2. Julgamento da ocorrência de eventos adversos e análise de causalidade.
- 3. Caracterização dos eventos adversos quanto à probabilidade de ocorrência e circunstância de origem e detecção.
- 4. Classificação dos eventos adversos e indicação de sua gravidade.
- 5. Estimativa do tempo de permanência hospitalar adicional atribuível ao evento adverso, necessidade de diagnósticos e/ou tratamentos adicionais, e identificação do tipo de erro e fatores causais
- 6. Determinação da possibilidade de evitabilidade dos eventos adversos.

4.7. Variáveis

A descrição das variáveis está apontada no Quadro 8, a partir dos estudos de Mendes (2009) e Zanetti (2019):

Quadro 8 - Descrição das Variáveis. Uberlândia, 2021.

	Variaveis. Oberiandia, 2021.		
VARIÁVEIS	DESCRIÇÃO		
Classificação do EA	categórica nominal, classificada em: 'Cuidado em		
	geral', 'Medicação', 'Infecção Hospitalar',		
	'Procedimentos', 'Diagnóstico' e 'Outros'.		
Comorbidades	categórica dicotômica, classificada em: 'ausente' e		
	'presente'.		
Critérios de Rastreamento	categórica nominal, classificada em: 'Internação		
Criterios de Rustreamento	prévia nos últimos 12 meses em pacientes com menos		
	de 65 anos, ou internação prévia nos últimos 6 meses		
	em pacientes com 65 anos ou mais'; 'Tratamento		
	antineoplásico nos 6 meses anteriores à internação';		
	'Traumatismo, acidente ou queda durante a		
	internação; Efeito indesejado ao medicamento';		
	'Febre acima de 38,3° C no dia anterior à alta		
	programada'; 'Transferência de uma unidade de		
	internação geral a outra de cuidados intensivos ou		
	semi-intensivos'; 'Transferência para outro hospital		
	de cuidados agudos; Segunda intervenção cirúrgica		
	durante esta internação'; 'Após a realização de um		
	procedimento invasivo, ocorreu uma lesão em um		
	órgão ou sistema que necessitará de tratamento clínico		
	ou cirúrgico'; 'Alteração neurológica ausente na		
	admissão, mas presente no momento do estudo'; 'IAM		
	(infarto agudo do miocárdio), AVC (acidente vascular		
	cerebral) ou TEP (tromboembolismo pulmonar)		
	durante ou após um procedimento invasivo'; 'Parada		
	cardiorrespiratória ou pontuação APGAR baixa';		
	'Dano ou complicação relacionada a aborto,		
	amniocentese, parto ou pré-parto'; 'Obito';		
	'Intervenção cirúrgica aberta não prevista ou		

	internação para intervenção, seja ela laparoscópica ou aberta, após uma intervenção ambulatorial programada'; 'Algum dano ou complicação relacionada a uma cirurgia ambulatorial ou a um procedimento invasivo que resultou em internação ou avaliação no serviço de emergência'; 'Qualquer tipo de infecção associada ao cuidado'; 'Documentação ou correspondência no prontuário (incluída reclamação patrimonial) em relação à assistência, que pudesse sugerir litígio'; 'Qualquer outra ocorrência indesejada não mencionada acima'.
Diagnóstico Principal	categórica nominal, classificada como: 'Doenças do Sistema Nervoso', 'Doenças do Sistema Respiratório', 'Doenças do Sistema Cardiovascular', 'Doenças do Sistema Endócrino, Nutricionais e Metabólico', 'Doenças do Sistema Digestivo', 'Doenças do Sistema Relacionadas a Traumas', 'Doenças do Aparelho Genito Urinário', 'Distúrbios Metabólicos', 'Neoplasias', 'Sistema Vascular', 'Urgência Clínica Médica', 'Doenças Infecciosas e Intestinais', 'Doenças Bacterianas', 'Doenças Hepáticas/Pâncreas/Vias Biliares'.
EA relacionado ao cuidado em geral	categórica nominal, classificada em: 'Úlcera de pressão', 'Queimaduras, escoriações e contusões (incluindo fraturas consequentes)', 'EAP (Edema agudo de pulmão) e Insuficiência respiratória', 'Outras consequências da imobilidade prolongada', 'Outros'.
EA relacionado ao diagnóstico	categórica nominal, classificada em: 'Atraso no
EA relacionado ao medicamento	diagnóstico', 'Erro no diagnóstico', 'Outros'. categórica nominal, classificada em: 'Náuseas, vômitos ou diarreia secundários à medicação', 'Prurido, rash (exantemas) ou leses dermatológicas reativas a fármacos ou produtos típicos', 'Controle inadequado da glicemia', 'Hemorragia por anticoagulação', 'Agravamento da função renal', 'Hemorragia digestiva alta', 'Atraso no tratamento medicamentoso', 'Insuficiência cardíaca e choque', 'Infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC), tromboembolismo pulmonar (TEP)', 'Neutropenia', 'Alterações neurológicas por fármacos', 'Alteração do ritmo cardíaco ou atividade elétrica por fármacos', 'Hipotensão por fármacos', 'Infecção oportunista por tratamento imunossupressor', 'Desequilíbrio de eletrólitos', 'Cefaléia por fármacos', 'Tratamento médico não efetivo', 'Reações adversas a agentes anestésicos', 'Outros'.
EA relacionado ao procedimento	categórica nominal, classificada em: 'Hemorragia ou hematoma relacionado à intervenção cirúrgica ou outro procedimento', 'Lesão em um órgão durante um procedimento', 'Outras complicações após intervenção cirúrgica ou outro procedimento', 'Intervenção cirúrgica que não obteve o resultado ou incompleta', 'Ruptura uterina', 'Pneumotórax', 'Suspensão da intervenção cirúrgica', 'Retenção urinária', 'Eventração ou evisceração', 'Deiscência de suturas', 'Hematúria', 'Complicações locais por radioterapia', 'Seroma', 'Aderências e alterações

	funcionais após intervenção cirúrgica', 'Complicações
	neonatais decorrentes do parto', 'Flebite', 'Outros'.
Erro de Comissão	categórica nominal, classificada em: 'Técnica
	cirúrgica errada', 'Tratamento inapropriado',
T. 0.1.7	'Medicamento inapropriado', 'Outros'.
Erro por Omissão	categórica nominal, classificada em: 'Não tomar as
	medidas de precaução', 'Não realizar os exames indicados', 'Demora evitável de diagnóstico',
	'Acompanhamento inadequado da terapêutica', 'Não
	agir diante dos resultados dos exames', 'Outros'.
Escolaridade	categórica nominal, classificada em: 'ensino
	fundamental completo', 'ensino fundamental
	incompleto', 'ensino médio completo', 'ensino médio
	incompleto', 'ensino superior completo', 'nenhuma',
Evidência de possibilidade de evitabilidade	'sem informação'. categórica nominal, classificada em: 'Ausência de
Evidencia de possibilidade de evitabilidade	evidência de possibilidade de evitabilidade', 'Mínima
	possibilidade de evitabilidade', 'Ligeira possibilidade
	de evitabilidade', 'Moderada possibilidade de
	evitabilidade', 'Elevada possibilidade de
	evitabilidade', 'Total evidência de possibilidade de
Evitabilidade	evitabilidade'. categórica dicotômica, classificada em: 'Evitável' e
Evitabilitatie	'Não evitável'.
Fator causal	categórica nominal, classificada em: 'Relacionado ao
	Medicamento', 'Relacionado à Gestão', 'Relacionado
	ao Diagnóstico', 'Relacionado à Comunicação',
	'Relacionado aos Cuidados', 'Outros cuidados não
Fatores extrínsecos	citados'. categórica nominal, classificada em: 'Sonda urinária
Tatores extrinsees	aberta', 'Sonda urinária fechada', 'Cateter venoso
	periférico', 'Cateter arterial', 'Cateter central de
	inserção periférica' (PICC), 'Cateter venoso central',
	'Cateter umbilical', 'Nutrição parenteral', 'Nutrição
	enteral', 'Sonda nasogástrica', 'Traqueostomia', 'Ventilação mecânica', 'Terapia imunossupressora',
	'Bomba de infusão', 'Hemodiálise', 'Diálise
	peritoneal', 'Intubação Orotraqueal'.
Fatores intrínsecos	categórica nominal, classificada em: 'Coma',
	'Insuficiência renal', 'Diabetes', 'Neoplasia',
	'Imunodeficiência/AIDS', 'Doença pulmonar
	crônica', 'Neutropenia', 'Cirrose hepática', 'Abuso de droga', 'Obesidade', 'Hipoalbuminemia/desnutrição',
	'Úlcera por pressão', 'Malformações Congênitas',
	'Insuficiência Cardíaca', 'Doença Coronariana',
	'Hipertensão arterial' (HAS), 'Hipercolesterolemia',
	'Prematuridade', 'História de alcoolismo'.
Gravidade do EA	categórica nominal, classificada em: 'Leve - Sem prolongamento do tempo de permanência'; 'Moderada
	- Prolongamento do tempo de permanência de pelo
	menos 1 dia', 'Grave - Óbito, incapacidade na alta ou
	que necessitou de intervenção cirúrgica'.
Grupo etário	categórica dicotômica, classificada em: '< 60 anos' e '60 anos ou mais'.
Incidentes	numérica discreta, obtida pela ocorrência de incidentes.
Necessidade de exames diagnósticos adicionais	categórica dicotômica, classificada em: 'sim' e 'não'.
Necessidade de tratamentos adicionais	categórica dicotômica, classificada em: 'sim' e 'não'.
Nível de confiança de que o cuidado foi causador	categórica nominal, classificada em: 'Ausência de
da lesão	evidência de que o evento adverso se deve ao cuidado

	1
	do paciente. A lesão deve-se inteiramente à patologia do paciente', 'Mínima probabilidade de que o cuidado seja a causa', 'Pouca probabilidade de que o cuidado seja a causa', 'Moderada probabilidade de que o cuidado seja a causa', 'Muito provável que o cuidado seja a causa', 'Total evidência de que o cuidado seja a causa'.
Número de comorbidades	numérica nominal, classificada em 'presente' e 'ausente'.
Número de critérios de rastreamento	numérica discreta, obtida pela soma de ocorrências das condições descritas pela variável categórica 'critérios de rastreamento'.
Número de fatores extrínsecos	numérica discreta, obtida pela soma de ocorrências das condições descritas pela variável categórica 'fatores extrínsecos'.
Número de fatores intrínsecos	numérica discreta, obtida pela soma de ocorrências das condições descritas pela variável categórica 'fatores intrínsecos'.
Ocorrência de EA	categórica dicotômica, classificada em: 'sim' e 'não'.
Outros EA	categórica dicotômica, classificada em: 'Falta de especificação' e 'Outros'.
Potencial evento adverso	categórica dicotômica, obtida pela ocorrência de, ao menos, um critério de rastreamento, classificada em: 'sim' e 'não'.
Probabilidade de ocorrência do EA	categórica nominal, classificada em: 'Muito Provável', 'Provável', 'Pouco Provável', 'Improvável', 'Sem Informação'.
Procedimento	categórica dicotômica, classificada em: 'sim' e 'não'.
Tipos de procedimento	categórica nominal, classificada em: 'Acesso Venoso Periférico' (AVP), 'Sondagem Nasoenteral' (SNE), Sondagem Vesical de Demora' (SVD), 'Sondagem Vesical de Alívio' (SVA), 'Intubação Orotraqueal' (IOT), 'Acesso Venoso Central' (AVC), 'Sondagem Nasogástrica' (SNG), 'Hemodiálise', 'Nenhum'.
Prognóstico	categórica nominal, classificada em: 'Recuperação completa ao estado de saúde basal do paciente', 'Recuperação com incapacidade residual', 'Doença terminal'.
Qualidade da informação sobre o EA no prontuário	categórica dicotômica, classificada em: 'informação inadequada ou pouco adequada', 'informação parcialmente adequada ou totalmente adequada'.
Raça	categórica nominal, classificada em: 'branco', 'preto', 'pardo', 'amarelo', 'indígena' e 'outros'.
Relação entre o EA e o tempo de permanência hospitalar	categórica nominal, classificada em: 'Não aumentou o tempo de permanência', 'Parte do tempo de permanência', 'Causou uma reinternação'.
Sexo	categórica dicotômica, classificada em: 'masculino' e 'feminino'.
Tempo de permanência hospitalar	numérica discreta, em dias, obtida pelo cálculo: 'data de alta – data de internação'.
Tipo de erro	categórica dicotômica, classificada em: 'Erro Humano' e 'Falha de sistema'.
Tipo de erro humano	categórica dicotômica, classificada em: 'Erro de Comissão' e 'Erro por Omissão'.
Tipo de incidente	categórica nominal, classificada em: 'Com dano' e 'Sem dano'.
Tipo de saída	categórica nominal, classificada em: 'alta a pedido', 'alta melhorada' e 'transferência'.

4.8. Registro e análise dos dados

Os dados coletados foram armazenados no software Sistema IBEAS – Evento Adverso Hospitalar, utilizando o MySQLTM Workbench, um sistema de gerenciamento de banco de dados que comporta a inserção e exploração das informações por intermédio de uma aplicação cliente-servidor (MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, 2006). Em um segundo momento, os bancos de dados gerados foram exportados para armazenamento em planilhas do Microsoft® Excel® 2016. O programa utilizado para a realização da análise dos dados foi o *Software R Version 3.4* (R CORE TEAM, 2021), considerando um nível de significância de 5% (α =0,05) e intervalo de confiança (IC) de 95%. O software gratuito R é uma linguagem e ambiente para computação estatística e técnicas gráficas.

Foi aplicado a estatística descritiva sendo as variáveis categóricas descritas enquanto frequências absolutas e relativas e as numéricas por média, desvio padrão, mediana e valores mínimo e máximo (MARTINEZ, 2015). Foram realizados os testes Exato de Fisher, que é utilizado em dados categóricos quando o tamanho da amostra é menor que 20, e o U de Mann-Whitney de amostras independentes, que compara as medianas entre as amostras.

4.9. Aspectos éticos da pesquisa

O processo inicial se deu com o encaminhamento de um requerimento formal de autorização à instituição selecionada para execução desta pesquisa (Anexo C). No cumprimento da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que diz respeito às diretrizes e normas preconizadas em pesquisa envolvendo seres humanos, este projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, com aprovação na data de 23 de março de 2019, CAAE 06665419.0.0000.5393 (Anexo D).

Os profissionais revisores convidados para participar da pesquisa foram informados sobre os objetivos e métodos do estudo, assim como dos aspectos éticos que norteiam uma investigação científica. Ressaltando-se que todos os revisores tiveram que anuir a Declaração de Ciência e Compromisso Ético do Revisor da Pesquisa (Anexo E). Solicitou-se ao Comitê de Ética em Pesquisa a dispensa da obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido relativo aos pacientes incluídos na pesquisa, visto que a realização do estudo ocorre em um período em que a internação hospitalar desses indivíduos se encerrou, não havendo qualquer tipo de intervenção (Anexo F).

5. RESULTADOS

5.1. Fase 1 - Formulário de Rastreamento

A primeira fase do estudo visou analisar os 296 pacientes selecionados. Nessa etapa foram avaliados os dados demográficos, faixa etária, condição clínica (principais diagnósticos, procedimentos realizados e fatores intrínsecos e extrínsecos) e os critérios de rastreamento dos EA. Além disso, houve a verificação da qualidade das informações coletadas dos prontuários.

Tabela 1 - Caracterização dos pacientes segundo dados demográficos (N = 296). Uberlândia, 2021.

VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS	N	%
Sexo		
Feminino	134	45,3
Masculino	161	54,4
Sem Informação	1	0,3
Raça		
Branco	110	37,2
Indígena	1	0,3
Sem informação	96	32,4
Pardo	65	22
Preto	24	8,1
Nível de Escolaridade		
Ensino fundamental completo	25	8,4
Ensino fundamental incompleto	15	5,1
Sem informação	200	67,6
Ensino médio completo	14	4,7
Ensino médio incompleto	10	3,4
Ensino superior completo	2	0,7
Mestrado ou doutorado completo	3	1
Analfabeto	10	3,4
Alfabetização para adultos	17	5,7

De acordo com a caracterização dos pacientes segundo os dados demográficos, observase que as características predominantes são pessoas do sexo masculino (54,4%), de raça branca (37,2%) e que não informaram o nível de escolaridade (67,6%).

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes segundo a faixa etária (N = 296). Uberlândia, 2021.

FAIXA ETÁRIA	N	%
18 a 29 anos	21	7,1
30 a 39 anos	41	13,9
40 a 49 anos	32	10,8
50 a 59 anos	46	15,5
60 a 69 anos	70	23,6
70 a 79 anos	40	13,5
80 a 89 anos	39	13,2
90 a 99 anos	6	2
100 anos ou mais	1	0,3

É possível afirmar que 52,7% (N=156) dos pacientes estudados possuem 60 anos ou mais. Dentre eles, a faixa etária mais frequente é a de 60 a 69 anos (23,6%), logo após a de 70 a 79 anos (13,5%) e em seguida os pacientes com 80 a 89 anos (13,2%).

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes segundo os diagnósticos principais (N = 296). Uberlândia, 2021.

DIAGNÓSTICO	N	%
Doenças relacionadas a traumas	76	25,7
Doenças do Sistema Respiratório	35	11,8
Doenças Hepáticas/ Pâncreas/Vias Biliares	30	10,1
Doenças do aparelho gênito urinário	28	9,5
Doenças do Sistema Nervoso	24	8,1
Doenças do Sistema Cardiovascular	19	6,4
Doenças Infecciosas e Intestinais	16	5,4
Doenças Bacteriana	16	5,4
Urgência Clínica Médica	14	4,7
Doenças do Sistema Digestivo	13	4,4
Sistema Vascular	13	4,4
Doenças do Sistema Endócrino, Nutricionais e Metabólicos	8	2,7
Distúrbios metabólicos	2	0,7
Neoplasias	2	0,7

Foram levantados também os diagnósticos dos pacientes em estudo. Pela tabela 3 podese destacar as pessoas que possuíam doenças relacionadas a traumas, doenças do sistema respiratório, doenças hepáticas/pâncreas/vias biliares, doenças do aparelho gênito urinário e doenças do sistema nervoso, têm porcentagem respectivamente, 25,7%, 11,8%, 10,1%, 9,5% e 8,1%, totalizando assim, 65,2% das ocorrências.

Tabala 1	Distribuição	da magiantas	commado o	raalizaaãa d	e procedimento	$\sqrt{NI} - 206$) I Ibarlândia	2021
i aneia 4 -	- Distribilicao	de nacientes	segundo a	realização d	e procedimento	100 = 290	u Uperiangia	2021

PROCEDIMENTO	N	%
AVP	243	82,1
SVD	17	5,7
IOT	15	5,1
SNE	10	3,4
AVC	4	1,4
SVA	3	1
Hemodiálise	2	0,7
SNG	1	0,3
Nenhum	1	0,3

Um outro aspecto abordado no levantamento dos dados foi a averiguação do tipo de procedimento realizado em cada paciente. Nessa perspectiva, os resultados expressam que 82,1% dos pacientes realizaram acesso venoso periférico (AVP) e que apenas 1 paciente não realizou nenhum tipo de procedimento. Por fim, o último tópico a ser avaliado na caracterização da condição clínica dos indivíduos em estudo é a verificação da quantidade de fatores intrínsecos e extrínsecos identificados em cada paciente. A média de fatores intrínsecos é de 1,17 por paciente, com desvio padrão igual a 1,2, enquanto que o valor médio dos extrínsecos é de 1,5, com desvio padrão igual a 1. Para ambos, o mínimo é de nenhum fator, máximo de 5 e mediana de 1. A frequência e porcentagem do número de fatores por pacientes estão representados na tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição de pacientes de acordo com o número de fatores intrínsecos e extrínsecos identificados (N = 296). Uberlândia, 2021.

NÚMEROS DE FATORES		N	%
Intrínsecos	0	114	38,5
	1	81	27,4
	2	55	18,6
	3	31	10,5
	4	14	4,7
	5	1	0,3
Extrínsecos	0	13	4,4
	1	180	60,8
	2	63	21,3
	3	23	7,8
	4	9	3
	5	8	2,7

Para que fosse possível a identificação/investigação do pEA (Potencial Evento Adverso) ocorrido nos pacientes em estudo, foi necessário que os critérios de rastreamento presentes no instrumento para coleta de dados fossem identificados. Sendo assim, os resultados foram estruturados por meio da apresentação do número dos critérios selecionados por paciente e proporção de pEA por critério de rastreamento.

Tabela 6 - Distribuição dos pacientes de acordo com o número de critérios de rastreamento para potenciais eventos adversos selecionados (N = 296). Uberlândia, 2021.

NÚMEROS DE CRITÉRIOS DE RASTREAMENTOS	N	%
0	148	50
1	99	33,4
2	32	10,8
3	11	3,7
4	6	2

Pela tabela 6 apresentada, pode-se verificar que em 148 pacientes (50%) não foi localizada nenhuma evidência de pEA, ou seja, não houve nenhum critério de rastreamento. Já o máximo de critérios assinalados por paciente foi 4, representando 2% da amostra.

Tabela 7 - Proporção de potenciais eventos adversos por critério de rastreamento (N=296). Uberlândia, 2021.

(continua) CRITÉRIOS DE RASTREAMENTO N **%** Internação prévia nos últimos 12 meses em pacientes com menos de 65 anos, ou 45 20,5 internação prévia nos últimos 6 meses em pacientes com 65 anos ou mais 10 4,5 Tratamento antineoplásico nos 6 meses anteriores à internação. Traumatismo, acidente ou queda durante a internação. 3 1.4 Efeito indesejado ao medicamento. 1 0,5 Febre acima de 38,3° C no dia anterior à alta programada. 1.8 Transferência de uma unidade de internação geral a outra de cuidados intensivos ou semi-37 16,8 intensivos. Transferência para outro hospital de cuidados agudos. 78 35,5 Segunda intervenção cirúrgica durante esta internação. 3 1.4 Após a realização de um procedimento invasivo, ocorreu uma lesão em um órgão ou 0,5 sistema que necessitará de tratamento clínico ou cirúrgico. Alteração neurológica ausente na admissão, mas presente no momento do estudo. 2 0,9 IAM (infarto agudo do miocárdio), AVC (acidente vascular cerebral) ou TEP 1 0.5 (tromboembolismo pulmonar) durante ou após um procedimento invasivo. Parada cardiorrespiratória ou pontuação APGAR baixa. 6 2,7 Dano ou complicação relacionada a aborto, amniocentese, parto ou pré-parto. 0 7 Óbito. 3.2 Intervenção cirúrgica aberta não prevista ou internação para intervenção, seja ela 1 0,5 laparoscópica ou aberta, após uma intervenção ambulatorial programada. Algum dano ou complicação relacionada a uma cirurgia ambulatorial ou a um 6 2,7 procedimento invasivo que resultou em internação ou avaliação no serviço de emergência. Qualquer tipo de infecção associada ao cuidado. 1,4 3

Documentação ou correspondência no prontuário (incluída reclamação patrimonial) em relação à assistência, que pudesse sugerir litígio.

0 0

Tabela 7 - Proporção de potenciais eventos adversos por critério de rastreamento (N=296). Uberlândia, 2021.

	(0	onciusaoj
CRITÉRIOS DE RASTREAMENTO	N	%
Qualquer outra ocorrência indesejada não mencionada acima.		5,5

Com relação à proporção de pEA por critério de rastreamento, foram identificados 220 critérios dentre as 19 opções contempladas no formulário para coleta de dados, evidenciados na tabela 7. Ademais, é possível ver que os critérios selecionados com maior frequência são: transferência para outro hospital de cuidados agudos (35,5%; N = 78) e internação prévia nos últimos 12 meses em pacientes com menos de 65 anos, ou internação prévia nos últimos 6 meses em pacientes com 65 anos ou mais (20,5%; N = 45).

Para a garantia da qualidade e segurança dos formulários preenchidos foi feito uma análise a fim de averiguar a situação do prontuário, ou seja, se há informações e documentações necessárias.

Tabela 8 - Distribuição das respostas das perguntas com as respectivas documentações adequadas para a garantia de qualidade e segurança dos pacientes (N = 296). Uberlândia, 2021.

		R	ESPOSTAS	S POSITIVAS	S		то	TAL
PERGUNTAS	Com documentação adequada		Sem documentação adequada		To	Total		OSTAS ATIVAS
-	N	%	N	%	N	%	N	%
Pergunta 3	285	97,9	6	2,1	291	98,3	5	1,7
Pergunta 4	288	99,7	1	0,3	289	97,6	7	2,4
Pergunta 5	289	99,3	2	0,7	291	98,3	5	1,7
Pergunta 6	287	98,3	5	1,7	292	98,6	4	1,4
Pergunta 7	279	100,0	0	0,0	279	94,3	17	5,7
Pergunta 8	288	98,3	5	1,7	293	99	3	1,0
Pergunta 9	287	99,7	1	0,3	288	97,3	8	2,7
Pergunta 10	290	99,3	2	0,7	292	98,6	4	1,4
Pergunta 11	203	98,1	4	1,9	207	69,9	89	30,1
Pergunta 12	289	100,0	0	0,0	289	97,6	7	2,4
Pergunta 13	227	98,7	3	1,3	230	77,7	66	22,3
Pergunta 13.2	-	-	-	-	255	86,1	41	13,9
Pergunta 14	-	-	-	-	167	56,4	129	43,6
Pergunta 15	-	-	-	-	4	1,4	292	98,6

Quanto a qualidade das informações presentes nos prontuários, verificou-se que todas as perguntas alcançaram um percentual acima de 97,9%, sendo que as perguntas 7 (Avaliação

inicial da enfermagem) e 12 (resultados de laboratórios de patologia) obtiveram 100% de seus registros de forma adequada.

5.2. Fase 2 - Formulário de Avaliação

Apesar de 50% dos pacientes apresentarem rastreamento positivo para a segunda fase, como mostrado na fase 1, foram também desconsiderados os pacientes que assinalaram apenas os critérios de rastreamento 6 ou 7 (N=78) por se tratar de transferências para o serviço terciário e os pacientes que foram avaliados pelo médico como falso-positivos (N=53). Sendo assim, constatou-se que 17 pacientes foram identificados como pEA, apresentando pelo menos um incidente, sendo ele com ou sem danos. Essa distribuição é mostrada na tabela a seguir.

Tabela 9 - Caracterização dos casos de pacientes com ou não potenciais eventos adversos segundo a avaliação médica. Uberlândia, 2021.

OCORRÊNCIA DE pEA		%
Não houve pEA	131	89%
Houve pEA	17	11%

O formulário de rastreamento fase 2 permite o cadastro de, no máximo, nove incidentes por paciente, havendo ou não algum tipo de dano. A quantidade de incidentes por paciente é uma característica muito importante para o estudo.

Tabela 10 - Ocorrência de incidentes por paciente (N = 17). Uberlândia, 2021.

NÚMERO DE INCIDENTES POR PACIENTE	FREQUÊNCIA	TOTAL DE INCIDENTES
1	16	16
6	1	6

Pela tabela 10, verifica-se que 16 pacientes tiveram 1 incidente e apenas 1 paciente teve 6 incidentes. Totalizando assim, 22 incidentes na análise.

Tabela 11 - Caracterização dos incidentes de acordo com a ocorrência de dano ao paciente (N= 22). Uberlândia, 2021.

OCORRÊNCIA DE INCIDENTE	N	%
Incidente sem dano	3	13,6
Incidente com dano	19	86,4

A tabela 11 mostra que dos 22 incidentes ocorridos, 13,6% não apresentaram nenhum dano aos pacientes, em contrapartida 86,4% provocaram algum prejuízo às pessoas em análise.

Tabela 12 - Distribuição de incidentes com danos relacionados ao cuidado de acordo com o nível de confiança de que a lesão ou dano foi consequência do cuidado em saúde prestado, segundo uma escala de seis níveis (N = 19). Uberlândia, 2021.

NÍVEL DE CONFIANÇA	N	%
(1) Ausência de evidência de que o evento adverso se deve ao cuidado do paciente	2	10,43
(2) Mínima probabilidade de que o cuidado seja a causa	0	0,00
(3) Pouca probabilidade de que o cuidado seja a causa	0	0,00
(4) Moderada probabilidade de que o cuidado seja a causa		10,53
(5) Muito provável que o cuidado seja a causa		36,84
(6) Total evidência de que o cuidado seja a causa	7	36,84
(-) Não informado	1	5,26

Por meio da escala de seis níveis de confiança, os 19 incidentes com danos foram categorizados. Essa disposição foi empregada com o objetivo de definir o que seria classificado como EA nesse estudo. Sendo assim, considera-se EA aqueles casos que ocorreu pelo menos um incidente com dano relacionado à assistência, cujo nível de confiança e de evidência de que o cuidado foi o causador da lesão atingisse um escore ≥ 4 na escala de determinação de EA, estando, então, em uma das categorias: moderada probabilidade de que o cuidado seja a causa (n = 2; 10,5%); muito provável que o cuidado seja a causa (N = 7; 36,8%); e total evidência de que o cuidado seja a causa do evento adverso (N = 7; 36,8%).

Tabela 13 - Distribuição dos incidentes segundo a ocorrência de eventos adversos (N= 22). Uberlândia, 2021.

INCIDENTES	N	%
Casos com evento adverso	16	72,7
Casos sem evento adverso	6	27,3

Tabela 14 - Distribuição dos pacientes de acordo com a ocorrência de eventos adversos (N = 17). Uberlândia, 2021.

PACIENTES	N	%
Com evento adverso	13	76,5%
Sem evento adverso	4	23,5%

Conforme retratado nas tabelas anteriores, constata-se 16 EA em 13 pacientes. A averiguação se há diferença estatisticamente significativa entre as variáveis do estudo para caracterizar os EA identificados é de extrema importância. Por isso, foram realizados os testes Exato de Fisher, que é utilizado em dados categóricos quando o tamanho da amostra é menor que 20, e o U de Mann-Whitney de amostras independentes, que compara as medianas entre as amostras. Essas análises serão mostradas nas tabelas a seguir.

Tabela 15 - Associações entre as variáveis categóricas (demográficas, clínicas e da internação) e a ocorrência de eventos adversos (n = 17). Uberlândia, 2021.

(continua)

	EVENTO ADVERSO				T0T17		(continua)
VARIÁVEIS	Preso	ente	Ausente		TOTAL		p-valor
	N	%	N	%	N	%	
Variáveis demográficas							
Sexo							
Feminino	5	38,5	1	25%	6	35	1*
Masculino	8	61,5	3	75%	11	65	1"
Grupo etário							
< 60 anos	5	38,5	3	75	8	47	0,2941*
60 anos ou mais	8	61,5	1	25	9	53	0,2941
Escolaridade							
Analfabeto	2	15,4	0	0	2	11,8	
Ensino fundamental completo	1	7,7	0	0	1	5,9	1*
Sem informação Raça	10	76,9	4	100	14	82,4	
Branco	4	30,8	1	25	5	29,4	
Pardo	3	23,1	1	25	4	23,5	4 *
Preto	1	7,7	0	0	1	5,9	1*
Sem Informação Variáveis clínicas	5	7,7	2	0	7	41,2	
Comorbidade							
Ausente	3	23,1%	1	25	4	23,5	. *
Presente	10	76,9%	3	75	13	76,5	1*
Diagnóstico							
Doenças do Sistema Nervoso	2	15,4%	0	0	2	11,8	0.605*
Doenças do Sistema Respiratório	1	7,7%	0	0	1	5,9	0,605*
Diagnóstico							
Doenças do Sistema Cardiovascular	1	7,7	0	0	1	5,9	
Doenças do Sistema Digestivo	0	0	1	25	1	5,9	
Doenças relacionadas a traumas	3	23,1	2	50	5	29,4	
Doenças do aparelho gênito urinário	1	7,7	0	0	1	5,9	
Urgência Clínica Médica	0	0	1	25	1	5,9	0,605*
Doenças Infecciosas e Intestinais	2	15,4	0	0	2	11,8	
Doenças Bacteriana	1	7,7	0	0	1	5,9	
Doenças Hepáticas/ Pâncreas/Vias Biliares	2	15,4	0	0	2	11,8	
Fatores intrínsecos							
Ausente	4	30,8	1	25	5	29,4	1*
Presente	9	69,2	3	75	12	70,6	•

Tabela 15 - Associações entre as variáveis categóricas (demográficas, clínicas e da internação) e a ocorrência de eventos adversos (n = 17). Uberlândia, 2021.

(conclusão)

	I	TOTAL					
VARIÁVEIS	Pres	Presente		Ausente		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	
Fatores intrínsecos							
Ausente	4	30,8	1	25	5	29,4	1*
Presente	9	69,2	3	75	12	70,6	1*
Fatores extrínsecos							
Ausente	0	0	0	0	0	0	
Presente	13	100	4	100	17	100	-
Procedimento							
Não	0	0	0	0	0	0	
Sim	13	100	4	100	17	100	-
Variável da internação							
Tipo de saída							
Alta a pedido	0	0	1	25	1	5,9	
Alta melhorada	3	23,1	0	0	3	17,6	0,3391*
Transferência	10	76,9	3	75	13	76,5	

^{*} Teste Exato de Fisher

Tabela 16 - Associações entre as variáveis numéricas (demográficas, clínicas e da internação) e a ocorrência de eventos adversos (N= 17). Uberlândia, 2021.

(continua) **EVENTO ADVERSO TOTAL VARIÁVEIS** p-valor Presente Ausente (N = 17)(N=13)(N=4)Variável demográfica Idade 65,23 Média 49,25 61,47 Mediana 69 48,5 63 0,1303** Desvio padrão 18,82 12,28 18,52 Mínimo 31 37 31 89 Máximo 63 89 Variáveis clínicas Número de Comorbidades Média 2,61 2,25 2,53 2 2 2 Mediana Desvio padrão 2,06 2,22 2,03 0,818** Mínimo 0 0 0 Máximo 7 5 7 Número de fatores intrínsecos Média 1,77 1 1,6 Mediana 1 1 1

Tabela 16 - Associações entre as variáveis numéricas (demográficas, clínicas e da internação) e a ocorrência de eventos adversos (N = 17). Uberlândia, 2021.

(conclusão)

	EVENTO	(conclusão)	
VARIÁVEIS	Presente (N = 13)	ADVERSO Ausente (N = 4)	TOTAL (N = 17)	p-valor
Número de fatores intrínsecos				
Desvio padrão	1,83	0,82	1,66	
Mínimo	0	0	0	0,6805**
Máximo	5	2	5	
Número de fatores extrínsecos				
Média	1,7	2	1,76	
Mediana	1	1	1	
Desvio padrão	1,18	2	1,35	0,8418**
Mínimo	1	1	1	
Máximo	5	5	5	
Variável da internação				
Tempo de permanência				
Média	7,7	7,5	7,65	
Mediana	8	3,5	8	
Desvio padrão	4,49	9,04	5,52	0,6086**
Mínimo	1	2	1	
Máximo	15	21	21	

^{**}Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes

Pode-se verificar que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos com presença ou ausência de EA em relação a nenhuma variável em estudo dos 17 pacientes integrados na segunda fase, conforme apresentado nas tabelas anteriores (todos os p-valores são maiores que 0,05). Isso significa que as variáveis demográficas, clínicas e de internação não interferem na ocorrência dos eventos adversos dos sujeitos dessa análise.

Tabela 17 - Fatores de risco intrínsecos e extrínsecos em pacientes com eventos adversos (N = 13) Uberlândia, 2021.

(continua) **FATORES** \mathbf{N} **%** Intrínseco Hipertensão arterial 34,8% 8 13% Diabetes 3 Doença Coronariana 13% 3 Insuficiência renal 8,7% 2 Insuficiência Cardíaca 8,7% 2 4,3% Doença pulmonar crônica 1 Neutropenia 4,3% 1 Abuso de droga 4,3%

Tabela 17 - Fatores de risco intrínsecos e extrínsecos em pacientes com eventos adversos (N = 13) Uberlândia, 2021.

(conclusão) **FATORES** N % Intrínseco 4,3% Hipercolesterolemia 1 História de alcoolismo 4,3% 1 Extrínseco 54,5% Cateter venoso periférico 12 Nutrição enteral 13,6% 3 9,1% Sonda urinária fechada 2 Bomba de infusão 9,1% 2 Sonda urinária aberta 4,5% 1 Sonda nasogástrica 4,5% 1 Ventilação mecânica 4,5%

Com relação aos 13 pacientes que tiveram EA, 69,2% (n = 9) apresentaram fatores de risco intrínsecos, enquanto que 100% (n = 13) manifestaram os extrínsecos. A tabela 17 descreve as frequências relativas e absolutas dos fatores.

Observando-a, é possível concluir que o fator de risco intrínseco que teve mais ocorrências foi o de hipertensão arterial (n = 8; 34,8%), enquanto que o fator de risco extrínseco com maior número de aparições foi o cateter venoso periférico (n = 12; 54,5%).

Outra característica importante a ser avaliada é a comparação do tempo de permanência dos pacientes estudados em relação a ocorrência de EA. Porém, dentre os pacientes com EA, verificou-se que apenas um indivíduo teve que ficar 4 dias a mais. Por isso, não faz sentido a realização dessa análise comparativa.

Tabela 18 - Classificação dos casos com eventos adversos conforme a natureza do problema principal (N = 16). Uberlândia, 2021.

VARIÁVEIS DE CLASSIFICAÇÃO DO EVENTO ADVERSO (EA)	N	%
EA relacionado ao cuidado em geral	13	81,25
Úlcera por pressão	2	12,5
Outros	11	68,75
EA relacionado ao medicamento	1	6,25
Náuseas, vômitos ou diarreia secundários à medicação	1	6,25
EA relacionado ao procedimento	1	6,25
Outras complicações após intervenção cirúrgica ou outro procedimento	1	6,25
EA relacionado ao diagnóstico	1	6,25
Atraso no diagnóstico	1	6,25

A classificação de cada EA é uma informação muito válida no estudo, pois faz a

identificação dos tipos ocorridos. Dentre os casos com EA (N=16) o maior número de casos está relacionado ao cuidado em geral (N = 13; 81,25%), sendo que 68,75% deles foram definidos como a opção "Outros", demostrado na tabela anterior. Além disso, verifica-se apenas um EA relacionado ao medicamento, um ao procedimento e um ao diagnóstico, representando 6,25% cada.

A caracterização dos EA é um dado que também será explorado. Essa análise permite identificar alguns quesitos importantíssimos sobre os EA. Elas serão apresentadas na tabela 19 com suas respectivas frequências.

Tabela 19 - Caracterização dos casos com eventos adversos (N = 16). Uberlândia, 2021.

VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO DO EVENTO ADVERSO (EA)		%
Probabilidade da ocorrência do EA		
Muito provável	7	44
Provável	8	50
Pouco provável	1	6
Improvável	0	0
Sem informação	0	0
Qualidade da informação sobre o EA no prontuário		
Informação parcialmente	3	18,75
Informação totalmente adequada	13	81,25
Relação entre o EA e o tempo de permanência hospitalar		
O EA não aumentou o tempo de permanência	15	93,75
Parte do tempo de permanência foi devido ao EA	1	6,25
O EA causou uma reinternação	0	0
Necessidade de exames diagnósticos adicionais		
Não	12	75
Sim	4	25
Necessidade de tratamentos adicionais		
Não	9	56,25
Sim	7	43,75
Gravidade do EA		
Leve	12	75
Moderado	4	25
Grave	0	0
Evitabilidade do EA		
Não evitável	0	0
Evitável	16	100

De acordo com o quadro clínico dos pacientes, o médico responsável pela avaliação julgou que 94% dos EA eram prováveis de ocorrer. Em relação a qualidade da informação sobre o EA nos prontuários, 81,25% estavam com as informações totalmente adequadas. Como

mencionado anteriormente, apenas um paciente teve que ficar mais dias internados devido à ocorrência do EA (6,25%), isso significa que nesse caso, parte do tempo de permanência hospitalar teve relação com esse acontecimento. Além disso, 75% tiveram necessidade de exames de diagnósticos adicionais e 43,75% precisaram de tratamentos adicionais. Verifica-se também que não houve EA apontados como graves, apenas 12 leves (75%) e 4 moderados (25%). Por fim, todos os EA foram considerados evitáveis.

Tabela 20 – Distribuição dos eventos adversos de acordo com uma escala de evitabilidade (N = 16). Uberlândia, 2021.

ESCALA DE EVITABILIDADE	N	%
(1) Ausência de evidência de possibilidade de evitabilidade	0	0
(2) Mínima possibilidade de evitabilidade	0	0
(3) Ligeira possibilidade de evitabilidade	0	0
(4) Moderada possibilidade de evitabilidade	2	12,5
(5) Elevada possibilidade de evitabilidade	9	56,25
(6) Total evidência de possibilidade de evitabilidade	5	31,25

Em relação a evitabilidade dos EA, foi realizado uma análise, segundo uma escala preenchida pelo médico avaliador, para verificar o grau da possibilidade de serem evitáveis. Assim sendo, a tabela anterior mostra que 56,25% dos EA tem elevada possibilidade de evitabilidade. Enquanto que 12,5% tem moderada possibilidade e 31,25% tem total evidência de possibilidade.

Tabela 21 - Associações entre as variáveis classificação, evitabilidade, comorbidade e a gravidade dos casos com eventos adversos (N= 16). Uberlândia, 2021.

	GRAVIDADE DO EA				TOTAL		
VARIÁVEL	Leve		Moderado		TOTAL		p-valor
	\mathbf{N}	%	N	%	N	%	
Classificação do EA							
Relacionado ao cuidado em geral	11	91,7	2	50	13	81,25	
Relacionado ao medicamento	1	8,3	0	0	1	6,25	0,1357#
Relacionado ao procedimento	0	0,0	1	25	1	6,25	0,133/"
Relacionado ao diagnóstico	0	0,0	1	25	1	6,25	
Evitabilidade do EA							
Não evitável	0	0	0	0	0	0	
Evitável	12	100	4	100	16	100	-
Comorbidade							
Ausente	2	16,7	1	25	3	18,75	1#
Presente	10	83,3	3	75	13	81,25	1"

[#] Teste Exato de Fisher

Tabela 22 - Associação entre as variáveis número de comorbidades e gravidade dos eventos adversos (N = 266). Uberlândia, 2021.

	GRAVID		
VARIÁVEL	Leve (N=12)	Moderado (N=4)	p-valor
Número de Comorbidades			
Média	3,83	2,25	
Mediana	3,5	2,5	
Desvio padrão	2,73	1,7	$0,3537^{\P}$
Mínimo	0	0	
Máximo	7	4	

[¶]Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes

Também foram estudadas as variáveis de classificação, evitabilidade, comorbidade e prognósticos em relação à gravidade do EA. Segundo as tabelas anteriores, foi confirmado que não há diferença estatística significativa entre as variáveis, ou melhor, as variáveis em estudo não são distintas para os EA leves ou moderados.

Vale ressaltar ainda que a maioria dos EA que estão associados à classificação "Relacionado ao cuidado em geral" é um EA leve. Ademais, percebe-se que 83,3% dos eventos de gravidade leve apresentam alguma comorbidade.

Os dados que caracterizam os EA de acordo com o tipo de erro e fatores causais também foram quantificados para serem avaliados (Tabela 23 a seguir).

Tabela 23 - Caracterização dos eventos adversos de acordo com as variáveis relacionadas ao tipo de erro evidenciado no prontuário (N = 16). Uberlândia, 2021.

(continua) VARIÁVEIS RELACIONADAS AO TIPO DE ERRO N % Tipo de erro que causou o EA Erro Humano 9 56,25 Falha de sistema 7 43,75 Tipo de Erro Humano Erro de Comissão 6 66,7 Erro por Omissão 3 33.3 Tipo de erro de comissão 0 Técnica cirúrgica errada 0 0 Tratamento inapropriado Medicamento inapropriado 16,7 5 83,3 Outros Tipo de erro por omissão 33,33 Não tomar as medidas de precaução 1 Não realizar os exames indicados 0 0 0 Demora evitável de diagnóstico 0 Acompanhamento inadequado da terapêutica 33,33

Tabela 23 - Caracterização dos eventos adversos de acordo com as variáveis relacionadas ao tipo de erro evidenciado no prontuário (N = 16). Uberlândia, 2021.

(conclusão) VARIÁVEIS RELACIONADAS AO TIPO DE ERRO N % Tipo de erro por omissão 0 Não agir diante dos resultados dos exames 0 Outros 1 33,33 Fator causal do EA Relacionado ao medicamento 6,25 1 Relacionado à gestão 0 0 Relacionado ao diagnóstico 0 0 Relacionado à comunicação 2 12,5 Relacionado aos cuidados 12 75 Outros cuidados não citados 6,25

Percebe-se que 56,25% dos erros estão ligados ao erro humano, sendo 66,7% por comissão e 33,3% por omissão. A maior parte dos erros por comissão (83,3%) foi avaliada como outros erros que não são pré-definidos.

Sobre os fatores causais dos EA, os relativos aos cuidados se sobressaíram, atingindo 75% dos eventos examinados. Já os relacionados à comunicação abrangeram 12,5% e os relacionados ao medicamento e cuidados não citados representaram 6,25% cada.

O estudo englobou 296 pacientes, dentre essas pessoas 13 apresentaram pelo menos um EA, o que significa que a incidência acumulada é de 4,4%. Vale enfatizar que 100% dos EA considerados na análise são evitáveis.

6. DISCUSSÃO

A incidência de eventos adversos encontrados na presente pesquisa foi de 4,4% (13 pacientes entre os 296 selecionados). Uma revisão integrativa brasileira de 2020 que objetivou evidenciar a produção científica relacionada à adoção de métodos de revisão retrospectiva de prontuários para avaliação da incidência e evitabilidade de eventos adversos em hospitais, retratou que entre os 13 estudos selecionados, esses apresentaram diferenças nas taxas de incidência de EA que variaram de 5,7% a 14,2% (ZANETTI et al., 2020).

Outros estudos que também tinham como objetivo estimar a incidência de eventos adversos, apresentaram resultados parecidos com os alcançados na pesquisa, com a maioria trazendo uma incidência abaixo de 10%: taxa de incidência de 33,7% para eventos adversos encontrado por Zanetti (2021); 15% por Zhang et al. (2017); 14,3% encontrado por Roque e Melo (2011); 10,3% para Rafter et al. (2017); 8,7% (n = 87) das 1006 internações tiveram pelo menos um evento adverso para Sari et al. (2007); 8,4% apontado por Aranaz-Andrés et al. (2008); 8,6% encontrado por Mendes et al. (2009); 7,5% apontado por Baker et al. (2004); 7,2% de incidência total encontrado por Lancis-Sepúlveda e Asenjo-Araya (2014); e 1,3% no estudo de Ackroyd-Stolarz et al. (2017).

Nesse cenário, vale destacar que valores de taxas de incidência podem oscilar a depender da população de pacientes amostrados, do local e momento do estudo, da cultura de segurança organizacional da instituição hospitalar, além de conceitos empregados (ZANETTI, 2021). Contudo, dentre os estudos apresentados, verificou-se que apenas um encontrou incidência abaixo da apresentada pela presente pesquisa (4,4%). Aliado a isso, é importante mencionar que a taxa de ocupação do local do estudo foi de 305,5% nos leitos de observação e 128,9% na sala de emergência no ano de 2018 o que evidencia um panorama favorável comparado aos demais estudos.

Quanto à evitabilidade dos eventos adversos deste estudo, vale enfatizar que 100% dos EA considerados na análise são evitáveis. Próximo ao apontado pelos estudos de Zhang et al. (2017) e Valle, Cruz e Santos (2017), que determinaram 93,3% e 93,7% dos eventos adversos eram evitáveis, respectivamente. A revisão integrativa brasileira de Zanetti et al. (2020) apontou uma evitabilidade de EA que variou de 31 a 83% em estudos realizados entre 2007 e 2017. A proporção geral de eventos adversos evitáveis encontrada por Rafter et al. (2017) foi de 72,7%; para Lancis-Sepúlveda e Asenjo-Araya (2014) foi de 67,6%, parecido com o exposto por Mendes e colaboradores (2009), de 66,7%. Para Zanetti (2021) em 58,3% dos eventos adversos foram considerados evitáveis. Para Aranaz-Andrés et al. (2008) no total, 42,8% dos EAs foram

considerados evitáveis. Sari et al. (2007) descobriram um valor de 31% dos eventos como evitáveis. Baker et al. (2004) descobriram que 36,9% dos pacientes que apresentaram EA foram julgados como portadores altamente evitáveis.

Referentes à caracterização dos indivíduos do estudo, apontou-se que a maioria é do sexo masculino (54,4%), de raça branca (37,2%), que não informaram o nível de escolaridade (67,6%), acima de 60 anos (52,7%). Essas características foram mantidas para os indivíduos que apresentaram EA. Alguns estudos também apresentaram características demográficas, com predominância do sexo masculino (ROQUE; MELO, 2011; SILVA 2019), raça branca (ZANETTI, 2021), pacientes com mais de 60 anos, em consonância com o apresentado (ARANAZ-ANDRÉS et al., 2008; MENDES et al. 2013). A informação ignorada no caso das variáveis referentes à escolaridade compromete a análise dessa dimensão, o que foi verificado também por Roque e Melo (2011), em que 27,7% dos casos não há informações sobre raça/etnia e 67% sobre escolaridade.

As maiores porcentagens em relação ao tipo de diagnóstico encontrado foram: doenças relacionadas a traumas (23,1%); doenças hepáticas/pâncreas/vias biliares (15,4%); doenças infecciosas e intestinais (15,4%) e doenças do sistema nervoso (15,4%). Por sua vez, para Zanetti (2021) os principais grupos de diagnósticos foram: Doenças do aparelho circulatório (19,4%); Neoplasias (18,5%); e Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (16,1%). O apontamento das divergências encontradas nos principais diagnósticos dos pacientes que apresentaram eventos adversos pode estar relacionado aos locais de estudo, ressaltando que a unidade em que foi realizada a pesquisa é referência para o atendimento em traumatologia.

Quanto aos fatores intrínsecos e extrínsecos, encontrou-se uma média de fatores intrínsecos de 1,17 por paciente, com desvio padrão igual a 1,2, enquanto que o valor médio dos extrínsecos é de 1,5, com desvio padrão igual a 1. Para ambos, o mínimo é de nenhum fator, máximo de 5 e mediana de 1. Dentre aqueles que tiveram eventos adversos, 69,2% apresentaram fatores de risco intrínsecos, enquanto que 100% manifestaram os extrínsecos, bem como, o fator de risco intrínseco que teve mais ocorrências foi o de hipertensão arterial (34,8%), enquanto que o fator de risco extrínseco com maior número de aparições foi o cateter venoso periférico (54,5%).

Silva (2019) verificou predominância de 46,5% dos registros de Hipertensão Arterial, seguido de 20% dos registros de Diabetes para fatores intrínsecos. Em relação aos fatores extrínsecos, 97% dos pacientes usaram cateter venoso periférico e 29,3% fizeram uso de sonda urinária fechada, seguidos do uso de ventilação mecânica, bomba de infusão e sonda

nasogástrica. Valores próximos ao apontados pela pesquisa com destaque para hipertensão arterial e uso de cateter venoso periférico como os de maiores prevalência.

Para Lancis-Sepúlveda e Asenjo-Araya (2014), dos 31 pacientes que apresentaram EA, 19 (58,1%) tinham fatores de risco intrínsecos e 30 (96,8%) fatores de risco extrínsecos. Os fatores de risco intrínsecos mais frequentes foram: hipertensão arterial (25,8%), diabetes (19,4%), hipoalbuminemia (16,1%) e obesidade (12,9%). Os de risco extrínseco foram: presença de cateter venoso periférico (96,7%), uso de bomba de infusão contínua (51,6%) e cateter urinário fechado (25,8%).

Estudo realizado por Zanetti (2021) verificou que houve associação estatisticamente significante para as variáveis médias relacionadas ao número de fatores extrínsecos por paciente (3,9 vs. 2,7 fatores extrínsecos; p = 0,021) e média tempo de permanência (11,4 vs. 5,7 dias, p = 0,021). Verificou-se que 86,3% (n = 107) dos pacientes com EA apresentavam fatores de risco intrínsecos, enquanto 97,6% (n = 121) apresentaram fatores de risco extrínsecos. Os fatores de risco intrínsecos com o maior número de as ocorrências foram hipertensão arterial (n = 65; 52,4%), diabetes (n = 42; 33,9%), neoplasia (n = 32; 25,8%) e hipercolesterolemia (n = 27; 21,8%). O risco extrínseco mais frequente fatores nas internações foram a presença de cateter venoso periférico (n = 120; 96,8%) intubação traqueal e ventilação mecânica (n = 63; 50,8%), uso de infusão contínua bomba (n = 47; 46,0%), e a presença de um cateter urinário em habitação (n = 54; 43,5%). Para a presente pesquisa, cabe lembrar que não foi identificado correlação entre as variáveis demográficas e clínicas com a ocorrência dos eventos adversos dos sujeitos dessa análise.

Já em relação aos critérios de rastreamento, necessários para que fosse possível a identificação do Potencial Evento Adverso, verificou-se no estudo que em 50% dos pacientes não foi localizada nenhuma evidência de pEA, ou seja, não houve nenhum critério de rastreamento. Já o máximo de critérios assinalados por paciente foi 4, representando 2% da amostra, enquanto que 50% apresentou ao menos um critério de rastreamento. Para Zanetti (2021), em 54,9% dos componentes da amostra, o resultado do rastreamento foi negativo. A média de critérios de rastreamento para pEA por paciente foi de um (DP = 1,6), com mínimo de nenhum, máximo de 10 critérios e mediana de zero, além de também apresentar um valor de 45,1% com pelo menos um critério de rastreamento. Para Mendes et al. (2009), 44,5% dos pacientes hospitalizados apresentaram, minimamente, um pEA.

Para Rafter et al. (2017), pesquisa realizada na Irlanda, encontraram em 45% dos prontuários analisados ao menos um critério de rastreamento positivo para pEA. Pesquisa iraniana encontrou que 38,2% dos prontuários examinados tiveram ao menos um critério de

rastreamento positivo (SARI et al., 2015).

Acerca da classificação dos casos com eventos adversos conforme a natureza do problema principal, esses estão relacionados: cuidado em geral (81,2%), medicamento (6,2%), procedimento (6,2%), diagnóstico (6,2%).

Paranaguá et al. (2014) ao caracterizarem os incidentes advindos do cuidado à saúde apontaram que, dentre os 29 incidentes relacionados à organização do serviço, falhas nas anotações foram os mais frequentes (72,4%), seguido por incidentes referentes à previsão e provisão de materiais e evasão do paciente (ambos 13,8%). Os incidentes relacionados ao cuidado foram identificados em 46 registros, sendo os dois mais frequentes, erro de medicação (41,3%) e omissão do cuidado (39,1%). Para Mendes et al. (2013), os quatro erros mais frequentes foram: infecções associadas aos cuidados da saúde 24,6%; danos por complicações cirúrgicas e/ou anestésicas 20,0%; danos por atraso ou falha no diagnóstico e/ou tratamento 18,5%; e úlcera por pressão 18,5%.

Lorenzini, Santi, Báo (2014) analisaram 755 casos de incidentes que ocorreram no ano de 2008 a 2012, sendo os tipos de incidentes de maior prevalência: queda em 45,4% dos casos; erro de medicação em 16,7%; e outros eventos 16,2%. Para Zanetti (2021), 40,6% dos EA estavam relacionados a procedimentos, 22,6% a cuidados em geral e 18,8% a medicamentos. Lancis-Sepúlveda e Asenjo-Araya (2014) apontaram que os EA elencados foram originados principalmente durante um procedimento (32,4%), relacionados a cuidados (32,4%) e relacionados a medicamentos (13,5%).

Ackroyd-Stolarz et al. (2017) ao identificaram um total de 1870 (1,3%) de EA, concluíram que 1.133 (0,8%) estavam relacionados à procedimento, 673 (0,5%) relacionados à medicamento, 63 (0,04%) relacionado à dispositivo e um EA relacionado à radiação. Já EA associados a medicamentos (37,4%), infecções hospitalares de qualquer tipo (25,3%) e relacionados a problemas técnicos durante um procedimento (25,0%) foram os resultados apontados por Aranaz-Andrés et al. (2008).

Zhang et al. (2017) encontraram que os tipos de eventos adversos estavam relacionados a problemas de diagnóstico (53,3%), problemas de gerenciamento (40%) e eventos adversos de medicamentos (6,7%). Por sua vez, Furini, Nunes, Dallora (2019) apontaram que as notificações foram classificadas por motivo, com destaque para os medicamentos (17%), seguido de lesões de pele (15%) e flebite (14%).

Sendo assim, constata-se que eventos adversos relacionados aos cuidados em geral, a procedimentos e medicamentos foram os três mais apontados pelos trabalhos citados, corroborando com os achados da pesquisa.

Apesar dos EA terem sido classificados como 100% evitáveis, quanto ao grau de gravidade, 75% (n= 12) foram caracterizados como leve e 25% (n=4) considerados moderados. Dentre os casos de gravidade leve 91,7% relacionou-se ao cuidado em geral e 8,3% ao medicamento, enquanto que os casos de gravidade moderado 50% relacionou-se ao cuidado em geral, 25% ao procedimento e 25% ao diagnóstico.

Corrobora com os estudos apontados por Zanetti (2021), em que 63,2% dos eventos adversos foram considerados leves, 20,7% moderados e 16,2% graves, por Lancis-Sepulveda e Asenjo-Araya (2014) que classificaram 78,4% dos eventos adversos como leve, 18,9% como moderado e 2,7% como grave. Como também pelo trabalho de Furini, Nunes, Dallora (2019) que demostraram que 65% dos eventos adversos eram de intensidade leve, 31% moderado e 4% grave.

Como apresentado ao longo da pesquisa, para a garantia da qualidade e segurança dos formulários preenchidos, realizou-se uma análise acerca da situação do prontuário, ou seja, se informações e documentações necessárias estavam presentes e de forma adequada. Os critérios avaliados foram: identificação do paciente; informações sobre a alta; anamnese e exame físico; avaliação multidisciplinar; avaliação inicial e anotações de enfermagem; evolução e ordens médicas; relatório de procedimentos; resultados de laboratórios de patologia; diagnóstico de imagem; e informações sobre medicações. Dentre as 14 questões, essas apresentaram percentual de documentação adequada entre 97,9% e 100%.

O estudo realizado por Pavão et al. (2011) referente a avaliação da qualidade do prontuário do paciente, verificou-se que a proporção de Informação Adequada (ADQ) dos prontuários para todas as variáveis analisadas foi de 60,1%, e a proporção de ausência de informação (SI) foi de 26,9%. As variáveis que apresentaram maior proporção ADQ foram: "Ordens médicas e medicação" (96,6%), "Apontamentos de evolução médica/multidisciplinar sobre a evolução do paciente" (81,3%) e "Resultados de laboratórios de patologia" (81,4%). Outras variáveis com escore excelente foram: "Anotações da enfermagem sobre a evolução do paciente" e "Identificação do paciente". As variáveis que apresentaram maior proporção SI foram: "Avaliação inicial da enfermagem" (63,9%) e "Avaliação do paciente pelo assistente social" (80,0%), ambas com avaliação muito ruim pelo escore. Dados indispensáveis ao cuidado hospitalar, como "Anamnese e exame físico na admissão" e "Sumário de alta" tiveram qualidade de informação ruim, com percentuais entre 50% e 60%.

Para Todt et al. (2020), quanto à avaliação geral acerca da qualidade dos prontuários de admissão de pacientes em unidades de urgência e emergência, a média simples da pontuação bruta e ponderada dos prontuários classificou os mesmos como básicos. Isso significa que,

mesmo possuindo carências, de modo geral as histórias clínicas avaliadas apresentaram um padrão de qualidade básica. Pode-se visualizar também as principais carências nos atendimentos de urgência e emergência, de suas repercussões e significados. Individualmente, 7% dos prontuários foram avaliados como completos, 65% como básicos e 28% como insuficientes.

O estudo realizado por Jepson et al. (2014) focou na caracterização dos incidentes ligados à segurança dos pacientes em departamentos de emergência de um hospital americano, apontando para uma maior ocorrência de incidentes ligados as práticas realizadas em trabalho de equipes, mostrando que um sistema de organização aperfeiçoado poderia ter um papel positivo na melhoria desses resultados.

De modo mais geral, o trabalho de Schwappach (2011) analisou os fatores de risco identificados por pacientes em relação a erros médicos em onze países. Embora o estudo tenha encontrado uma importante variação entre os fatores nos diferentes países investigados e em diferentes contextos de cuidado médico, chama atenção o fator comum identificado: a má coordenação do cuidado clínico. Esse dado é importante para a presente pesquisa por confirmar a importância de uma adequada comunicação nos processos de cuidado em saúde, sobretudo nos serviços de emergência nos quais o fator tempo e precisão se mostram ainda mais cruciais.

No contexto internacional percebe-se a prevalência de estudos voltados para incidência de EA relacionados aos medicamentos (HOHL et al., 2013; BECERRA-CAMARGO et al., 2015, KARPOV et al., 2016; GÓMEZ-MARTINO et al., 2017; PÉREZ-DÍEZ et al., 2017). Esses estudos, além de confirmarem a importância desses eventos, contribuem para a compreensão da importância de adoção de estratégias que minimizem seus danos e possibilitem as equipes de serviços de emergência uma maior eficácia e segurança, dados que também foram identificados em trabalhos situados no contexto nacional (ANTUNES et al., 2015; SANTOS & AMADEI, 2014).

Incidentes relacionados ao processo de administração de medicamentos também foi o tema principal da pesquisa realizada por Figueiredo do Valle et al. (2017). Essa pesquisa teve como objetivo a caracterização dos incidentes com medicamentos ocorridos em uma unidade de urgência e emergência, também chamando atenção para a gravidade dessas ocorrências, assim como para o fato de que a grande maioria poderia ter sido evitada caso se invista em programas e processos mais adequados para suas aplicações no funcionamento dos serviços.

Silva e Oliveira (2018) investigaram o conhecimento das equipes médicas e de enfermagem em relação às medidas de prevenção para infecção sanguínea em pacientes submetidos ao cateter venoso central, enquanto Anziliero e Beghetto (2017) direcionaram a

pesquisa aos EA em pacientes com uso de tudo de alimentação enteral nas unidades de emergência. O primeiro destacou a limitação no conhecimento das equipes em relação às medidas consideradas padrão, o último chamou atenção para as brechas identificadas nos protocolos de segurança dos pacientes.

O princípio de cuidado está implícito na relação entre o paciente e profissional de saúde, sendo assim, quando ocorrem erros, entende-se que houve uma violação desse princípio. Às instituições de saúde, cabe elaborar e estabelecer padrões sistematizados para o controle e redução dos incidentes, consequentemente, a avaliação desses indicadores possibilita o planejamento de estratégias que melhoram o sistema de saúde (PARANAGUÁ et al., 2014).

Unidades de Pronto Atendimento são consideradas áreas onde há alto risco de erros nos cuidados à saúde que comprometem a segurança do paciente. Ou seja, tornam-se mais vulneráveis à ocorrência de erros e eventos por absorverem grande demanda de pacientes com graus variados de gravidade, além de, às vezes, conviverem com deficiências quantitativas e qualitativas dos recursos (SANTOS; PADILHA, 2005; VECINA et al, 2012).

Daí a importância da disponibilidade de recursos (estruturais, materiais e humanos) qualificados e em quantidade suficiente para ofertar assistência segura e livre de danos, principalmente nesses ambientes de urgência e emergência, uma vez que, constituem locais em que os cuidados devem ser prestados de forma rápida, efetiva e eficaz (GOMES et al., 2019).

Esses locais de atendimento são estruturas fundamentais na esfera da saúde e na sua organização. Nesse sentido, traçar o perfil epidemiológico das urgências e das emergências auxilia gestores da saúde na tomada de decisões e intervenções mais eficazes, auxiliando no planejamento ações, direcionando fluxo, capacitando profissionais, e colaborando com a formulação de políticas públicas de saúde. A construção dessas políticas deve ser baseada em evidências locais, a partir do reconhecimento das necessidades de cada coletividade, a fim de proporcionar assistência de qualidade nos diferentes níveis de atenção à saúde (HEHN; BUENO, 2020).

Assim, a complexidade dos serviços de saúde e a incorporação de tecnologias elaboradas vem sendo atribuídas a riscos adicionais na prestação do cuidado, porém, estratégias simples e efetivas podem prevenir e reduzir riscos e danos à saúde, seja por meio do seguimento de protocolos específicos, com criação de barreiras de segurança nos sistemas, seja pela educação permanente (OLIVEIRA, et al., 2014).

Para o processo de mudança da cultura de segurança do paciente à nível institucional, além da necessidade de implantação de novas rotinas e protocolos que objetivem aumentar a segurança do paciente, demanda também de investimentos em iniciativas de educação

continuada e permanente, bem como, é preciso a sensibilização e envolvimento de gestão e colaboradores da linha de frente a fim de oferecer atenção segura e de qualidade (GOMES et al., 2019; REIS et al., 2019).

A pesquisa realizada por Paixão et al. (2017) é uma das que mais se aproxima das preconizações do PNSP (BRASIL, 2013) ao propor estratégias de enfrentamento aos EA nas categorias analisadas. No que se refere à identificação, os autores são contundentes sobre a importância da identificação do paciente desde o momento da admissão, sendo essa localizada no paciente, e não apenas em cartazes próximos aos leitos. As identificações de informações sobre alergias em prontuário também são reforçadas, assim como o papel do paciente nesse processo, por meio de investigação rotineira e repetição do registro nas prescrições. A identificação contida nos medicamentos e soluções também são pontuadas como estratégia para uma prática segura que evite trocas e outros possíveis erros.

Macedo et al. (2016), ao buscarem identificar a cultura de segurança do paciente em emergências pediátricas, mostraram o que é preciso melhorar em relação à cultura, por meio da redução dos gradientes de hierarquia, do fortalecimento dos processos de comunicação e trabalho desenvolvido entre as equipes, com destaque para a necessidade de quantitativo de profissionais suficiente e condições de trabalho adequadas, discussão em ambientes de treinamento acerca dos aspectos relacionados aos pacientes atendidos, substituição da abordagem punitiva pela abordagem sistêmica, e por fim, fortalecimento dos sistemas de notificações como processo também de aprendizagem, ao permitir traçar estratégias para que os mesmos erros não se repitam rotineiramente.

Enquanto a pesquisa realizada por Burstrom et al. (2014) buscou descrever a diferença na cultura de segurança em contextos hospitalares antes e depois da inclusão de um projeto de melhoramento de qualidade, Amiri et al. (2018) tratou de determinar os efeitos de se empoderar enfermeiros e supervisores por meio de programas educacionais voltados para a segurança do paciente. As duas pesquisas apresentaram resultados positivos a partir da implementação dessas diferentes estratégias para melhoria da segurança do paciente.

Gomes et al. (2019), ao apresentarem três protocolos gráficos, os quais, após validação, poderão subsidiar a avaliação da segurança do paciente politraumatizado atendido no serviço de emergência hospitalar, defendem que a aplicação de instrumentos nesses serviços, elaborados com fundamentação em publicações científicas e baseado em evidências, contribuem para a avaliação da real situação da segurança da assistência prestado e análise da causa base dos potenciais fatores causadores de danos ao paciente, buscando soluções em prol da redução de óbitos decorrentes de eventos adversos relacionados a assistência à saúde.

De modo mais pragmático, o *check-list* de identificação dos pacientes e dos riscos construído e validado por Amaya et al. (2016), é um dos que melhor contribui para incorporação dessas estratégias. O instrumento, como lembram os autores, pode ser utilizado como modelo na prática assistencial da enfermagem. No entanto, limita-se por não incluir todas as todas recomendações do PNSP, de modo que, reforça a importância da realização da presente pesquisa, já que se espera que com o seu desenvolvimento, outros aspectos possam ser incorporados na análise dos dados.

A deficiência nos registros quanto às consequências dos incidentes para os pacientes, profissionais e instituição, bem como a subnotificação dificultam a tomada de decisão e a elaboração de estratégias preventivas e de controle. É preciso estimular a construção e uso de instrumentos de notificação e incentivar o registro completo dos incidentes, uma vez que, são ferramentas fundamentais da qualidade, direcionando as ações para aquilo que pode ser melhorado nos serviços de saúde. Faz-se necessário também a ampliação de relatos, de condutas não punitivas e olhar crítico sobre cada falha identificada, visando à qualidade da assistência e promovendo uma cultura de segurança, como formas de ações preventivas (PARANAGUÁ et al., 2014).

Como ser humano, o profissional da saúde está sujeito a falhas e, nesse sentido, a notificação dos eventos adversos auxilia na identificação das lacunas que precisam ser sanadas pelo serviço. Este aspecto é importante em qualquer ambiente hospitalar, porém especialmente nas unidades de emergências, por atenderem pacientes de alto risco e em uso de recursos tecnológicos avançados que exigem profissionais competentes para seu manejo (BRANDÃO; BRITO; BARROS, 2018).

Convida-se a reflexão sobre o caráter do serviço realizado nas unidades de atendimento emergencial, tanto pelo nível de complexidade do atendimento realizado, quando pela característica dos procedimentos geralmente desenvolvidos pelos profissionais. Há de se levar em consideração ainda, principalmente quando no contexto do serviço público brasileiro, aspectos como a sobrecarga de trabalho nos ambientes de cuidado frente à elevada demanda e a insuficiência de recursos materiais, físicos e operacionais.

Avaliar os cenários permite delinear boas práticas em saúde direcionadas para cada processo de trabalho desempenhado na instituição. Nesse contexto, destaca-se que a enfermagem enquanto prática de trabalho, consolidada como ciência aplicada, cabe estimular a troca de informação sobre as estratégias exitosas para tornar a experiência acessível às outras unidades (SILVA-BATALHA; MELLEIRO, 2015).

Nos últimos anos, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2017) tem destacado a importância de se constantemente avaliar e monitorar a segurança do paciente ao longo do tempo. Nesse processo, inclui-se o papel das identificações e definições dos incidentes relacionados à segurança nos contextos específicos de trabalho, assim como daquelas em níveis mais amplos, como nacional e global. A clareza e qualidade dessas definições são importantes fatores indicativos para o desenvolvimento de novas ações de controle e resposta.

Deste modo, as políticas que estabelecem a rede de urgência e emergência necessitam de atenção diferenciada, devido à demanda por atendimentos em função do aumento do número de acidentes e da violência, bem como, pelo fato de fragilidades da estruturação da rede permanecerem problemas constantes, gerando superlotação em unidades hospitalares e sobrecarga de trabalho para os profissionais (OLIVEIRA et al., 2016)). Infelizmente, unidades de urgências e emergências também podem apresentar condições de trabalho adversas que afetam, negativamente, o clima de segurança do paciente. Por tanto, demanda-se da implementação de estratégias para a redução desses possíveis dificultadores, para a melhoria do trabalho em equipe e a promoção de uma cultura de segurança para estes trabalhadores (CASTILHO, et al., 2020).

Padronizar a aplicação de protocolos de risco representa um respaldo legal e institui menor interferência pessoal na conduta, além de direcionar a tomada de decisão mais segura, possibilitando a minimização de riscos e proporcionando assistência segura ao paciente nas unidades de urgência e emergência (SANTOS; SORATTO, 2018). Nesse sentido, reduzir riscos de danos e a incorporação de boas práticas favorecem a efetividade dos cuidados e o seu gerenciamento de modo seguro, sendo que para tanto depende-se de mudanças de cultura, do uso de indicadores de qualidade, da existência de um sistema de registros que estejam alinhados à política de segurança do paciente instituída nacionalmente (OLIVEIRA et al., 2014).

Além disso, estudos recentes identificam a incidência de EA no Brasil e a necessidade de fortalecer o Programa Nacional de Segurança do Paciente no Brasil. À vista disso, o presente trabalho se justifica, pois, as informações obtidas a partir deste estudo serão proveitosas para o desenvolvimento de novas estratégias em relação à redução dos eventos adversos, sobretudo aqueles evitáveis. Ademais, a pesquisa afetará diretamente as decisões atinentes à melhoria da qualidade do cuidado imputadas à instituição de saúde, de modo a alertar os profissionais de saúde e gestores do setor para os tipos de EA mais frequentes e sua evitabilidade, uma vez que constituem importantes indicadores da qualidade da assistência.

7. CONCLUSÃO

O estudo englobou 296 pacientes, dentre essas pessoas 13 apresentaram pelo menos um EA, o que significa que a incidência acumulada é de 4,4%. Vale enfatizar que 100% dos EA considerados na análise são evitáveis, sendo 75% caracterizados como leve e 25% moderado quanto ao grau de gravidade.

De acordo com a caracterização dos pacientes segundo os dados demográficos, observase que as características predominantes são pessoas do sexo masculino (54,4%), de raça branca (37,2%), que não informaram o nível de escolaridade (67,6%) e que possuem 60 anos ou mais (52,7%). Essas características foram mantidas para os indivíduos que apresentaram EA.

Pode-se destacar as pessoas que possuíam doenças relacionadas a traumas, doenças infecciosas e intestinais, doenças hepáticas/pâncreas/vias biliares e doenças do sistema nervoso, tendo porcentagem de 23,1% para traumas e 15,4% para as demais totalizando assim, 69,3% das ocorrências.

Outro aspecto abordado no levantamento dos dados foi a averiguação do tipo de procedimento realizado em cada paciente. Nessa perspectiva, os resultados expressam que 82,1% dos pacientes realizaram acesso venoso periférico (AVP) e que apenas 1 paciente não realizou nenhum tipo de procedimento.

Quanto aos fatores intrínsecos e extrínsecos, encontrou-se uma média de fatores intrínsecos de 1,17 por paciente, com desvio padrão igual a 1,2, enquanto que o valor médio dos extrínsecos é de 1,5, com desvio padrão igual a 1. Para ambos, o mínimo é de nenhum fator, máximo de 5 e mediana de 1. Dentre que tiveram eventos adversos, 69,2% apresentaram fatores de risco intrínsecos, enquanto que 100% manifestaram os extrínsecos, bem como, o fator de risco intrínseco que teve mais ocorrências foi o de hipertensão arterial (34,8%), enquanto que o fator de risco extrínseco com maior número de aparições foi o cateter venoso periférico (54,5%).

Já em relação aos critérios de rastreamento, pode-se verificar que em 148 pacientes (50%) não foi localizada nenhuma evidência de pEA, ou seja, não houve nenhum critério de rastreamento. Já o máximo de critérios assinalados por paciente foi 4, representando 2% da amostra.

Pode-se verificar que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos com presença ou ausência de EA em relação a nenhuma variável em estudo dos 17 pacientes integrados na segunda fase, significando que as variáveis demográficas e clínicas não interferem na ocorrência dos eventos adversos dos sujeitos dessa análise.

Quanto a classificação dos casos com eventos adversos conforme a natureza do problema principal, 81,2% estão relacionados ao cuidado em geral, 6,2% relacionado ao medicamento, 6,2% ao procedimento e 6,2% ao diagnóstico.

Com relação a qualidade das informações registradas nos prontuários, dentre as 14 questões avaliadas, essas apresentaram percentual de documentação adequada entre 97,9% e 100%.

Avaliar a incidência de eventos adversos e suas características permite compreender o panorama dos principais problemas em relação a segurança do paciente em uma unidade de pronto atendimento, que por sua vez, permite traçar estratégias de intervenção para o desenvolvimento de novas ações de controle e resposta. Esse é o primeiro passo na busca para incorporar uma cultura de qualidade e segurança do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACKROYD-STOLARZ, S. et al. Use of an electronic information system to identify adverse events resulting in an emergency department visit. **Quality & Safety in Health Care,** v. 19, n. 6, p.1-5, 2010. Disponível em: https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/19/6/e53.full.pdf. Acesso em: 25 set. 2017.

ALVES, M.; MELO, C. L. Transferência de cuidado na perspectiva de profissionais de enfermagem de um pronto-socorro. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, e1194. 2019. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1194.pdf. Acesso em: 13 mai. 2020.

AMAYA, M. R. et al. Construção e validação de conteúdo de checklist para a segurança do paciente em emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, (esp): e68778. 2016. https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37nspe/0102-6933-rgenf-1983-14472016esp2016-68778.pdf. Acesso em: 12 ago. 2019.

AMIRI, M.; KHADEMIA, Z.; NIKANDISH, R. The effect of nurse empowerment educational program on patient safety culture: a randomized controlled trial. **BMC Medical Education,** 18:158, 2018. Disponível em: https://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-018-1255-6. Acesso em: 18 nov. 2018.

ANTUNES, J. F. S. et al. Interação medicamentosa em idosos internados no serviço de emergência de um hospital universitário. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n.4, p.907-912, 2015. Disponível em: https://cdn.publisher.gnl.link/reme.org.br/pdf/en_v19n4a09.pdf. Acesso em: 12 dez. 2018.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim de segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde nº 15**: incidentes relacionados à assistência à saúde. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2017. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/boletim-seguranca-do-paciente/boletim-seguranca-do-paciente-e-qualidade-em-servicos-de-saude-no-15.pdf. Acesso em: 09 mar. 2021.

ANZILIERO, F.; BEGHETTO, M. G. Incidents and adverse events in enteral feeding tube users: warnings based on a cohort study. **Nutrición Hospitalaria**, v. 35, n. 2, p. 259-264. 2018.

ARANAZ-ANDRÉS, J. M. et al. Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanish National Study of Adverse Events. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 62, n. 12, p. 1022–1029, 2008.

ARANAZ-ANDRÉS, J. M. et al. Diseño del estudio IBEAS: prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. **Revista de Calidad Asistencial**, v. 26, n. 3, p. 194–200. 2011a.

ARANAZ-ANDRÉS, J. M. et al. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the "Iberoamerican Study of Adverse Events" (IBEAS). **British Medical Journal Quality & Safety**, v. 20, n. 12, p. 1043–51. 2011b.

ARANAZ ANDRÉS, J. M. et al. Comparison of two methods to estimate adverse events in the IBEAS Study (Iberoamerican study of adverse events): cross-sectional versus retrospective cohort design. **British Medical Journal open**, v. 7, n. 10, p. e016546. 2017.

ARRUDA, N. L. O. et al. Percepção do paciente com a segurança no atendimento em unidade de urgência e emergência. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 11, n. 11, p. 4445-4454. 2017. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/15019/24719. Acesso em: 21 mar. 2020.

BAKER, G. R. et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. **Canadian Medical Association Journal**, v. 170, n. 11, p. 1678–86. 2004. Disponível em: https://www.cmaj.ca/content/cmaj/170/11/1678.full.pdf. Acesso em: 13 set. 2019.

BECERRA-CAMARGO, J.; MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, F.; GARCÍA-JIMÉNEZ, E. The effect on potential adverse drug events of a pharmacist-acquired medication history in an emergency department: a multicentre, double-blind, randomised, controlled, parallel-group study. **BMC Health Services Research**, 15:337, 2015. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4545909/pdf/12913_2015_Article_990.pdf. Acesso em: 18 nov. 2018.

BERWICK, D. M, et al. Three global health-care quality reports in 2018. **The Lancet**, v. 392, n. 10143, p. 194-195. 2018.

BRANDÃO, M. G. S. A.; BRITO, O. D.; BARROS, L. M. Gestão de riscos e segurança do paciente: mapeamento dos riscos de eventos adversos na emergência de um hospital de ensino. Rev. Adm. Saúde, v. 18, n. 70. 2018. Disponível em: https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/84/125. Acesso em: 9 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf. Acesso em: 5 fev. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Poder Executivo, Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 20 set. 2017.

BRENNAN, T. A. et al. Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients - Results of the Harvard Medical Practice Study I. **New England Journal of Medicine**, v. 324, n. 6, p. 370–376. 1991. Disponível em: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejm199102073240604. Acesso em: 09 fev. 2020.

BURSTRÖM, L. et al. The patient safety culture as perceived by staff at two different emergency departments before and after introducing a flow-oriented working model with team triage and lean principles: a repeated cross-sectional study. **BMC Health Services Research**, 14:296, 2014. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4105242/pdf/1472-6963-14-296.pdf. Acesso

em: 22 nov. 2018.

- CAMARGO, L. M. A.; SILVA, R. P. M.; MENEGUETTI, D. U. O. Tópicos de metodologia de pesquisa: Estudos de coorte ou cohorte prospectivo e retrospectivo. **Journal of the Human Growth and Development**, v. 29, n.3. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v29n3/pt 16.pdf. Acesso em 23 set. 2020.
- CASTILHO, D. E. C. et al. Fatores relacionados ao clima de segurança do paciente em hospital de urgências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.28, e3273. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v28/pt 0104-1169-rlae-28-e3273.pdf. Acesso em: 23 nov. 2020.
- FRANCO, L. J.; PASSOS, A. D. C. **Fundamentos de Epidemiologia**. 2. ed. Barueri: Manole, 2011.
- FURINI, A. C. A.; NUNES, A. A.; DALLORA, M.E.L.V. Notificação de eventos adversos: caracterização dos eventos ocorridos em um complexo hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, n. especial, e20180317, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40nspe/1983-1447-rgenf-40-spe-e20180317.pdf. Acesso em: 13 mai. 2021.
- JEPSON, Z. K. et al. Emergency department patient safety incident characterization: an observational analysis of the findings of a standardized peer review process. **BMC Emergency Medicine**, 14:20, p. 1-7, 2014. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4132274/pdf/1471-227X-14-20.pdf. Acesso em: 12 dez. 2018.
- GAAL, S. et al. Prevalence and consequences of patient safety incidents in general practice in the Netherlands: a retrospective medical record review study. **Implementation Science**, v. 6, p. 37. 2011. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3080333/pdf/1748-5908-6-37.pdf. Acesso em: 9 abr. 2019.
- GALVÃO, T. F.; PEREIRA, M. G. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 1, p. 183-4. 2004. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v23n1/v23n1a18.pdf. Acesso em: 5 mai. 2020.
- GOMES, A. T. L. et al. Segurança do paciente em situação de emergência: percepções da equipe de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 3, p. 788-95. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v72n3/pt_0034-7167-reben-72-03-0753.pdf. Acesso em: 14 out. 2020.
- GÓMEZ-MARTINO, C. B. et al. Perfil de riesgo y análisis comparativo de los errores de conciliación de medicamentos según el médico prescriptor y la herramienta de prescripción. **Emergencias**, 29: 384-390, 2017.
- HEHN, R; BUENO, A. L. M. Perfil epidemiológico dos atendimentos de um pronto atendimento privado do sul do Brasil. **Revista de Enfermermagem da UFSM**, v. 10, e58, p. 1-20. 2020. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/37989/pdf. Acesso em: 13 dez. 2020.

- HOHL, C. M. et al. Evaluating adverse drug event reporting in administrative data from emergency departments: a validation study. **BMC Health Services Research**, 13:473, 2013. Disponível em: https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-13-473.pdf. Acesso em: 13 mar. 2019.
- HOWARD, I. L. et al. Apllication of the emergency medical services trigger tool to measure adverse events in prehospital emergency care: a time series analysis. **BMC Emergency Medicine**, v. 18, n. 47. 2018. Disponível em: https://bmcemergmed.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12873-018-0195-0.pdf. Acesso em: 10 set. 2019.
- HOWARD, I. L. et al. Development of a trigger tool to identify Adverse Events and Harm in Emergency Medical Services. **Emergency Medicine Journal**, v. 34, n. 6, p. 391-397, 2017.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografía e Estatística **Dados do Censo 2010**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: https://censo2010.ibge.gov.br/. Acesso em: 21 fev. 2017.
- KAPUR, N. et al. Aviation and healthcare: a comparative review with implications for patient safety. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 7, n. 1. 2016. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4710114/pdf/10.1177_2054270415616548.p df. Acesso em: 2 jul. 2020.
- KARPOV, A. et al. Performance of trigger tools in identifying adverse drug events in emergency department patients: a validation study. **British Journal of Clinical Pharmacology**, v. 82, p. 1048-1057, 2016. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5137830/pdf/BCP-82-1048.pdf. Acesso em: 04 jan. 2019.
- KEULEN, M. S. L. **Eventos adversos**: incidência e impacto econômico em um hospital de grande porte. 2017. 87 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2017. Disponível em: http://repositorio.ufjf.br:8080/jspui/bitstream/ufjf/6074/1/mariadosocorrolinavankeulen.pdf. Acesso em: 23 abr. 2020.
- LANCIS-SEPÚLVEDA, M. L.; ASENJO-ARAYA, C. Estudio de incidencia de eventos adversos en una clínica privada en Chile. **Revista de Calidad Asistencial**, v. 29, n. 2. 2014. Disponível em: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-pdf-S1134282X13001486. Acesso em: 30 mar. 2020.
- LEAPE, L. L. et al. The Nature of Adverse Events in Hospitalized Patients Results of the Harvard Medical Practice Study II. **New England Journal of Medicine**, v. 324, n. 6, p. 377–384. 1991. Disponível em: https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199102073240605?articleTools=true. Acesso em: 6 nov. 2020.
- LORENZINI, E.; SANTI, J. A. R.; BÁO, A. C. P. Segurança do paciente: análise dos incidentes notificados em um hospital do sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 2; p. 121-7. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n2/pt_1983-1447-rgenf-35-02-00121.pdf. Acesso em: 7 ago. 2020.

- LUIZ, R. R.; MAGNANINI, M. M. F. A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 9–28. 2000. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2000_2/artigos/csc_v8n2_09-28.pdf. Acesso em 4 fev. 2019.
- MACEDO, T. R., et al. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de emergências pediátricas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** v. 50, n. 5, p. 756-762. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n5/pt_0080-6234-reeusp-50-05-0757.pdf. Acesso em: 19 mai. 2020.
- MARTINEZ, E. Z. **Bioestatística para os cursos de graduação da área da saúde**. 1. ed. São Paulo: Blucher, 2015.
- MATEU, G. E. et al. La comunicación de los efectos adversos en un servicio de urgencias. **Metas de Enfermería**, v. 23, n. 1, p. 25-32. 2020. Disponível em: https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81530/. Acesso em: 21 jan. 2021.
- MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf. Aesso em: 15 mai. 2020.
- MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 21, n. 4, p. 279–284. 2009.
- MENDES, W. et al. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 59, n. 5, p. 421-428, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ramb/v59n5/v59n5a06.pdf. Acesso em: 28 mar. 2021.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006. Disponível em: https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf. Acesso em: 5 nov. 2020.
- MOHER, D. et al. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. **PLoS Medicine**, v. 6, n. 7, e1000097, 2009. Disponível em: https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000097. Acesso em: 27 fev. 2021.
- MOONEN, P. et al. Diagnostic error in the Emergency Department: follow up of patients with minor trauma in the outpatient clinic. **Scandinavian Journal Of Trauma, Resuscitation And Emergency Medicine,** v. 25, n. 1, p.1-7, 14 fev. 2017. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5309992/pdf/13049_2017_Article_361.pdf. Acesso em: 25 set. 2019.
- MORAN, K. M.; HARRIS, I. B.; VALENTA, A. L. Competencies for Patient Safety and Quality Improvement: A Synthesis of Recommendations in Influential Position Papers. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v. 42, n. 4, p. 162–169. 2016.

- NPSF. National Patient Safety Foundation. Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years after To Err Is Human. Boston, MA: National Patient Safety Foundation; 2015.
- OLIVEIRA, R. M. et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 122-129. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0122.pdf. Acesso em: 8 jun. 2020.
- OLIVEIRA, D. M. et al. Care challenges of diabetes mellitus acute complications in adult emergency services. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 18, e1163. 2016. Disponível em: https://revistas.ufg.br/fen/article/view/35523/21353. Acesso em: 28 ago. 2019.
- OMS. Organização Mundial de Saúde. **Avaliando e tratando danos aos pacientes:** Um guia metodológico para hospitais carentes de dados. Geveva, 2010. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3660/Avaliando%20e%20tratando%20danos% 20aos%20pacientes.%20Um%20guia%20metodologico%20para%20hospitais%20carentes%2 0de%20dados.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 26 set. 2019.
- PAIXÃO, D. P. S. S. et al. Adesão aos protocolos de segurança do paciente em unidades de pronto atendimento. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, suplemento 1, p. 622-629, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0577.pdf. Acesso em: 2 dez. 2020.
- PAIXÃO, D. P. S. S. As ações para segurança do paciente em unidades de pronto atendimento. 2017, 130f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.
- PARANAGUÁ, T. T. B. et al. Incidentes: instrumento de gerenciamento da assistência para a segurança do paciente em pronto socorro. **Enfermería Global**, v. 34, p. 219-231. 2014. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n34/pt_administracion1.pdf. Acesso em: 23 mai. 2019.
- PAVÃO, A. L. B. et al. Estudo de incidência de eventos adversos hospitalares, Rio de Janeiro, Brasil: avaliação da qualidade do prontuário do paciente. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, n. 4, p. 651–661, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14n4/12.pdf. Acesso em: 3 set. 2019.
- PÉREZ-DÍEZ, C. et al. Errores de medicación en un servicio de urgencias hospitalario: estudio de situación para mejorar la seguridad de los pacientes. **Emergencias**, v. 29, p. 412-415. 2017.
- R CORE TEAM. **R: A language and environment for statistical computing.** R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. 2021. Disponível em: https://www.R-project.org/. Acesso em: 05 mai. 2021.
- REIS, G. A. X. et al. Dificuldades para implantar estratégias de segurança do paciente: perspectivas de enfermeiros gestores. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. especial, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40nspe/1983-1447-rgenf-40-spe-e20180366.pdf. Acesso 21 jan. 2021.

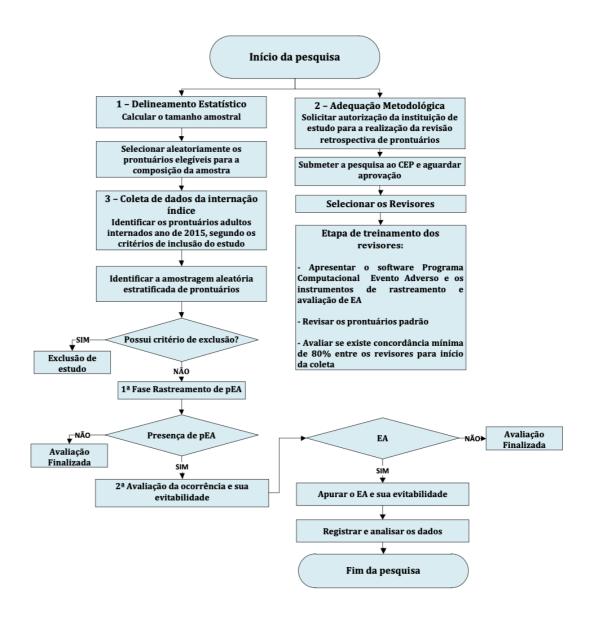
- ROQUE, K. E.; MELO, E. C. P. Tempo de internação e a ocorrência de eventos adversos a medicamentos: uma questão da enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 3, p. 595-601, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a22v15n3.pdf. Acesso em: 8 nov. 2019.
- RUNCIMAN, W. et al. Towards an International Classification for Patient Safety: keyconcepts and terms. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 21, n. 1, p. 18–26. 2009. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2638755/pdf/mzn057.pdf. Acesso em: 6 set, 2020.
- SANTOS, C.; AMADEI, J. L. Qualidade da prescrição de medicamentos em unidades de pronto atendimento do Sistema Único de Saúde do Brasil. **RAS**, v. 16, n. 63, 2014.
- SANTOS, A. E.; PADILHA, K. G. Eventos adversos com medicação em Serviços de Emergência: condutas profissionais e sentimentos vivenciados por enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 4, p. 429-433, Aug. 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v58n4/a09v58n4.pdf. Acesso em: 26 set. 2017.
- SANTOS, P. R. A.; ROCHA, F. R. L.; SAMPAIO, C. S. J. C. Ações para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos em unidades de pronto atendimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. especial: e20180347. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40nspe/1983-1447-rgenf-40-spe-e20180347.pdf. Acesso em: 07 fev. 2020.
- SANTOS, A. K. N.; SORATTO, M. T. Segurança do paciente nas Unidades de Urgência Emergência. **Enfermagem Brasil**, v. 17, n. 3, p. 279-296. 2018. Disponível em: https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/517/3759. Acesso em: 15 jul. 2020.
- SANZ, E. U. et al. Implementation of a therapeutic reconciliation procedure at admission by the emergency department. **Farmarcia Hospitalaria**, v. 38, n. 5, p. 430-7. 2014. Disponível em: http://www.aulamedica.es/fh/pdf/7663.pdf. Acesso em: 10 dez. 2019.
- SARI, A. B. et al. Extent, nature and consequences of adverse events: results of a retrospective casenote review in a large NHS hospital. **Quality and Safety in Health Care,** v. 16, n.6, p. 434-9. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2653177/pdf/434.pdf, Acesso em: 17 out. 2019.
- SCHEAFFER, R. L. et al. **Elementary Survey Sampling**. 7. ed. Boston: Cengage Learning, 2011.
- SCHWAPPACH, D. L. B. Risk factors for patient-reported medical errors in eleven countries. **Health Expectations**, 17, p.321–331, 2012. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5060731/pdf/HEX-17-321.pdf. Acesso em: 02 dez. 2019.
- SILVA, D. L. Ocorrência de eventos adversos em unidades de internação em um hospital de Brasília DF. 2013. 64 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília-DF, 2013. Disponível

- em:https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13152/1/2013_DarciaLimaSilva.pdf. Acesso em: 26 mar. 2020.
- SILVA, J. M. M. Análise dos potenciais eventos adversos e reações adversas a medicamentos em Hospital de Minas Gerais: estudo exploratório sobre os fatores contribuintes. 2019. 86 f. Dissertação (Mestdado em Ciências) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto: 2019. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-20032020-145503/publico/JOSYMARIAMAXIMIANOSILVA.pdf. Acesso em: 23 jan. 2021.
- SILVA-BATALHA, E. M. S.; MELLEIRO, M. M. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 2, p. 432-441. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00432.pdf. Acesso em: 23 fev. 2020.
- SILVA, M. V. P.; CARVALHO, P. M. G. Cultura de segurança do paciente: atitudes dos profissionais de enfermagem de um serviço de pronto atendimento. **Revista Interdisciplinar**, v. 9, n.1, p. 1-12. 2016.
- SILVA, A. G.; OLIVEIRA, A. C. Conhecimento autorreferido das equipes médicas e de enfermagem quanto às medidas de prevenção de infecção da corrente sanguínea. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 27, n.3, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v27n3/0104-0707-tce-27-03-e3480017.pdf. Acesso em: 04 jan. 2019.
- TODT, S. C. et al. Instrumento para avaliação da qualidade de prontuários de admissão em unidades de urgência e emergência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde,** v. 12 n. 11. 2020. Disponível em: https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4071/2534. Acesso em: 21 jan. 2021.
- TRZECIAK, S.; RIVERS, E. P. Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health. **Emergency Medicine Journal**, v. 20, n. 5, p.402-405, l set. 2003. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1726173/pdf/v020p00402.pdf. Acesso em: 25 set. 2017.
- VALLE, M. M. F.; CRUZ, E. D. A.; SANTOS, T. Incidentes com medicamentos em unidade de urgência e emergência: análise documental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, n.: e03271. 2017. Disponível: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/1980-220X-reeusp-S1980-220X2016033303271.pdf. Acesso em: 23 set. 2019.
- VECINA, S. T. et al. La seguridad del paciente en urgencias y emergencias: balance de cuatro años del Programa SEMES-Seguridad Paciente. **Emergencias**, v. 24, n. 3, p. 225-233. 2012.
- VECINA, S. T. Estudio sobre la reducción de eventos adversos en pacientes y problemas de bioseguridad de los profesionales derivados de la aplicación de catéteres vasculares en urgencias. **Emergencias**, v. 28, p. 89-96. 2016.
- WAKEFIELD, D. S.; WAKEFIELD, B. J. Are verbal orders a threat to patient safety? Quality

- and Safety in Health Care v. 18, p. 165-8, 2009. Disponível em: https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/18/3/165.full.pdf. Acesso em: 12 abr. 2020.
- WEIGL, M. et al. Work conditions, mental workload and patient care quality: a multisource study in the emergency department. **Quality and Safety in Health Care,** v. 25, p.499–508. 2016.
- WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-53, 2005.
- WILSON, R. M. et al. Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. **British Medical Journal**, v. 344, n. 3, p. e832–e832, 2012. Disponível em: https://www.bmj.com/content/bmj/344/bmj.e832.full.pdf. Acesso em: 14 mai. 2019.
- WHO. World Health Organization. **Medication without harm:** WHO global patient safety challenge. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 12 out. 2019.
- WHO. World Health Organization. **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety,** v. 1.1. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf. Acesso em: 3 mar. 2017.
- ZANETTI, A. C. B. et al. Assessment of the incidence and preventability of adverse events in hospitals: an integrative review. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 41, e20190364, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v41/1983-1447-rgenf-41-e20190364.pdf. Acesso em: 14 fev. 2021.
- ZANETTI, A. C. B. **Segurança do paciente no contexto hospitalar:** estudo sobre incidência e evitabilidade de eventos adversos em hospital de grande porte. 2019. 200 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, Ribeirão Preto, 2019. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-31012020-112736/publico/ARIANECRISTINABARBOZAZANETTI.pdf. Acesso em: 12 mar. 2020.
- ZANETTI, A. C. B. et al. Incidence and preventability of adverse events in adult patients admitted to a Brazilian teaching hospital. **PLoS One**, v. 16, p. e0249531. 2021. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8049336/pdf/pone.0249531.pdf. Acesso em: 4 mai. 2021.
- ZHANG, E. et al. Adverse event and error of unexpected life-threatening events within 24 hours of ED admission. **The American Journal of Emergency Medicine**, v. 35, n. 3, p.479-483, mar. 2017. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S073567571630897X?via%3Dihub. Acesso em: 20 nov. 2019.

APÊNDICES

Apêndice A: Fluxograma para coleta de dados



Apêndice B - Formulário de Rastreamento

FORMULÁRIO DE RASTREAMENTO DE EVENTOS ADVERSOS

Revisor: Nº Prontuário (NP): Nº AIH: Hospital: Caráter da internação: Urgência () Eletiva () Data de Admissão: Data de Revisão: Data de Saída: Data de Nascimento: Sexo: Masculino () Feminino ()	
	() 2ª série do 2º grau () 3ª série do 2º grau () 2º grau incompleto () Nível superior () Outro
Raça/Cor da pele: () Branco () Preto () Pardo	() Indígena () Outro () Sem informação
Diagnóstico Principal (considerar diagnóstico da internação descrito no pront CID-10 (da admissão hospitalar):	uário, se houver):
Procedimento (cirúrgico/invasivo):	Data do Procedimento://_

FATORES DE RISCO (FR)

Indicar se o paciente apresenta algum dos seguintes fatores de risco. Marcar com um X as alternativas correspondentes.

	FR INTRÍNSECO	Sim	Não
1	Coma		
2	Insuficiência renal		
3	Diabetes		
4	Neoplasia		
5	Imunodeficiência / AIDS		
6	Doença pulmonar crônica		
7	Neutropenia		
8	Cirrose hepatica		
9	Abuso de droga		

10	Obesidade	
11	Hipoalbuminemia / desnutrição	
12	Úlcera por pressão	
13	Malformações Congênitas	
14	Insuficiência Cardíaca	
15	Doença Coronariana	
16	Hipertensão arterial (HAS)	
17	Hipercolesterolemia	
18	Prematuridade	
19	História de alcoolismo	

	FR EXTRÎNSECO	Sim	Não
1	Sonda urinária aberta		
2	Sonda urinária fechada		
3	Cateter venoso periférico		
4	Cateter arterial		
5	Cateter central de inserção periférica (PIC)		
6	Cateter venoso central		
7	Cateter umbilical (veia)		
8	Cateter umbilical (artéria)		
9	Nutrição parenteral		
10	Nutrição enteral		
11	Sonda nasogástrica		
12	Traqueostomia		
13	Ventilação mecânica		
14	Terapia imunossupressora		
15	Bomba de infusão		
16	Hemodiálise		
17	Diálise peritoneal		
18	Intubação traqueal		

CRITÉRIOS DE RASTREAMENTO

Marque com um X a alternativa correspondente para cada critério de rastreamento.

CRITÉRIOS DE RASTREAMENTO	Sim	Não
1. Internação prévia nos últimos 12 meses em pacientes com menos de 65		
anos, ou internação prévia nos últimos 6 meses em pacientes com 65 anos ou		
mais.		
2. Tratamento antineoplásico nos 6 meses anteriores à internação.		
3. Traumatismo, acidente ou queda durante a internação.		
4. Efeito indesejado ao medicamento.		
5. Febre acima de 38,3º C no dia anterior à alta programada.		
6. Transferência de uma unidade de internação geral a outra de cuidados		
intensivos ou semi-intensivos.		
7. Transferência para outro hospital de cuidados agudos.		
8. Segunda intervenção cirúrgica durante esta internação.		
9. Após a realização de um procedimento invasivo, ocorreu uma lesão em um		
órgão ou sistema que necessitará de tratamento clínico ou cirúrgico.		
10. Alteração neurológica ausente na admissão, mas presente no momento do		·
estudo.		

11. IAM (infarto agudo do miocárdio), AVC (acidente vascular cerebral) ou TEP (tromboembolismo pulmonar) durante ou após um procedimento invasivo. 12. Parada cardiorrespiratória ou pontuação APGAR baixa.	
13. Dano ou complicação relacionada a aborto, amniocentese, parto ou préparto.	
14. Obito	
15. Intervenção cirúrgica aberta não prevista ou internação para intervenção, seja ela laparoscópica ou aberta, após uma intervenção ambulatorial programada.	
16. Algum dano ou complicação relacionada a uma cirurgia ambulatorial ou a um procedimento invasivo que resultou em internação ou avaliação no serviço de emergência.	
17. Qualquer tipo de infecção associada ao cuidado.	
18. Documentação ou correspondência no prontuário (incluída reclamação patrimonial) em relação à assistência, que pudesse sugerir litígio.	
19. Qualquer outra ocorrência indesejada não mencionada acima.	

SE ALGUMA RESPOSTA FOI POSITIVA, PREENCHER O QUESTIONÁRIO MODULAR PARA A REVISÃO RETROSPECTIVA DE CASOS

1) Internação prévia nos últimos 12 meses em pacientes com menos de 65 anos, ou internação prévia nos últimos 6 meses em pacientes com 65 anos ou mais.

- Verificar se a internação índice (internação de estudo) possui relação com a internação prévia e se há indícios de potencial EA na internação prévia.
- São consideradas apenas as internações NÃO PREVISTAS.
- Identifica os EA anteriores a esta internação.
- Exclui:
 - o Internação planejada para procedimentos secundários.
 - Internação sem relação com a internação prévia.
 - o Internação planejada para tratamento de doença crônica.
- Elementos a investigar:
 - o Recidiva de uma doença considerada curada.
 - o Complicações de procedimentos anteriores.
 - o Acompanhamento inadequado de uma doença ou procedimento.

2) Tratamento antineoplásico nos 6 meses anteriores à internação.

- Identifica os EA ligados à terapia antineoplásica.
- Exclui:
 - o Internação planejada para quimioterapia.
- Elementos a investigar:
 - o Hemograma (ex: leucopenia).
 - Anotações de internação sugerindo tratamento e/ou acompanhamento inadequado.

3) Traumatismo, acidente ou queda durante a internação.

- Inclui quedas, queimaduras, lesão por pressão, etc.
- Exclui:

- Escoriações ou irritações na pele não posturais (porque estão contidas no critério 19).
- Elementos a investigar:
 - o Queimaduras cirúrgicas.
 - o Quedas.
 - Lesões por pressão adquiridas na internação.

4) Efeito indesejado ao medicamento.

- Exemplos de elementos que devem ser investigados:
 - Doses tóxicas de medicamentos: fratura como consequência de convulsões por superdosagem de teofilina, por exemplo.
 - O Hemorragia gastrointestinal decorrente de aspirina.
 - o Hipoglicemia em paciente sob tratamento de insulina ou hipoglicemiantes orais.
 - o Reação alérgica a um antibiótico.
 - o Alterações em pacientes sob tratamento anticoagulante.

5) Febre acima de 38,3°C no dia anterior à alta programada.

- Sugere alta prematura e acompanhamento inadequado.
- Elementos a investigar:
 - o Folhas de evolução
 - o Evolução da enfermagem
 - Anotações sobre alta

6) Transferência de uma unidade de internação geral a outra de cuidados intensivos ou semi-intensivos.

- Pode indicar agravamento da condição do paciente.
- Exclui as transferências programadas e os períodos de permanência na Sala de Recuperação Anestésica.
- Elementos a investigar:
 - As folhas de evolução
 - Evolução da enfermagem
 - o Anotações por outro especialista
- Exclui:
 - o Transferência para o Serviço Terciário.

7) Transferência para outro hospital de cuidados agudos.

- Exclui as transferências para determinados exames especializados não disponíveis no hospital.
- Elementos a investigar:
 - o As folhas de evolução
 - o Evolução da enfermagem
 - o Os relatórios de serviços diagnóstico-terapêuticos: laboratório, radiodiagnóstico, etc.
 - As folhas de solicitação de ambulância
- Exclui:
 - o Transferência para o Serviço Terciário.

8) Segunda intervenção cirúrgica (IC) durante esta internação.

- Exclui as IC previamente planejadas.
- Elementos a investigar:
 - o Evolução cirúrgica e de anestesia.
 - Os períodos de reanimação e UTI.
 - Os documentos relativos a procedimentos invasivos.

9) Após a realização de um procedimento invasivo, ocorreu uma lesão em um órgão ou sistema que necessitará de tratamento clínico ou cirúrgico.

- Inclui as lesões imediatas (lesão de ureter em cirurgia geral) e as tardias (hemorragia pós-biópsia, disfonia após intubação traqueal).
- Elementos a investigar:
 - o Evolução cirúrgica e de anestesia.
 - Os períodos de reanimação e UTI.
 - Os documentos relativos a procedimentos invasivos.

10) Alteração neurológica ausente na admissão, mas presente no momento do estudo.

- Inclui déficit sensitivo, motor, confusão e agitação.
- Elementos a investigar:
 - A alteração neurológica não estava presente na admissão.
 - o As interconsultas médicas.
 - As folhas de evolução.
 - o Evolução da enfermagem.
- Exclui:
 - o Alteração neurológica esperada pelo quadro clínico.

11) IAM (Infarto Agudo do Miocárdio), AVC (Acidente Vascular Cerebral) ou TEP (Tromboembolismo Pulmonar) durante ou após um procedimento invasivo.

- Exclui a complicação que é consequência exclusiva da doença que ocasionou a internação.
- Elementos a investigar:
 - o As folhas de evolução
 - o Evolução da enfermagem
 - o Os laudos de radiodiagnóstico
 - Anotações por outro especialista.

12) Parada cardiorrespiratória ou pontuação APGAR baixa (Desconsiderar a pontuação APGAR: não serão investigados casos envolvendo recém-nascidos).

- Inclui a parada que precisa de reanimação de urgência e que o paciente sobreviva ao menos temporariamente.
- Elementos a investigar:
 - o A transferência a UTI ou reanimação.
 - o Anotações de reanimação e de UTI.
 - Os documentos relativos a procedimentos invasivos.

13) Dano ou complicação relacionada a aborto, amniocentese, parto ou pré-parto (Desconsiderar este critério: não serão investigados casos obstétricos).

14) Óbito.

- Inclui:
 - Ausência de diagnóstico definitivo.
 - Morte após cirurgia eletiva.
 - o Morte apesar dos esforços de ressuscitação.
 - o Morte dentro de 24 horas após a admissão.
 - Morte após um incidente.
 - Suicídio
 - o Circunstâncias suspeitas.
- Exclui:
 - Qualquer morte que possa ter sido considerada progressão natural da doença do paciente.
 - o Paciente em cuidados paliativos ou se constar ordem de não reanimação.
- Elementos a investigar:
 - Anotações sobre alta.
 - o Evolução da enfermagem.
 - o A solicitação de autópsia.
 - o Anotações de interconsulta na psiquiatria (suicídio).

15) Intervenção cirúrgica aberta não prevista, ou internação para intervenção, seja ela laparoscópica ou aberta, após uma intervenção ambulatorial programada.

- Elementos a investigar:
 - o Evolução cirúrgica e de anestesia.
 - o Os períodos de reanimação e UTI.
 - Os documentos relativos a procedimentos invasivos.

16) Algum dano ou complicação relacionada a uma cirurgia ambulatorial ou a um procedimento invasivo que resultou em internação ou avaliação no serviço de emergência.

- Elementos a investigar:
 - o Anotações de Cirurgia Ambulatorial.
 - Anotações sobre alta.
 - O boletim de emergência.

17) Qualquer tipo de infecção associada ao cuidado.

- Define-se como Infecção Hospitalar aquela cuja etiologia deriva de um microorganismo e que se adquire na internação (locais ou sistêmicas).
- Exclui:
 - As infecções comunitárias que, no momento da internação, estavampresentes ou em período de incubação (no mínimo 72 horas após a admissão hospitalar).
 - Colonização por MRSA e VRE na ausência de evidência de infecção (baseada nos sinais clínicos sugestivos).
- Elementos a investigar:
 - o A prescrição de antibióticos.

- Sinais clínicos sugestivos: febre, tosse, expectoração, diarréia, septicemia, dor localizada na ferida cirúrgica, pus, infecção do trato urinário (ITU).
- Resultados de Microbiologia.

18) Documentação ou correspondência no prontuário (incluída reclamação patrimonial) em relação à assistência, que pudesse sugerir litígio.

- Definição de litígio: meio pelo qual as partes fazem valer seus direitos em juízo; pendência que está em juízo para ser examinada.
- A descrição do litígio deverá constar no prontuário da internação índice.
- Inclui as altas à revelia.
- Elementos a investigar:
 - Anotações da enfermagem.
 - Anotações dos assistentes sociais.

19) Qualquer outra ocorrência indesejada não mencionada acima.

- Inclui:
 - Evidência em prontuário de outro desfecho que, possivelmente, é um critério de rastreamento para um potencial EA, mas que não foi abarcado pelos critérios descritos anteriormente.
 - O revisor da Fase 1 pode usar este critério para relatar quaisquer complicações ou resultados questionáveis não compreendidos em outros critérios, particularmente aqueles envolvendo atos de omissão (deixar de agir/fazer).
 - Flebite, reações a esparadrapo e a látex.
- São excluídas as complicações que são consequências exclusivas da doença que ocasionou a internação.
- Elementos a investigar:
 - As folhas de evolução
 - o Evolução da enfermagem
 - Os relatórios de serviços diagnóstico-terapêuticos: laboratório, radiodiagnóstico, etc.
 - Anotações por outro especialista.

Se alguma afirmação dos Critérios de Rastreamento for verdadeira (está marcada a alternativa SIM), deve-se proceder ao preenchimento do questionário modular para a revisão retrospectiva de casos. É conveniente marcar todas as alternativas cuja resposta seja afirmativa.

Situação do prontuário

- 0. Na internação índice o paciente foi atendido pelo setor de emergência deste ou de outro hospital?
- 0.1 Documentação adequada?
- 1. Evidência da admissão do paciente no setor de emergência foi obtida através de anotação da enfermagem?
- 1.1 Documentação adequada?
- 2.0 Evidência da admissão do paciente no setor de emergência foi obtida através de anotação do Médico?
- 2.1 Documentação adequada?
- 2.2 O paciente permanece mais de 24 horas no hospital?

- 3. identificação do paciente?
- 3.1 Documentação adequada?
- 4. Sumário de Alta?
- 4.1 Documentação adequada?
- 5. Anamnese e exame físico?
- 5.1 Documentação adequada?
- 6. Apontamento da evolução médica/multidisciplinar sobre a evolução do paciente?
- 6.1 Documentação Adequada?
- 7. avaliação inicial da enfermagem?
- 7.1 Documentação Adequada?
- 8. Anotação da enfermagem?
- 8.1 Documentação Adequada?
- 9. Avaliação do paciente pelo Assistente Social?
- 9.1 Documentação Adequada?
- 10. Ordem Médica e medicação?
- 10.1 Documentação Adequada?
- 11. Relatório de procedimentos (ex. cirúrgico)?
- 11.1 Documentação Adequada?
- 12. Resultado de laboratórios de patologia?
- 12.1 Documentação Adequada?
- 13. Diagnóstico de imagem?
- 13.1 Documentação Adequada?
- 13.2Houve avaliação e orientação do farmacêutico Clínico?
- 14. Houve reconciliação dos medicamentos de uso domiciliar?
- 15. Houve algum relato no prontuário de eventos relacionados a medicamentos?

Apêndice C - Formulário de Avaliação

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO Questionário Modular para Identificação de Incidentes (com e sem dano)

Instruções:

- Preencha na íntegra o módulo A
 Informação do paciente e antecedentes do EA
- 2. Preencha na íntegra o módulo B somente se aplicável A lesão e suas consequências
- **3.** Preencha os itens aplicáveis do módulo C (identificados em A7) Período de internação durante o qual ocorreu o EA-caso
- 4. Preencha os itens aplicáveis do módulo D (identificados no módulo
- C) Principais problemas no processo de cuidado
- **5.** Preencha na íntegra o módulo E somente se aplicável Fatores causais, fatores contribuintes e possibilidade de prevenção do EA-caso
- 6. "EA" significa evento adverso
- 7. O sistema permite a informação de vários incidentes e EAs por paciente.

Módulo A: INFORMAÇÃO DO PACIENTE E ANTECEDENTES DO EA

Data de revisão: popular (dd/mm/aaaa)
ID do revisor: unu
Número de registro do caso: and
A2 INFORMAÇÃO
Idade: □□
Sexo: M/F □ Gravidez: Sim/Não □
Caráter da internação 🗆 Urgência 🗆 Eletiva
Data de Admissão: uuuuuuu (dd/mm/aaaa)
Data de Saída: popopopo (dd/mm/aaaa)
A3 NATUREZA DA DOENÇA
Diagnóstico Principal
Prognóstico da doença que motivou a internação:
Responda Sim ou Não às perguntas 3A, 3B e 3C.
3A Recuperação completa ao estado de saúde basal do paciente
Sim □ Não □
Consumer to the formation of the consumer of t
Se a resposta for afirmativa, a recuperação completa é:
Se a resposta for afirmativa, a recuperação completa e:
□ 1 Muito Provável
□ 1 Muito Provável
□ 1 Muito Provável □ 2 Provável
□ 1 Muito Provável □ 2 Provável □ 3 Pouco Provável
□ 1 Muito Provável □ 2 Provável □ 3 Pouco Provável
□ 1 Muito Provável □ 2 Provável □ 3 Pouco Provável □ 4 Improvável
 □ 1 Muito Provável □ 2 Provável □ 3 Pouco Provável □ 4 Improvável 3B Recuperação com incapacidade residual
□ 1 Muito Provável □ 2 Provável □ 3 Pouco Provável □ 4 Improvável 3B Recuperação com incapacidade residual Sim □ Não □
□ 1 Muito Provável □ 2 Provável □ 3 Pouco Provável □ 4 Improvável 3B Recuperação com incapacidade residual Sim □ Não □ Se a resposta for afirmativa, então a recuperação é:

ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DE EFECTOS ADVERSOS EN LA ASISTENCIA HOSPITALARIA – ESTUDIO IBEAS Basado en

3C Doença terminal
Sim □ Não □
Se a resposta for afirmativa, o prognóstico é:
□ 1 Provavelmente falecerá nesta internação
□ 2 Provavelmente falecerá em três meses
□ 3 Espera-se sobrevivência por mais de 3 meses
Risco ASA:
(1) Saudável (2) Doença Leve (3) Limitação Funcional (4) Risco de vida (5) Moribundo
A4 COMORBIDADES
Por favor, assinale as comorbidades que este paciente
apresenta ou sem comorbidades $\ \square$
sem informação \Box
Cardiovascular
□ Doença coronariana
□ Doença vascular periférica (ex.: varizes)
☐ Insuficiência cardíaca ou arritmia
☐ Hipertensão arterial (HAS)
Respiratória
□ Asma
□ DPOC (Doença pulmonar obstrutiva crônica)
□ Outros problemas pulmonares graves (ex.: sequela grave de tuberculose, pneumectomia).
Especifique
Gastrointestinal
☐ Dispepsia crônica ou recorrente
☐ Doença inflamatória intestinal (ex.: Crohn e CU – Retocolite ulcerativa)
☐ Hepatopatia crônica
Endócrina
□ Diabetes
☐ Alterações endócrinas (ex.: tireóides, suprarenal). Especifique
Nourológica
Neurológica

□ Epilepsia

□ AVC (acidente vascular cerebral)
□ Parkinson
□ Demência
□ Outras alterações graves (ex.: doença neuronal motora). Especifique
Renal
□ Doença renal crônica
Hematológica
□ Anemia
□ Leucemia
□ Linfoma
□ Outros (especifique)
Câncer
Especifique
Doenças osteoarticulares
□ Osteoporose
□ Artrite reumatóide grave
□ Osteoartrose grave
Incapacidade
□ Cadeirante
□ Cego
□ Surdo
□ Dificuldade de aprendizagem
□ Outros (especifique)
Psiquiátrica
□ Esquizofrenia
□ Transtorno de humor
□ Outros (especifique)
Psicossocial
□ Alcoolismo
□ Abuso de drogas
□ Tabagismo
□ Morador de rua

□O	utros (especifique)
Info	ecção
$\Box A$	IDS
□ In	fecção crônica (ex.: hepatite C, MRSA – Staphyloccocus aureus resistente à
m	eticilina) Especifique:
-	
	uma
□ P(olitraumatismo (ex.: acidentes de trânsito)
Cor	dição nutricional
□ O	besidade
	aquexia
υО	utros (especifique)
Out	ras comorbidades
	specifique
	pecifique
ΔΙ۵	rgias (ex.: medicamentos, látex)
	specifique
Δ5	ESPECIALIDADE/SETOR ONDE ESTÁ INTERNADO O PACIENTE
<u> </u>	
	□ 1. Recuperação pós-anestésica (RPA)
	□ 2. Cirurgia Cardíaca
C	□ 3. Cirurgia Geral
I	□ 4. Ginecologia
R	- 4. Gillecologia
U	□ 5. Obstetrícia
U	-
R	□ 5. Obstetrícia
_	□ 5. Obstetrícia□ 6. Neurocirurgia
R	 □ 5. Obstetrícia □ 6. Neurocirurgia □ 7. Cirurgia Ortopédica e traumatológica
R G	 □ 5. Obstetrícia □ 6. Neurocirurgia □ 7. Cirurgia Ortopédica e traumatológica □ 8. Cirurgia Pediátrica
R G I	 □ 5. Obstetrícia □ 6. Neurocirurgia □ 7. Cirurgia Ortopédica e traumatológica □ 8. Cirurgia Pediátrica □ 9. Cirurgia Plástica
R G I	 □ 5. Obstetrícia □ 6. Neurocirurgia □ 7. Cirurgia Ortopédica e traumatológica □ 8. Cirurgia Pediátrica □ 9. Cirurgia Plástica □ 10. Cirurgia Torácica
R G I	 □ 5. Obstetrícia □ 6. Neurocirurgia □ 7. Cirurgia Ortopédica e traumatológica □ 8. Cirurgia Pediátrica □ 9. Cirurgia Plástica □ 10. Cirurgia Torácica □ 11. Cirurgia Vascular
R G I	 □ 5. Obstetrícia □ 6. Neurocirurgia □ 7. Cirurgia Ortopédica e traumatológica □ 8. Cirurgia Pediátrica □ 9. Cirurgia Plástica □ 10. Cirurgia Torácica □ 11. Cirurgia Vascular □ 12. Cirurgia Urológica

	□ 17. Cardiologia
	□ 18. Hemodinâmica
C	□ 19. Endocrinologia
L	□ 20. Gastroenterologia
Í	□ 21. Geriatria
N	□ 22. Hematologia
I	□ 23. Imunologia e Alergia
C	□ 24. Clínica Médica
A	□ 25. Unidade de Doenças infecciosas e parasitárias (DIP)
	□ 26. Oncologia Clínica
	□ 27. Neonatologia
	□ 28. Nefrologia
	□ 29. Neurologia
	□ 30. Pediatria
	□ 31. Psiquiatria
	□ 32. Pneumologia
	□ 33. Radioterapia
	□ 34. Reabilitação
	□ 35. Reumatologia
	□ 36. Neurofisiologia
	□ 37. Outros (especifique)_
A	6 IDENTIFICAR AS PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DA OCORRÊNCIA DVERSA ata: □□□□□□
a)) DESCREVA A OCORRÊNCIA ADVERSA:
b)) SOBRE A OCORRÊNCIA ADVERSA:
	1 Não houve tal ocorrência adversa. Trata-se de um falso positivo do Formulário de
R	astreamento.
	2 Houve alguma lesão, incapacidade no momento da alta e/ou prolongamento da
ре	ermanência no hospital (ou readmissão ou tratamento em consultas externas) ou óbito.

□ 3 Ocorrência sem lesão (ex.: queda do paciente sem lesão).

Especifique: __

□ 16. Dermatologia

c) CAUSA DA LESÃO

A lesão foi devido a:

- □ 1 Cuidado
- □ 2 Somente o processo da doença
- □ 3 Não Sabe/Não Responde

Após considerar os detalhes clínicos do cuidado do paciente, *independentemente da possibilidade de prevenção*, **que certeza você tem de que O CUIDADO É O CAUSADOR DA LESÃO?**

- □ 1 Ausência de evidência de que o evento adverso deve-se ao cuidado do paciente. A lesão deve-se inteiramente à patologia do paciente (Não há EA-caso, então parar)
- □ 2 Mínima probabilidade de que o cuidado seja a causa
- □ 3 Pouca probabilidade de que o cuidado seja a causa
- □ 4 Moderada probabilidade de que o cuidado seja a causa
- □ 5 Muito provável que o cuidado seja a causa.
- □ 6 Total evidência de que o cuidado seja a causa do evento adverso

Se não aconteceu lesão ou outras complicações (pergunta A6, item b = 1), não há EA. Se aconteceu um incidente (pergunta A6 item b = 3), passar diretamente ao módulo E.

Se a lesão foi devido unicamente ao processo da doença ou não há evidência de que o cuidado foi a causa da lesão ou complicação (pergunta A6 item c = 2 ou 3) não há EA-caso.

A7 RESUMO DO EA Caracterize o EA ocorrido (marque apenas uma alternativa)

Relacionado ao cuidado em geral

- □ 1. Úlcera de pressão
- □ 2. Queimaduras, escoriações e contusões (incluindo fraturas conseqüentes)
- □ 3. EAP (Edema agudo de pulmão) e Insuficiência respiratória
- □ 4. Outras consequências da imobilidade prolongada
- □ 9. Outros

Relacionado à medicação

- □ 10. Náuseas, vômitos ou diarréia secundários à medicação
- □ 11. Prurido, rash (exantemas) ou lesões dermatológicas reativas a fármacos ou produtos tópicos
- □ 12. Outros efeitos secundários à medicação

□ 13. Controle inadequado da glicemia
□ 14. Hemorragia por anti-coagulação
□ 15. Agravamento da função renal
□ 16. Hemorragia digestiva alta
□ 17. Atraso no tratamento medicamentoso
□ 18. Insuficiência cardíaca e choque
$\hfill\Box$ 19. Infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC), trombo embolismo
pulmonar (TEP)
□ 20. Neutropenia
□ 21. Alterações neurológicas por fármacos
□ 22. Alteração do ritmo cardíaco ou atividade elétrica por fármacos
□ 23. Hipotensão por fármacos
□ 24. Infecção oportunista por tratamento imunossupressor
□ 25. Desequilíbrio de eletrólitos
□ 26. Cefaléia por fármacos
□ 27. Tratamento médico não efetivo
□ 28. Reações adversas a agentes anestésicos
□ 39. Outros
Relacionado à Infecção hospitalar
Relacionado à Infecção hospitalar 40. Infecção de ferida cirúrgica
□ 40. Infecção de ferida cirúrgica
 □ 40. Infecção de ferida cirúrgica □ 41. Infecção hospitalar do trato urinário (ITU)
 □ 40. Infecção de ferida cirúrgica □ 41. Infecção hospitalar do trato urinário (ITU) □ 42. Infecção hospitalar sem especificar
 □ 40. Infecção de ferida cirúrgica □ 41. Infecção hospitalar do trato urinário (ITU) □ 42. Infecção hospitalar sem especificar □ 43. Sepse ou choque séptico
 □ 40. Infecção de ferida cirúrgica □ 41. Infecção hospitalar do trato urinário (ITU) □ 42. Infecção hospitalar sem especificar □ 43. Sepse ou choque séptico □ 44. Pneumonia hospitalar
 □ 40. Infecção de ferida cirúrgica □ 41. Infecção hospitalar do trato urinário (ITU) □ 42. Infecção hospitalar sem especificar □ 43. Sepse ou choque séptico □ 44. Pneumonia hospitalar □ 45. Bacteremia associada a dispositivo □ 49. Outros tipos de infecção hospitalar
 □ 40. Infecção de ferida cirúrgica □ 41. Infecção hospitalar do trato urinário (ITU) □ 42. Infecção hospitalar sem especificar □ 43. Sepse ou choque séptico □ 44. Pneumonia hospitalar □ 45. Bacteremia associada a dispositivo □ 49. Outros tipos de infecção hospitalar Relacionado a procedimentos
□ 40. Infecção de ferida cirúrgica □ 41. Infecção hospitalar do trato urinário (ITU) □ 42. Infecção hospitalar sem especificar □ 43. Sepse ou choque séptico □ 44. Pneumonia hospitalar □ 45. Bacteremia associada a dispositivo □ 49. Outros tipos de infecção hospitalar Relacionado a procedimentos □ 50. Hemorragia ou hematoma relacionado à intervenção cirúrgica ou outro procedimento
□ 40. Infecção de ferida cirúrgica □ 41. Infecção hospitalar do trato urinário (ITU) □ 42. Infecção hospitalar sem especificar □ 43. Sepse ou choque séptico □ 44. Pneumonia hospitalar □ 45. Bacteremia associada a dispositivo □ 49. Outros tipos de infecção hospitalar Relacionado a procedimentos □ 50. Hemorragia ou hematoma relacionado à intervenção cirúrgica ou outro procedimento □ 51. Lesão em um órgão durante um procedimento
□ 40. Infecção de ferida cirúrgica □ 41. Infecção hospitalar do trato urinário (ITU) □ 42. Infecção hospitalar sem especificar □ 43. Sepse ou choque séptico □ 44. Pneumonia hospitalar □ 45. Bacteremia associada a dispositivo □ 49. Outros tipos de infecção hospitalar Relacionado a procedimentos □ 50. Hemorragia ou hematoma relacionado à intervenção cirúrgica ou outro procedimento □ 51. Lesão em um órgão durante um procedimento □ 52. Outras complicações após intervenção cirúrgica ou outro procedimento
 □ 40. Infecção de ferida cirúrgica □ 41. Infecção hospitalar do trato urinário (ITU) □ 42. Infecção hospitalar sem especificar □ 43. Sepse ou choque séptico □ 44. Pneumonia hospitalar □ 45. Bacteremia associada a dispositivo □ 49. Outros tipos de infecção hospitalar Relacionado a procedimentos □ 50. Hemorragia ou hematoma relacionado à intervenção cirúrgica ou outro procedimento □ 51. Lesão em um órgão durante um procedimento □ 52. Outras complicações após intervenção cirúrgica ou outro procedimento □ 53. Intervenção cirúrgica que não obteve o resultado ou incompleta
 □ 40. Infecção de ferida cirúrgica □ 41. Infecção hospitalar do trato urinário (ITU) □ 42. Infecção hospitalar sem especificar □ 43. Sepse ou choque séptico □ 44. Pneumonia hospitalar □ 45. Bacteremia associada a dispositivo □ 49. Outros tipos de infecção hospitalar Relacionado a procedimentos □ 50. Hemorragia ou hematoma relacionado à intervenção cirúrgica ou outro procedimento □ 51. Lesão em um órgão durante um procedimento □ 52. Outras complicações após intervenção cirúrgica ou outro procedimento □ 53. Intervenção cirúrgica que não obteve o resultado ou incompleta □ 54. Ruptura uterina
 □ 40. Infecção de ferida cirúrgica □ 41. Infecção hospitalar do trato urinário (ITU) □ 42. Infecção hospitalar sem especificar □ 43. Sepse ou choque séptico □ 44. Pneumonia hospitalar □ 45. Bacteremia associada a dispositivo □ 49. Outros tipos de infecção hospitalar Relacionado a procedimentos □ 50. Hemorragia ou hematoma relacionado à intervenção cirúrgica ou outro procedimento □ 51. Lesão em um órgão durante um procedimento □ 52. Outras complicações após intervenção cirúrgica ou outro procedimento □ 53. Intervenção cirúrgica que não obteve o resultado ou incompleta □ 54. Ruptura uterina □ 55. Pneumotórax
□ 40. Infecção de ferida cirúrgica □ 41. Infecção hospitalar do trato urinário (ITU) □ 42. Infecção hospitalar sem especificar □ 43. Sepse ou choque séptico □ 44. Pneumonia hospitalar □ 45. Bacteremia associada a dispositivo □ 49. Outros tipos de infecção hospitalar Relacionado a procedimentos □ 50. Hemorragia ou hematoma relacionado à intervenção cirúrgica ou outro procedimento □ 51. Lesão em um órgão durante um procedimento □ 52. Outras complicações após intervenção cirúrgica ou outro procedimento □ 53. Intervenção cirúrgica que não obteve o resultado ou incompleta □ 54. Ruptura uterina □ 55. Pneumotórax □ 56. Suspensão da intervenção cirúrgica
 □ 40. Infecção de ferida cirúrgica □ 41. Infecção hospitalar do trato urinário (ITU) □ 42. Infecção hospitalar sem especificar □ 43. Sepse ou choque séptico □ 44. Pneumonia hospitalar □ 45. Bacteremia associada a dispositivo □ 49. Outros tipos de infecção hospitalar Relacionado a procedimentos □ 50. Hemorragia ou hematoma relacionado à intervenção cirúrgica ou outro procedimento □ 51. Lesão em um órgão durante um procedimento □ 52. Outras complicações após intervenção cirúrgica ou outro procedimento □ 53. Intervenção cirúrgica que não obteve o resultado ou incompleta □ 54. Ruptura uterina □ 55. Pneumotórax

□ 59. Deiscência de suturas
□ 60. Hematúria
□ 61. Complicações locais por radioterapia
□ 62. Seroma
□ 63. Aderências e alterações funcionais após intervenção cirúrgica
□ 64. Complicações neonatais decorrentes do parto
□ 65. Flebite
□ 79. Outros
Relacionado ao diagnóstico
□ 80. Atraso no diagnóstico
□ 81. Erro no diagnóstico
□ 89. Outros
Outros
□ 90. Falta de especificação
□ 99. Outros
Neste contexto clínico, indique a probabilidade de ocorrência do Evento Adverso:
□ 1 Muito pouco provável
□ 2 Pouco provável
□ 3 Provável
□ 4 Bastante provável
Especifique as circunstâncias relacionadas ao principal problema no cuidado
Assinale o único item que se aplica ao problema principal.
Isso identificará o item do módulo C que deverá ser preenchido.
□ C0. Cuidados antes da admissão (inclui atendimento de urgência, ambulatorial, em outro
hospital ou outro serviço)
□ C1. Cuidados no momento da admissão no hospital (inclui avaliação pré-operatória e
avaliação em urgência antes da avaliação completa)
□ C2. Cuidados durante um procedimento (inclui cirurgia e anestesia)
□ C3. Cuidados pós-operatórios de reanimação ou cuidados intensivos, ou posteriores a outros
procedimentos
□ C4. Cuidados no quarto ou na enfermaria (após a operação; ou após a avaliação completa e
início da assistência médica)
□ C5. Avaliação ao final da admissão e cuidados na alta

Houve um	erro no cuidado	do EA?	
Sim □	Não □	□ Não está claro	
Se assim for	, descreva-o:		
	-	MAÇÃO PARA JULGAR O EA nformação suficiente para ava	liar o EA?
□ 1 Não,	a informação é ina	adequada	
□ 2 Não,	a informação é po	ouco adequada	
□ 3 Sim,	a informação é pa	rcialmente adequada	
□ 4 Sim,	a informação é tot	calmente adequada	
Módulo B:	A LESÃO E SUAS	CONSEQUÊNCIAS	
B1 INCAPA	CIDADE CAUSA	DA PELO EA	
Descreva o	o impacto do EA	no paciente (ex. aumento da	dor e do sofrimento
durante X di	as, aumento do te	mpo para a recuperação da doença	a primária; não foram
proporciona	dos ao paciente cu	idado e apoio adequados; contribu	iu ou causou a morte
do paciente)		
valiação do (Deterioraç	grau de incapaci ão física	dade	
	ma incapacidade (capacidade social	considerar EA se a permanência no	hospital tiver se prolongado
□ 2 Grave	incapacidade socia	l e/ou leve incapacidade laboral	Dor:
□ 3 Incapa	cidade laboral grav	ve	□ 0 Sem dor
□ 4 Total in	ncapacidade labora	al	□ 1 Dor leve
□ 5 Incapa	cidade para deaml	bular sem auxílio	□ 2 Dor moderada
□ 6 Acama	do		□ 3 Dor intensa
□ 7 Incons	ciente		
□ 8 Óbito (especifique a relac	ção com o EA)	
□ 8. 1	l Não existe relaçã	ío entre o EA e o óbito	
□ 8.2	2 o EA está relacio	nado com o óbito	

□ 8.3 o EA causou o óbito

□ 9 Não se pode julgar

Trauma emocional	
□ 0 Sem trauma emocional	
□ 1 Mínimo trauma emocional e/ou recuperação em 1 mês	
□ 2 Trauma moderado, recuperação entre 1 a 6 meses	
□ 2 Trauma moderado, recuperação entre 6 meses a 1 ano	
$\hfill $ 4 Trauma grave com consequências superiores a 1 ano	
□ 5 Não se pode julgar	
B2 REPERCUSSÃO DOS EAS NA INTERNAÇÃO	
Parte da internação, ou toda, foi devido ao EA? (incluindo a transferênci	a a
outro hospital)	
□ 1 Não. Não aumentou o tempo de permanência.	
□ 2 Sim. Parte do tempo de permanência.	
□ 3 Sim. Causou uma reinternação (todo o tempo de permanência da internação subsequent	te
ou a internação que está sendo estudada foi provocada por um EA anterior)	
Estime os dias adicionais em que o paciente permaneceu no hospital	
devido ao EA:dias	
Desses, quantos dias permaneceu na UTI?dias	
B3 TRATAMENTO ADICIONAL COMO CONSEQUÊNCIA DO EA	
O paciente precisou de exames diagnósticos adicionais?	
Sim □ Não Se sim, especificar.	
O paciente precisou de <i>tratamento</i> adicional? (ex.: □ Sim □ Não	_
medicação, reabilitação, cirurgia)	
Se sim, especificar.	
	-
B4 GRAVIDADE DO EA	

D	e acordo	com a	in	formação	anterior,	gua	l foi a	gravid	ade	do	E#	13
	c aco. ac	,		. O	ucc	quu		giatia	uuc	u		•-

- □ 1 Leve. Sem prolongamento do tempo de permanência
- □ 2 Moderada. Prolongamento do tempo de permanência de pelo menos 1 dia
- □ 3 Grave. Óbito, incapacidade na alta ou que necessitou de intervenção cirúrgica.

Módulo C: PERÍODO DE INTERNAÇÃO DURANTE O QUAL OCORREU O EA-CASO

<u>CO EA ANTERIOR À ADMISSÃO</u> (Incluindo o cuidado em Urgência, Atenção Primária, outros serviços ou outros hospitais)

O EA ocorreu em:	
□ 1. Urgência	
□ 2. Atenção Primária	
□ 3. Consultas especializadas	
□ 4. Mesmo serviço/ setor em um atendimento anterior	
□ 5. Outro serviço/ setor do hospital em um atendimento anterior	
□ 6. Outro hospital	
O responsável pelos cuidados iniciais foi:	
□ 1. Médico	
□ 2. Médico Residente	
☐ 3. Equipe de enfermagem	
□ 4. Outro (especifique)	
Dado que o principal problema foi o cuidado do paciente	e, este foi devido a:
(Marque as opções pertinentes)	
□ 1 Uma falha nos cuidados médicos	
□ 2 Uma falha nos cuidados de enfermagem	
□ 3. Outros (especifique)	
Qual foi a natureza do problema principal nesta fase do	cuidado?
(Marque as opções pertinentes)	
☐ 1 Falha no estabelecimento do diagnóstico principal	IR PARA -> D1
☐ 2 Avaliação Inicial	IR PARA -> D2
(ex. Falha ao realizar avaliação do estado geral do paciente,	
diagnósticos oportunos e adequados. Não existe evidência de qu	
	e terma sido reita uma
avaliação por sistemas, como o cardiorrespiratório)	
☐ 3 Acompanhamento/ monitoramento do paciente, incluindo o enfermagem [ou de auxiliar] IR PAR	cuidados da equipe de A -> D3
(ex. Deixar de agir após conhecer os resultados de um teste	ou de outros exames;
falha no acompanhamento do paciente; falha nos cuidados	profiláticos; falha em

proporcionar cuidados intensivos ou cuidados a paciente dependente de terceiros)

□ 4 Relacionada à infecção hospitalar			IR PARA -> D4			
□ 5 Problemas técnicos	IR PARA -> D5					
(incluindo procedimentos inadequados/desnecessários. Ex. Falha no uso da sonda vesical)						
□ 6 Falhas na medicaçã	ão, na manutenção da hidra	tação e do equilíbr	io eletrolítico, sangue e			
hemoderivados IR PARA -> D6						
(incluindo falha na m	(incluindo falha na medicação profilática. Ex. anticoagulantes / antibióticos)					
□ 7 Reanimação cardio	R PARA -> D7					
□ 8 Outros (ex. quedas)	Especifique					
Havia fatores de ri	sco extrínsecos prese	ntes no momen	to do EA?			
□ Sim	□ Não					
Se sim, marque as	opções pertinentes:					
□ 1 Sonda urinária aber	rta					
□ 2 Sonda urinária fech	nada					
□ 3 Cateter venoso peri	iférico					
□ 4 Cateter arterial						
□ 5 Cateter central de i	□ 5 Cateter central de inserção periférica (PIC)					
□ 6 Cateter venoso central						
□ 7 Cateter umbilical (em veia)						
□ 8 Cateter umbilical (em artéria)						
□ 9 Nutrição parenteral	I					
□ 10 Nutrição enteral						
□ 11 Sonda Nasogástri	ca					
□ 12 Traqueostomia						
□ 13 Ventilação mecân	□ 13 Ventilação mecânica					
□ 14 Terapia imunossu	pressora					
C1 EA RELACIONADO AOS CUIDADOS NO MOMENTO DA ADMISSÃO						
(Incluindo a avalia O EA ocorreu:	ıção PRÉ-OPERATÓRI	A)				
-	s da admissão ao hospital					
_	□ 2. Durante a avaliação inicial no hospital (ou durante a internação)					
☐ 3. Durante a avaliaçã	to pré-operatória					

O responsável pelos cuidados iniciais foi:

1. Socorrista/ Médico em atendimento de Urgência

□ 2. Médico Residente	
□ 3. Outro Médico	
□ 4. Equipe de enfermagem	
□ 5. Outro (especifique)	
	<u> </u>
Quanto aos pacientes que necessitaram de cir	rurgia, o responsável pela
avaliação pré-operatória foi:	
□ 1. O mesmo médico que fez a avaliação inicial no hosp	pital
☐ 2. Médico especialista (anestesia ou cirurgia)	
□ 3. Médico Residente (anestesia ou cirurgia)	
Qual foi a natureza do problema principal nes	ta fase do cuidado?
(Marque as opções pertinentes)	ta lase do caladas:
☐ 1 Falha no estabelecimento do diagnóstico principal	IR PARA -> D1
□ 2 Avaliação Inicial	IR PARA -> D2
(ex. Falha ao realizar avaliação do estado geral o	
diagnósticos oportunos e adequados. Não existe evid	
avaliação por sistemas, como o cardiorrespiratório)	
□ 3 Acompanhamento/ monitoramento do paciente, inc	luindo cuidados da equipe de
enfermagem	IR PARA -> D3
(ex. Deixar de agir após conhecer os resultados de	e um teste ou de outros exames;
falha no acompanhamento do paciente; falha no	·
proporcionar cuidados intensivos ou cuidados a paci	·
□ 4 Relacionada à infecção hospitalar	IR PARA -> D4
☐ 5 Problemas técnicos relacionados a um procedimento	IR PARA -> D5
(incluindo procedimentos inadequados/desnecessári	
☐ 6 Falhas na medicação, na manutenção da hidratação	•
hemoderivados IR l	PARA -> D6
(incluindo falha na medicação profilática. Ex. antico	agulantes / antibióticos)
□ 7 Reanimação cardiorrespiratória	IR PARA -> D7
□ 8 Outros (ex. quedas) Especifique	
C2 PROCEDIMENTO RELACIONADO AO	
(incluindo procedimentos cirúrgicos, ane	stesia, tratamento de fraturas,

procedimentos invasivos, endoscópicos e radiológicos)

Qual dos seguintes procedimentos foi relacionado ao EA-caso?

□ 1 Administração de anestesia

(especifique o tipo. Ex. inalatória, local, epidural)	
□ 2 Intervenção cirúrgica	
□ 3 Tratamento de fratura	
□ 4 Procedimento endoscópico	
□ 5 Biopsia (incluindo PAAF – Punção aspirativa por agulha fina)	
□ 6 Cateterismo vascular	
□ 7 Radiologia intervencionista	
□ 8 Punção venosa	
□ 9 Cateterismo vesical	
□ 10 Drenagem de fluidos de cavidades corporais	
□ 11 Drenagem torácica de pneumotórax	
□ 12 Punção lombar	
□ 13 Administração de medicamentos por outras vias que não a oral	
□ 14 Colocação de sonda nasogástrica (nasoentérica)	
□ 15 Outros procedimentos (especifique)	
Quando foi realizado o procedimento ou a administração	o da anestesia?
Data Hora aproximada	
O procedimento foi	
□ 1 Urgente	
□ 2 Eletivo	
Quem efetuou o procedimento ou a anestesia?	
□ 1. Especialista	
□ 2. Médico Residente	
□ 3. Equipe de enfermagem	
□ 4. Outro (especifique)	
Qual foi a natureza do problema principal que causou o	EA-caso?
(Marque as opções pertinentes)	
□ 1 Diagnóstico	IR PARA -> D1
□ 2 Avaliação Inicial (incluindo avaliação pré-operatória)	IR PARA -> D2
3 Acompanhamento/ monitoramento do paciente, incluindo cuidados o IR PARA -> D3	da equipe de enfermagem
□ 4 Infecção relacionada ao procedimento	IR PARA -> D4
□ 5 Problemas técnicos relacionados a um procedimento	IR
PARA -> D5 (ex. intubação; falha do equipamento; supervisão durante	e o
procedimento)	

□ 6 Medicamentos (incluindo os anestésicos) / fluidos / sangue	IR PARA -> D6
□ 7 Reanimação cardiorrespiratória	IR PARA -> D7
□ 8 Outros (especifique)	
C3 PROBLEMA PRINCIPAL DURANTE OS CI	<u>UIDADOS</u>
POSTERIORES AO PROCEDIMENTO	, NOS CUIDADOS EM
REANIMAÇÃO OU EM TERAPIA INTENSIVA	
Quando ocorreu o problema principal?	
☐ 1. Durante os cuidados imediatamente posteriores ao procedin	mento (durante sua
permanência na área de recuperação anestésica)	
□ 2. Durante os cuidados em reanimação	
☐ 3. Durante os cuidados na unidade de cuidados intensivos	
2. Durante de Carandos na animado de Carandos mienos vos	
Quem foi o responsável pelos cuidados posteriores a	no procedimento, pelos
cuidados em reanimação ou na unidade de cuidados	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
□ 1 Médico	
□ 2 Médico Residente	
□ 3 Equipe de enfermagem	
□ 4 Outro (especifique)	
Qual foi a natureza do problema principal?	
(Marque as opções pertinentes)	
□ 1 Diagnóstico	IR PARA -> D1
□ 2 Avaliação Inicial	IR PARA -> D2
□ 3 Acompanhamento/ monitoramento do paciente, incluindo c	cuidados da equipe de
enfermagem	IR PARA -> D3
(ex. Falha no acompanhamento adequado do paciente	e; falha em proporcionar
tratamento adequado; falha em assegurar a estabilidad	de do paciente antes da
mudança de turno ou plantão)	
□ 4 Relacionada à infecção hospitalar	IR PARA -> D4
□ 5 Problemas técnicos relacionados ao procedimento	IR PARA -> D5
 □ 6 Medicamentos (incluindo os anestésicos) / fluidos / sangue □ 7 Reanimação cardiorrespiratória 	IR PARA -> D6 IR PARA -> D7
□ 8 Outros (especifique)	

C4 PRINCIPAL PROBLEMA RELACIONADO AO CUIDADO NO QUARTO OU NA ENFERMARIA

(Incluindo erros no cuidado clínico)

□ 1 Uma falha nos cuidados médicos	
□ 2 Uma falha nos cuidados da equipe de enfermagem	ı
□ 3 Outros (especifique)	
Descreva o problema principal:	
Descreva o problema principal.	
Quem foi o responsável pelos cuidados post	- · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
cuidados em reanimação ou na unidade de	cuidados intensivos?
□ 1 Médico	
□ 2 Médico Residente	
□ 3 Equipe de enfermagem	
□ 4 Outro (especifique)	
Qual foi a natureza do problema principal?	
Qual foi a natureza do problema principal? (Marque as opções pertinentes)	
-	IR PARA -> D1
(Marque as opções pertinentes)	IR PARA -> D1 IR PARA -> D2
(Marque as opções pertinentes) □ 1 Diagnóstico	IR PARA -> D2
(Marque as opções pertinentes) □ 1 Diagnóstico □ 2 Avaliação Inicial	IR PARA -> D2
 (Marque as opções pertinentes) □ 1 Diagnóstico □ 2 Avaliação Inicial □ 3 Acompanhamento/ monitoramento do paciente, in 	IR PARA -> D2 incluindo cuidados da equipe de
(Marque as opções pertinentes) □ 1 Diagnóstico □ 2 Avaliação Inicial □ 3 Acompanhamento/ monitoramento do paciente, enfermagem	IR PARA -> D2 incluindo cuidados da equipe de IR PARA -> D3
(Marque as opções pertinentes) □ 1 Diagnóstico □ 2 Avaliação Inicial □ 3 Acompanhamento/ monitoramento do paciente, enfermagem □ 4 Relacionada à infecção hospitalar	IR PARA -> D2 incluindo cuidados da equipe de IR PARA -> D3 IR PARA -> D4
(Marque as opções pertinentes) □ 1 Diagnóstico □ 2 Avaliação Inicial □ 3 Acompanhamento/ monitoramento do paciente, enfermagem □ 4 Relacionada à infecção hospitalar □ 5 Problemas técnicos relacionados ao procedimento	IR PARA -> D2 incluindo cuidados da equipe de IR PARA -> D3 IR PARA -> D4 IR PARA -> D5

□ 3 Outro (especifique)

Qual foi a natureza do problema principal?	
(Marque as opções pertinentes)	
□ 1 Diagnóstico	IR PARA -> D1
□ 2 Avaliação Inicial	IR PARA -> D2
□ 3 Acompanhamento/ monitoramento do paciente, inc	cluindo cuidados da equipe de
enfermagem	IR PARA -> D3
(ex. Condição clínica instável; paciente não suficien	itemente recuperado para ter alta;
falha ao informar ao paciente sobre sua d	loença; falha em comunicar-se
adequadamente com os serviços comunitários, con referência)	no serviços sociais ou o médico de
□ 4 Relacionada à infecção hospitalar	IR PARA -> D4
□ 5 Problemas técnicos relacionados ao procedimento	IR PARA -> D5
□ 6 Medicamentos (medicação inadequada) / fluidos / sa	angue IR PARA -> D6
□ 7 Reanimação cardiorrespiratória	IR PARA -> D7
□ 8 Outros (especifique)	
Completar o item corresponden tantas vezes quanto tenha sido marcad	
Módulo D: PRINCIPAIS PROBLEMAS NO PROG D1 EA RELACIONADO A UM ERRO NO DIAGNO O EA ocorreu devido a um erro no diagnóstico Sim	ÓSTICO OU NA AVALIAÇÃO
D1 EA RELACIONADO A UM ERRO NO DIAGNO O EA ocorreu devido a um erro no diagnóstico o Sim o Não	ÓSTICO OU NA AVALIAÇÃO o?
D1 EA RELACIONADO A UM ERRO NO DIAGNO O EA ocorreu devido a um erro no diagnóstico o Sim Não Se sim, detalhe:	ÓSTICO OU NA AVALIAÇÃO o?
D1 EA RELACIONADO A UM ERRO NO DIAGNO O EA ocorreu devido a um erro no diagnóstico O Sim	ÓSTICO OU NA AVALIAÇÃO o?
D1 EA RELACIONADO A UM ERRO NO DIAGNO O EA ocorreu devido a um erro no diagnóstico O Sim Não Se sim, detalhe: O EA ocorreu devido à demora no diagnóstico O Sim Não	ÓSTICO OU NA AVALIAÇÃO o?
D1 EA RELACIONADO A UM ERRO NO DIAGNO O EA ocorreu devido a um erro no diagnóstico Sim Não Se sim, detalhe: O EA ocorreu devido à demora no diagnóstico Sim Não Se sim, qual foi o tempo da demora? O responsável pela avaliação diagnóstica foi:	ÓSTICO OU NA AVALIAÇÃO o?

Fatores que contribuíram para o erro no diagnóstico (marque todas as opções

pertinentes)
□ 1 Falha em obter anamnese e/ou exames físicos adequados
□ 2 Falha ou demora na solicitação dos exames pertinentes.
□ 3 Realização do exame de maneira incorreta
☐ 4 Resultados dos exames incorretamente informados
□ 5 Falha ou demora em receber os resultados do exame
□ 6 Falha ou demora em agir diante dos resultados dos exames ou achados
□ 7 Falha em chegar a conclusões sensatas/ razoáveis ou em estabelecer diagnóstico
diferencial
□ 8 Falha ou demora em obter um parecer de especialista de:
□ 9 Parecer incorreto do especialista
□ 10 Outros (especifique)
Como esses fatores contribuíram para o EA? (Marque todas as opções pertinentes)
□ 1 Resultaram em um tratamento inapropriado ou inadequado
□ 2 A relação risco/benefício dos procedimentos diagnósticos não foi avaliada/ contemplada
□ 3 O grau de vulnerabilidade do paciente não foi reconhecido
□ 4 Outros (especifique)
D2 EA POR FALHA NA AVALIAÇÃO INICIAL DO PACIENTE
D2 EA POR FALHA NA AVALIAÇÃO INICIAL DO PACIENTE
D2 EA POR FALHA NA AVALIAÇÃO INICIAL DO PACIENTE O responsável pela avaliação foi:
O responsável pela avaliação foi:
O responsável pela avaliação foi:
O responsável pela avaliação foi: 1 Médico 2 Médico Residente
O responsável pela avaliação foi: 1 Médico 2 Médico Residente
O responsável pela avaliação foi: 1 Médico 2 Médico Residente 3 Outro (especifique)
O responsável pela avaliação foi: 1 Médico 2 Médico Residente 3 Outro (especifique) Em que aspecto a avaliação inicial foi inadequada?
O responsável pela avaliação foi: 1 Médico 2 Médico Residente 3 Outro (especifique) Em que aspecto a avaliação inicial foi inadequada? 1 Falha no momento de realizar a anamnese detalhada
O responsável pela avaliação foi: 1 Médico 2 Médico Residente 3 Outro (especifique) Em que aspecto a avaliação inicial foi inadequada? 1 Falha no momento de realizar a anamnese detalhada 2 Falha na realização de um exame físico minucioso
O responsável pela avaliação foi: 1 Médico 2 Médico Residente 3 Outro (especifique) Em que aspecto a avaliação inicial foi inadequada? 1 Falha no momento de realizar a anamnese detalhada 2 Falha na realização de um exame físico minucioso 3 Falha no momento de levar em consideração as comorbidades
O responsável pela avaliação foi: 1 Médico 2 Médico Residente 3 Outro (especifique) Em que aspecto a avaliação inicial foi inadequada? 1 Falha no momento de realizar a anamnese detalhada 2 Falha na realização de um exame físico minucioso 3 Falha no momento de levar em consideração as comorbidades 4 Falha no momento de acompanhar/ monitorar adequadamente
O responsável pela avaliação foi: 1 Médico 2 Médico Residente 3 Outro (especifique) Em que aspecto a avaliação inicial foi inadequada? 1 Falha no momento de realizar a anamnese detalhada 2 Falha na realização de um exame físico minucioso 3 Falha no momento de levar em consideração as comorbidades 4 Falha no momento de acompanhar/ monitorar adequadamente 5 Falha na anotação
O responsável pela avaliação foi: 1 Médico 2 Médico Residente 3 Outro (especifique) Em que aspecto a avaliação inicial foi inadequada? 1 Falha no momento de realizar a anamnese detalhada 2 Falha na realização de um exame físico minucioso 3 Falha no momento de levar em consideração as comorbidades 4 Falha no momento de acompanhar/ monitorar adequadamente 5 Falha na anotação 6 Falha na comunicação com o resto da equipe (clínica e multidisciplinar)

Como ess	es fatores d	contribuíram	າ para o EA?
□ 1 Resultar	ram em um tra	itamento inapro	opriado ou inadequado
□ 2 A relaçã	ăo risco/benef	ício dos proced	limentos diagnósticos não foi avaliada/ contemplada
□ 3 O grau o	de vulnerabili	dade do pacient	te não foi reconhecido
□ 4 Outros ((especifique) _		
			A NA SUPERVISÃO/CUIDADO CLÍNICO (incl. DOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM)
O EA ocor paciente?		blemas no a	acompanhamento/ monitoramento do
□ Sim	□ Não		
Se sim, det	alhe:		
observaçã □ Sim	ŏes)? □	Não	cuidado geral do paciente (atuação baseada em
Se sim, que	e problema h	nouve no cuida	ado?
	amento a o	outros setore	de estabilização do paciente antes de seu es do hospital?
		1140	
Se sim, det	talhe:		
Indiaue s	e o pacient	e estava:	
-	-		uindo pós-parto, pós-tratamento de fratura)
	_	o (não-cirúrgico	
□ 3 Em reab		` 3	
	especifique)		

O responsável pelos cuidados do paciente foi:
□ 1 Enfermeiro Curso Superior
□ 2 Auxiliar/ técnico de enfermagem
□ 3 Outro (especifique)
O cuidado/monitoramento inadequado do paciente foi devido a uma falha
na detecção de:
□ 1 Sinais vitais anômalos (incluindo o estado neurológico)
□ 2 Problemas com fluidos / eletrólitos (incluindo a função renal)
□ 3 Efeitos secundários da medicação
□ 4 Alteração cardiopulmonar
□ 5 Escaras / úlceras por pressão
□ 6 Mobilização adequada
□ 7 Infecção
□ 8 Condição de saúde de recuperação lenta (ex. verificação da função intestinal após uma
intervenção abdominal; cuidados da ferida/ [lugar] local de inserção do cateter)
□ 9 Mudança da condição clínica geral do paciente (ex. o paciente desenvolve uma condição
clínica, como uma insuficiência cardíaca congestiva)
□ 10 Outros (especifique)
Em que aspectos o cuidado clínico foi pouco satisfatório?
Em que aspectos o cuidado clínico foi pouco satisfatório?
□ 1 Falha na anotação das observações de rotina (ex. gráficos de temperatura, pressão,
□ 1 Falha na anotação das observações de rotina (ex. gráficos de temperatura, pressão, avaliação neurológica, balanço hídrico (verifique se os gráficos estão completos))
 □ 1 Falha na anotação das observações de rotina (ex. gráficos de temperatura, pressão, avaliação neurológica, balanço hídrico (verifique se os gráficos estão completos)) □ 2 Demora na anotação de resultados de exames laboratoriais e outros
☐ 1 Falha na anotação das observações de rotina (ex. gráficos de temperatura, pressão, avaliação neurológica, balanço hídrico (verifique se os gráficos estão completos)) ☐ 2 Demora na anotação de resultados de exames laboratoriais e outros ☐ 3 Não considerou a importância dos resultados de exames laboraoriais e outros
 □ 1 Falha na anotação das observações de rotina (ex. gráficos de temperatura, pressão, avaliação neurológica, balanço hídrico (verifique se os gráficos estão completos)) □ 2 Demora na anotação de resultados de exames laboratoriais e outros □ 3 Não considerou a importância dos resultados de exames laboratoriais e outros □ 4 Falha em agir diante dos resultados de exames laboratoriais e outros
□ 1 Falha na anotação das observações de rotina (ex. gráficos de temperatura, pressão, avaliação neurológica, balanço hídrico (verifique se os gráficos estão completos)) □ 2 Demora na anotação de resultados de exames laboratoriais e outros □ 3 Não considerou a importância dos resultados de exames laboratoriais e outros □ 4 Falha em agir diante dos resultados de exames laboratoriais e outros □ 5 Falta de anotação na anamnese
□ 1 Falha na anotação das observações de rotina (ex. gráficos de temperatura, pressão, avaliação neurológica, balanço hídrico (verifique se os gráficos estão completos)) □ 2 Demora na anotação de resultados de exames laboratoriais e outros □ 3 Não considerou a importância dos resultados de exames laboratoriais e outros □ 4 Falha em agir diante dos resultados de exames laboratoriais e outros □ 5 Falta de anotação na anamnese □ 6 Troca inadequada de plantão/turno
□ 1 Falha na anotação das observações de rotina (ex. gráficos de temperatura, pressão, avaliação neurológica, balanço hídrico (verifique se os gráficos estão completos)) □ 2 Demora na anotação de resultados de exames laboratoriais e outros □ 3 Não considerou a importância dos resultados de exames laboratoriais e outros □ 4 Falha em agir diante dos resultados de exames laboratoriais e outros □ 5 Falta de anotação na anamnese □ 6 Troca inadequada de plantão/turno □ 7 Falta de coordenação com o resto da equipe
□ 1 Falha na anotação das observações de rotina (ex. gráficos de temperatura, pressão, avaliação neurológica, balanço hídrico (verifique se os gráficos estão completos)) □ 2 Demora na anotação de resultados de exames laboratoriais e outros □ 3 Não considerou a importância dos resultados de exames laboratoriais e outros □ 4 Falha em agir diante dos resultados de exames laboratoriais e outros □ 5 Falta de anotação na anamnese □ 6 Troca inadequada de plantão/turno □ 7 Falta de coordenação com o resto da equipe □ 8 Atendimento/cobertura inadequada fora do horário/atividade habitual
□ 1 Falha na anotação das observações de rotina (ex. gráficos de temperatura, pressão, avaliação neurológica, balanço hídrico (verifique se os gráficos estão completos)) □ 2 Demora na anotação de resultados de exames laboratoriais e outros □ 3 Não considerou a importância dos resultados de exames laboratoriais e outros □ 4 Falha em agir diante dos resultados de exames laboratoriais e outros □ 5 Falta de anotação na anamnese □ 6 Troca inadequada de plantão/turno □ 7 Falta de coordenação com o resto da equipe □ 8 Atendimento/cobertura inadequada fora do horário/atividade habitual □ 9 Falha na aplicação de diretrizes/ protocolos clínicos (por não estarem disponíveis ou porque
□ 1 Falha na anotação das observações de rotina (ex. gráficos de temperatura, pressão, avaliação neurológica, balanço hídrico (verifique se os gráficos estão completos)) □ 2 Demora na anotação de resultados de exames laboratoriais e outros □ 3 Não considerou a importância dos resultados de exames laboratoriais e outros □ 4 Falha em agir diante dos resultados de exames laboratoriais e outros □ 5 Falta de anotação na anamnese □ 6 Troca inadequada de plantão/turno □ 7 Falta de coordenação com o resto da equipe □ 8 Atendimento/cobertura inadequada fora do horário/atividade habitual □ 9 Falha na aplicação de diretrizes/ protocolos clínicos (por não estarem disponíveis ou porque as recomendações não foram seguidas) (especifique)
□ 1 Falha na anotação das observações de rotina (ex. gráficos de temperatura, pressão, avaliação neurológica, balanço hídrico (verifique se os gráficos estão completos)) □ 2 Demora na anotação de resultados de exames laboratoriais e outros □ 3 Não considerou a importância dos resultados de exames laboratoriais e outros □ 4 Falha em agir diante dos resultados de exames laboratoriais e outros □ 5 Falta de anotação na anamnese □ 6 Troca inadequada de plantão/turno □ 7 Falta de coordenação com o resto da equipe □ 8 Atendimento/cobertura inadequada fora do horário/atividade habitual □ 9 Falha na aplicação de diretrizes/ protocolos clínicos (por não estarem disponíveis ou porque as recomendações não foram seguidas) (especifique)
□ 1 Falha na anotação das observações de rotina (ex. gráficos de temperatura, pressão, avaliação neurológica, balanço hídrico (verifique se os gráficos estão completos)) □ 2 Demora na anotação de resultados de exames laboratoriais e outros □ 3 Não considerou a importância dos resultados de exames laboratoriais e outros □ 4 Falha em agir diante dos resultados de exames laboratoriais e outros □ 5 Falta de anotação na anamnese □ 6 Troca inadequada de plantão/turno □ 7 Falta de coordenação com o resto da equipe □ 8 Atendimento/cobertura inadequada fora do horário/atividade habitual □ 9 Falha na aplicação de diretrizes/ protocolos clínicos (por não estarem disponíveis ou porque as recomendações não foram seguidas) (especifique) □ 10 Evidência clara de falta de reconhecimento da piora da condição clínica do paciente □ 11 Foi reconhecida a piora da condição clínica do paciente, mas não foram prestados os

□ 13 do enfermeiro

□ 15 Outro (especifique)			
Houve alguma falha no	processo da alta?	□ Sim	□ Não
Se sim, indique qual das se 1 Falha no momento de pre para asma, diabetes, pós-in	estar informação ao paciente	•	
□ 2 Falha em evidenciar que domicílio (ex. plano de cuid	•	a tinha indicação p	para cuidados em
□ 3 Falha em coordenar adeq	quadamente os cuidados pri	mários (ex. médico	e enfermeiro de
referência,	assisten social)	te	
□ 4 Outros (especifique)			
□ 4 Outros (especifique) Como esses fatores con □ 1 Resultaram em um tratam	tribuíram para o EA-ca	nso?	
Como esses fatores con	tribuíram para o EA-ca nento inapropriado ou inade	aso? quado	
Como esses fatores con 1 Resultaram em um tratam	tribuíram para o EA-ca nento inapropriado ou inade dos procedimentos do trata	aso? quado mento não foiavali	
Como esses fatores con ☐ 1 Resultaram em um tratam ☐ 2 A relação risco/benefício ☐ 3 O grau de vulnerabilidade ☐ 4 Outros (especifique)	tribuíram para o EA-ca nento inapropriado ou inade dos procedimentos do trata e do paciente não foi reconh	aso? quado mento não foiavali ecido	ada/ contemplada
Como esses fatores con 1 Resultaram em um tratam 2 A relação risco/benefício 3 O grau de vulnerabilidade 4 Outros (especifique) D4 EA RELACIONADO A INFECÇÃO O local da infecção /a ir	tribuíram para o EA-ca nento inapropriado ou inade dos procedimentos do trata e do paciente não foi reconh	aso? quado mento não foiavali ecido ENÇÃO / CONT	ada/ contemplad
Como esses fatores con ☐ 1 Resultaram em um tratam ☐ 2 A relação risco/benefício ☐ 3 O grau de vulnerabilidade ☐ 4 Outros (especifique) ☐ D4 EA RELACIONADO A INFECÇÃO	tribuíram para o EA-ca nento inapropriado ou inade dos procedimentos do trata e do paciente não foi reconh UMA FALHA NA PREV	aso? quado mento não foiavali ecido ENÇÃO / CONT	ada/ contemplad
Como esses fatores con 1 Resultaram em um tratam 2 A relação risco/beneficio 3 O grau de vulnerabilidade 4 Outros (especifique) D4 EA RELACIONADO A INFECÇÃO O local da infecção /a ir 1 Ferida cirúrgica	tribuíram para o EA-ca nento inapropriado ou inade dos procedimentos do trata e do paciente não foi reconh UMA FALHA NA PREV	aso? quado mento não foiavali ecido ENÇÃO / CONT	ada/ contemplada
Como esses fatores con 1 Resultaram em um tratam 2 A relação risco/benefício 3 O grau de vulnerabilidade 4 Outros (especifique) D4 EA RELACIONADO A INFECÇÃO O local da infecção /a ir 1 Ferida cirúrgica 2 Procedimento interno inv	tribuíram para o EA-ca nento inapropriado ou inade dos procedimentos do trata e do paciente não foi reconh UMA FALHA NA PREV	aso? quado mento não foiavali ecido ENÇÃO / CONT	ada/ contemplada
Como esses fatores con 1 Resultaram em um tratam 2 A relação risco/benefício 3 O grau de vulnerabilidade 4 Outros (especifique) D4 EA RELACIONADO A INFECÇÃO O local da infecção /a in 1 Ferida cirúrgica 2 Procedimento interno inv 3 Trato urinário	tribuíram para o EA-ca nento inapropriado ou inade dos procedimentos do trata e do paciente não foi reconh UMA FALHA NA PREV	aso? quado mento não foiavali ecido ENÇÃO / CONT	ada/ contemplad

□ 2. Induzido por antibióticos (Clostridium Difficile)

□ 3. Infecção por fungos
□ 4. Imunossupressores
□ 5. Outros (especifique)
Infecção cruzada (especifique o tipo):
□ 6. MRSA – Staphyloccocus aureus resistente à meticilina(descreva) _
□ 7. Salmonella
□ 8. Outro (especifique)
Fator exógeno (especifique o tipo):
□ 9. Sonda urinária
□ 10. Cateter intravenoso
□ 11. Gazes
□ 12. Tubo de drenagem
□ 13. Shunt / derivação
□ 14. Outro (especifique)
Estase (especifique o tipo):
□ 15. Obstrução respiratória
□ 16. Retenção urinaria
□ 17. Outro (especifique)
O responsável pela prevenção/ controle da infecção foi
□ 1 Médico
□ 2 Médico Residente
□ 3 Outro (especifique)
Quais foram os erros no cuidado relacionado ao EA devido à infecção? Del
os.
□ 1 Falha em drenar o pus ou retirar o material necrótico
□ 2 Falha na antibioticoterapia adequada (incluindo a superdosagem)
□ 3 Falha no tratamento fisioterápico adequado (ex. torácica)
□ 4 Falha nos cuidados de manutenção de cateteres / vias / drenagens / feridas
□ 5 Outros (especifique)
Como esses fatores contribuíram para o EA?
□ 1 Resultaram em um tratamento inapropriado ou inadequado
$\ \square$ 2 A relação risco/ benefício dos procedimentos do tratamento não foi avaliada/ contemplado $\ \square$
□ 3 A minimização do risco em um paciente vulnerável não foi considerada
□ 4 Outros (especifique)

D5 EA DIRETAMENTE RELACIONADO A UM PROBLEMA CIRÚRGICO OU A UM

PROCEDIMENTO O procedimento foi realizado

O procedimento foi realizado:
□ 1 no quarto ou enfermaria
□ 2 na sala de cirurgia
□ 3 em outro [lugar] setor (ex. radiologia; especifique)
O responsável por realizar o procedimento foi:
□ 1 Médico
□ 2 Médico Residente
□ 3 Outro (especifique)
Das seguintes opções, escolha a que melhor descreve a natureza do EA
(detalhe quando for possível)
□ 1 Atraso evitável até o início do procedimento
□ 2 Procedimento inadequado – especifique
□ 3 Preparação inadequada antes do procedimento (especifique)
Incidente na anestesia
□ 4 Intubação (especifique)
□ 5 Anestésico
□ 6 Falha do equipamento
□ 7 Monitoramento durante o procedimento (ex. oxigenação, CO, pressão via aérea)
□ 8 Outros (especifique)
Incidente na intervenção/ procedimento
□ 9 Dificuldade na delimitação anatômica
□ 10 Dano inadvertido em um órgão (especifique)
□ 11 Sangramento (especifique, ex. perda de ligadura; punção de vaso)
□ 12 Perfuração (especifique a natureza)
□ 13 Ruptura da anastomose (especifique os fatores contribuintes)
□ 14 Problema na ferida (ex. deiscência) (especifique)
□ 15 Localização da prótese
□ 16 Falha no equipamento (ex. uso inadequado, mau uso, especifique)
□ 17 Monitoramento inadequado durante o procedimento (especifique)
□ 18 Outros (especifique)
Relacionada à infecção de
□ 19 Ferida (incluindo celulite no trajeto)
□ 20 Infecção interna (ex. abscesso, especifique)
□ 21 Outros (ex. colangite, especifique)

□ 22 Re	elaciona	da às	drenagens _					_
□ 23 O	utros, in	cluin	do ausência	de resultados e	sperados (espe	cifique)		_
□ 1 Res	sultaram elação r	em u isco/b	im tratament penefício dos	buíram para to inapropriado s procedimento o paciente não f	ou inadequades do tratament	o não foiav	valiada/ contemp	olada
_				- paerence nac				
Qual	foi EA?	o	-	cirúrgico	EXTRA	como	resultado	do
(refere	-se à p	rópria	mir a intervençã	nutos ão)				
Qual	foi EA?	o	tempo	cirúrgico	adicional	como	resultado	do
(refere				n utos essivas adicior	nais)			
Qual f	oi o te	mpo	=	nnência adic ias	ional como	resultado	o do EA?	
	TORAN			RESCRIÇÃO DICAMENTO		-		
		-	rescrição	/ preparaçã	ão de medic	ação, flu	idos ou sang	ue?
	⊐Não		o na <i>adm</i>	-	e medicam	ento, flui	dos ou sangı	ıe?
hemato	oma) Se	e sim	, detalhe:					

Houve alguma falha no <i>monitoramento</i> da ação do medicamento, de sua toxicidade ou do balanço hídrico?				
□ Sim □ Não				
L Siii L Nau				
Se sim, detalhe:				
Como o medicamento/ fluido foi administrado?				
□ 1 Intravenoso				
□ 2 Intramuscular				
□ 3 Subcutâneo				
□ 4 Oral				
□ 5 Sublingual				
□ 6 Intratecal				
□ 7 Tópico				
□ 8 Retal				
□ 9 Outro (especifique)				
Qual foi o medicamento?				
□ 1 Antibiótico				
□ 2 Antineoplásico				
□ 3 Antiepilético				
□ 4 Antidiabético				
□ 5 Cardiovascular				
□ 6 Antiasmático				
□ 7 Sedativo ou hipnótico				
□ 8 Medicação de úlcera péptica				
□ 9 Anti-hipertensivo				
□ 10 Antidepressivo				
□ 11 Antipsicótico				
□ 12 Anticoagulante				
□ 13 Potássio				
□ 14 AINE's (Antiinflamatórios não-esteróides)				
□ 15 Narcóticos (ex.morfina/petidina)				
□ 16 Diuréticos				
□ 17 Outros (especifique)				
Nome do medicamento:				
None do medicamento.				

Qual foi a natureza do dano relacionado ao medicamento?
□ 1 Ação medicamentosa menos efetiva que a esperada (ex. por demora no tratamento, dose
baixa demais)
□ 2 Efeitos secundários do medicamento (especifique)
□ 3 Superdosagem para este paciente dadas as circunstâncias em que este se encontra
□ 4 Reação idiossincrásica (alérgica)
□ 5 Interação medicamentosa
□ 6 Outros (especifique)
O responsável pelo regime terapêutico foi:
□ 1 Médico
□ 2 Médico Residente
□ 3 Outro (especifique)
Um médico poderia, utilizando um raciocínio clínico razoável, prescrever o
medicamento, inclusive sabendo de antemão que este EA poderia ocorrer?
□ Sim □ Não
Qual foi a causa da lesão relacionada ao medicamento?
□ 1 Nenhuma causa subjacente (além da própria reação do paciente)
□ 2 Demora na prescrição (especifique)
□ 3 Demora na administração (após a prescrição)
□ 4 Erro na prescrição do medicamento (especifique)
□ 5 Medicamento correto, mas dose/duração do tratamento equivocada (especifique)_
□ 6 Medicamento correto, mas via de administração equivocada (especifique)
□ 7 Erro na administração (descreva)
□ 8 Monitoramento inadequado (descreva)
□ 9 Outros (especifique)
Como esses fatores contribuíram para o EA?
□ 1 Resultaram em um tratamento inapropriado ou inadequado
□ 2 A relação risco/beneficio dos procedimentos do tratamento não foiavaliada/ contemplada
□ 3 O grau de vulnerabilidade do paciente não foi reconhecido
□ 4 Outros (especifique)
D7 EA RESULTANTE DE UM PROCESSO DE REANIMAÇÃO
Qual foi a condição que levou à necessidade de manobras de reanimação?
□ 1 Parada Cardíaca (causa)

2 Insuficiência respiratória/ parada respiratória (causa)	
3 Coma (especifique)	
4 Crise convulsiva	
5 Hemorragia (especifique)	
□ 6 Politraumatismo	
7 Doença metabólica (ex. hipoglicemia) (especifique)	
8 Sepse grave (especifique)	
9 Outro (especifique)	
O responsável pelo cuidado do paciente durante a reanimação foi:	
□ 1 Médico	
2 Médico Residente	
3 Outro (especifique)	
douve demora em cuidar do problema? □ Sim □ Não	
Se sim, qual foi a razão?	
1 Indisponibilidade de recursos humanos	
2 Recursos humanos pouco competentes	
3 Indisponibilidade de equipamento	
4 Ausência de medicamento adequado ou necessário	
5 Falta de controle gerencial (gestão)	
6 Outro (especifique)	
douve confusão no momento de realizar a ação correta? □ Sim □ I	Não
Se sim, qual foi a razão?	
□ 1 Ação inadequada	
2 Falha na hora de realizar os exames e testes adequados	
3 Outra (especifique)	
Como esses fatores contribuíram para o EA?	
1 Resultaram em um tratamento inapropriado ou inadequado	
2 A relação risco/benefício dos procedimentos do tratamento não foiavaliada/ contemplado	ła
3 O grau de vulnerabilidade do paciente não foi reconhecido	
4 Outros (especifique)	

MÓDULO E: FATORES CAUSAIS, FATORES CONTRIBUINTES E POSSIBILIDADE DE PREVENÇÃO DA OCORRÊNCIA ADVERSA COM LESÃO E SEM LESÃO

E1 UMA VEZ ANALISADO O EA, NA SUA OPINIÃO, INDIQUE SE ESTE FOI DEVIDO A

Erro Humano	Erro de Comissão (um erro que ocorre pela execução de uma ação.
	Ex.: medicamento administrado em pessoa, dose, posologia ou via de
	administração equivocados)
	□ 1 Técnica cirúrgica errada
	□ 2 Tratamento inapropriado
	□ 3 Medicação inapropriada (escolha, dose)
	□ 4 Outros
	Descreva-o:
	Erro por Omissão (um erro que ocorre como consequência de uma
	ação não executada mesmo estando indicada. Ex. Infecção hospitalar
	por não utilizar profilaxia perioperatória ou preparação deficiente do
	paciente)
	□ 5 Não tomar as medidas de precaução
	□ 6 Não realizar os exames indicados
	□ 7 Demora evitável de diagnóstico
	□ 8 Acompanhamento inadequado da terapêutica
	□ 9 Não agir diante dos resultados dos exames
	□ 10 Outros
	Descreva-o:
Falha de sistema	(Ex.: uma falha na bomba de infusão administra uma dose excessiva de
medicamento. Out	ro ex.: uma falha na identificação de um paciente ocasiona uma cirurgia
equivocada ou um	tratamento errado).
□ 11 Falha de sister	ma Descreva-o:

Indique os fatores causais do evento

Relacionados à medicação
□ RAM (Reações Adversas a Medicamento)
□ Erros de medicação
□ Medicamento errado
□ Dose incorreta (médico)
□ Omissão da dose ou medicação
□ Freqüência de administração incorreta (enfermagem)
 Erro na preparação ou manipulação
□ Monitoramento insuficiente
□ Paciente errado
 Duração incorreta do tratamento
□ Interação medicamentosa
Relacionados à gestão
□ Lista de espera numerosa
□ Perda de documentos
□ Erro na informação clínico-
laboratorial (Resultados de exames de
outros pacientes)
□ Erro na identificação do paciente
□ Citação errada
□ Problemas com o prontuário eletrônico
Relacionados ao diagnóstico
□ Erro no diagnóstico
□ Demora no diagnóstico
Relacionados à comunicação
□ Comunicação médico-paciente
□ Comunicação equipe de enfermagem-paciente
□ Comunicação médico-equipe de enfermagem
□ Comunicação médico-médico
□ Barreira idiomática
□ Outro diferente dos anteriores

Relaciona	ados aos cuidados
□ Cuidado	inadequado do paciente
Outros	
□ Outras ca	nusas
Resuma d	o que ocorreu e aponte qual foi a causa na sua opinião:
E2 DETAL ESTE EA	HE OS FATORES MAIS IMPORTANTES QUE CONTRIBUÍRAM PARA
(RESPOND	DER SEGUNDO A SEGUINTE HIERARQUIA CAUSAL: 1: CAUSA DO EA, 2: E 1, 3: CAUSAS DE 2)
2	
3	
	A POSSIBILIDADE DE EVITABILIDADE DO EA pinião, existe alguma evidência de que o EA poderia ter sido evitado? □ Não
Avalie. em	uma escala de 6 pontos, a evidência de possibilidade de evitabilidade
•	ria de evidência de possibilidade de evitabilidade
	a possibilidade de evitabilidade
	possibilidade de evitabilidade
Č	ada possibilidade de evitabilidade
	a possibilidade de evitabilidade
□ 6 Total e	vidência de possibilidade de evitabilidade ssinalou do 2 ao 6, responda às seguintes perguntas:

Descreva brevemente a maneira como o EA poderia ter sido evitado:				
Você node identificar alguma razão nela gual o FA não nôde	ser evitado?			

ANEXOS

Anexo A - Autorização utilização sistema IBEAS



Ariane Cristina Barboza Zanetti <arianezanetti@usp.br>

Re: AUTHORIZATION REQUEST FOR IBEAS USE IN BRAZIL

Valencia Martín.José <jose.valencia@salud.madrid.org> Para: "arianezanetti@usp.br" <arianezanetti@usp.br> 18 de março de 2019 08:01

Cc: "Aranaz Andres.Jesus Maria" <jesusmaria.aranaz@salud.madrid.org>, "jaa@umh.es" <jaa@umh.es>

Dear Ariane

Thank you for contact us; I am writing on behalf Dr. Aranaz, as one of the researchers that belong to his team.

We do not have any problem if you decided to use the IBEAS adverse event assesment instrument for your research purposes, at least citing properly the authorship in your work; moreover, if you consider it appropriate and useful for your research, we would be willing to advise you and contribute as part of the team in this investigation.

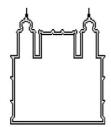
We remain at your disposal, wishing you much success in your work, which we would like to be aware of, in the way that seems most appropriate to you.

Best wishes

Dr. José Valencia Martín

Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Ctra. de Colmenar Viejo, km. 9,100. 28034. MADRID (+34) 913 36 83 72 www.madrid.org/hospitalramonycajal/medicinapreventiva bit.ly/SMPSP-Facebook bit.ly/SMPSP-YouTube

Anexo B - Autorização Fiocruz para utilização instrumento IBEAS



Ministério da Saúde Fundação Oswaldo Cruz



Prezado Antônio J de Lima Jr

Tendo em vista a autorização do grupo de pesquisa responsável pelo Canadian Adverse Events Study liderada pelo Dr. G. Ross Baker, estou escrevendo para dar permissão para usar os Instrumentos adaptados e validados à realidade dos hospitais brasileiros desenvolvido pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP / FIOCRUZ).

Rio de Janeiro, 24 de março de 2017

Walter Vieira Mendes Júnior

Walter Vac Moules

MD, MSc, PhD

Observação: Antônio J de Lima Jr é doutorando do grupo de pesquisa coordenado pela Profa. Dra. Carmen Silvia Gabriel e foi o pesquisador responsável por estabelecer contato com o Prof. Dr. Walter Vieira Mendes Júnior.

Anexo C – Declaração da Instituição Coparticipante



NÚCLEO DE ESTÁGIOS E PESQUISAS

DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa "Avaliação da Incidência e Evitabilidade de Eventos Adversos no Pronto Atendimento" será avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa e concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta Instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos Participantes da pesquisa, nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Autorizo a pesquisadora **Melyne Serralha Rocha** realizar a(s) etapa(s) de mensurar a frequência e a incidência dos eventos adversos, caracterizar a proporção de eventos adversos evitáveis bem como caracterizar os eventos identificados através da revisão retrospectiva de prontuários de pacientes adultos admitidos ao longo do ano de 2015. As avaliações mencionadas serão efetuadas por uma versão informatizada, um instrumento validado e adaptado para os hospitais brasileiros; fazendo- se necessário a utilização da infra-estrutura desta Instituição.

Terso A. S. Junior
Coordenador de TH
Missão Sal da Terra

Terso Aguiar de Souza Júnior Coordenador de Talentos Humanos – Missão Sal da Terra

Uberlândia 01/12/2018

Anexo D - Parecer Comitê de Ética em Pesquisa



USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da incidência e evitabilidade de eventos adversos no pronto atendimento

Pesquisador: MELYNE SERRALHA ROCHA

Área Temática: Versão: 2

CAAE: 06665419.0.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.217.868

Apresentação do Projeto:

trata-se de reposta a pendências apresentadas por este CEP, parecer consubstanciado número 3.179.001,

de 28 de fevereiro de 2019.

Objetivo da Pesquisa:

Tópico já apreciado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Tópico já apreciado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide tópico "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide tópico "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Vide tópico "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

PENDÊNCIAS:

a) Excluir TCLE para Revisores, uma vez que estes não são participantes da pesquisa, e sim colaboradores.

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902

UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br



USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 3.217.868

- b) Como colaboradores, estes revisores deverão assumir responsabilidade pela garantia de manutenção de sigilo dos dados a serem coletados nos prontuários analisados.
- c) Sugere-se que seja elaborado documento (Termo de Compromisso ver modelo da FCFRP-USP) para formalização da relação de colaboração entre revisores e pesquisadores.

RESPOSTA DA PESQUISADORA:

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos Revisores citado na página 12 bem como o Apêndice B na página 26 do projeto foi excluído e substituído pela Declaração de Ciência e Compromisso Ético do Revisor da Pesquisa conforme modelo apresentado pela Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto (FCFRP).

PARECER RELATORIA:

Pendências atendidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado ad referendum.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	12/03/2019		Aceito
do Projeto	ROJETO_1281279.pdf	23:56:33		
TCLE / Termos de	APENDICE_B_Termo_Compromisso_R	12/03/2019	MELYNE	Aceito
Assentimento / Justificativa de	evisor.pdf	23:53:46	SERRALHA ROCHA	
Ausência				
Outros	Oficio_Resposta_CEP.pdf	12/03/2019	MELYNE	Aceito
		23:53:09	SERRALHA ROCHA	
Projeto Detalhado /	Projeto_CEP_Melyne_Serralha_Rocha.p	12/03/2019	MELYNE	Aceito
Brochura	df	23:37:17	SERRALHA ROCHA	
Investigador				
Outros	Oficio_Encaminhamento_CEP.pdf	30/01/2019	MELYNE	Aceito
		23:05:27	SERRALHA ROCHA	
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	15/01/2019	MELYNE	Aceito
-	-	23:13:46	SERRALHA ROCHA	
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	15/01/2019	MELYNE	Aceito
_	·	23:13:30	SERRALHA ROCHA	

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902

UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br



USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 3.217.868

Declaração de	ANEXO_5_Declaracao_de_Coparticipac	15/01/2019	MELYNE	Aceito
Instituição e	ao_Instituicao.pdf	23:13:06	SERRALHA ROCHA	
Infraestrutura				
Declaração de	ANEXO_4_Autorizacao_CAES.pdf	15/01/2019	MELYNE	Aceito
Pesquisadores	·	23:12:44	SERRALHA ROCHA	
Declaração de	ANEXO_3_autorizacao_Walter_Mendes.	15/01/2019	MELYNE	Aceito
Pesquisadores	pdf	23:12:22	SERRALHA ROCHA	
TCLE / Termos de	APENDICE_C_Solicitacao_de_Dispensa	15/01/2019	MELYNE	Aceito
Assentimento /	_TCLE.pdf	22:55:11	SERRALHA ROCHA	
Justificativa de				
Ausência				
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada.pdf	15/01/2019	MELYNE	Aceito
		22:50:24	SERRALHA ROCHA	

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 23 de Março de 2019

Assinado por: RONILDO ALVES DOS SANTOS (Coordenador(a))

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902

UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br

Página 03 de 03

Anexo E - Declaração de Ciência e Compromisso Ético do Revisor da Pesquisa



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518 www.eero.uso.br - eero@uso.br

Declaração de Ciência e Compromisso Ético do Revisor da Pesquisa

Ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP Faculdade de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP						
Eu,		, que participarei como colabor	ador da			
pesquisa intitulada	"Avaliação da incidência	a e evitabilidade de eventos adversos no	pronto			
atendimento " na qu	alidade de revisor dos pronti	uários declaro que:				
- E	stou ciente e assumo o comp	promisso de cumprir os termos da Resolução nº 4	466/12			
do Conselho Nacion	al de Saúde, do Ministério d	la Saúde e demais resoluções pertinentes.				

- Assumo o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações relativas do sujeito da pesquisa.
- Os materiais e as informações obtidos no desenvolvimento deste trabalho serão utilizados apenas para atingir o(s) objetivo(s) previsto(s) nesta pesquisa.
- Os materiais e os dados obtidos ao final da pesquisa serão arquivados sob a responsabilidade da Profa. Dra. <u>Carmen Silvia Gabriel do Programa de Pós Graduação da Enfermagem Fundamental</u> da **EERP/USP.**
 - Não há qualquer acordo <u>restritivo</u> à divulgação pública dos resultados.
- Os resultados da pesquisa serão tornados públicos por meio de apresentação em encontros científicos ou publicação em periódicos científicos, quer sejam favoráveis ou não, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos sujeitos da pesquisa.
 - O CEP-EERP será comunicado da suspensão ou do encerramento da pesquisa por

- Declaro que este	ou ciente e assu	іто о сотј	promisso de	cumprir os termos d	o
Regimento do Comitê de Ética em I	Pesquisa da Facul	ldade de Enf	ermagem de I	Ribeirão Preto – USP.	
Ribeirão Preto,	_de	de 20	_•		
Pesquisador responsável					
(nome, CPF e assinatura)					
Revisor					

meio de relatório apresentado anualmente ou, na ocasião da suspensão ou do encerramento da

pesquisa, com a devida justificativa.

(nome, CPF e assinatura)

Anexo F – Solicitação de dispensa do TCLE

SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA COLETA DE DADOS EM PRONTUÁRIOS DE PACIENTES

Ribeirão Preto, 04 de Dezembro de 2018

Em concordância com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos descritas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12 e considerando o item IV.8, que contempla a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em situações de impossibilidade de obtenção do mesmo, solicita-se a dispensa da aplicação do TCLE para a coleta de dados em prontuários de pacientes adultos cujas internações ocorreram ao longo do ano de 2015 em unidade pública de pronto atendimento do município de Uberlândia. A pesquisa em questão intitula-se "Avaliação da incidência e evitabilidade de eventos adversos no pronto atendimento", estando sob responsabilidade da pesquisadora Melyne Serralha Rocha. O requerimento de dispensa do TCLE respalda-se nas justificativas subsequentes:

- Apenas a última internação sucedida no ano de 2015, com saída (altas/transferência/óbito) no mesmo ano, será revisada em cada um dos prontuários selecionados. Logo, o período das internações hospitalares avaliadas encerrou-se em momento anterior à realização do estudo, não havendo qualquer tipo de intervenção;
- A avaliação será realizada de forma retrospectiva com uso de prontuários. Não haverá alterações/influências na rotina/tratamento dos pacientes e, consequentemente, não haverá adição de riscos ou prejuízos ao bem-estar dos mesmos;
- Os dados contidos nos prontuários serão manejados e analisados de modo anônimo, sem identificação nominal dos pacientes, e os resultados serão apresentados de forma agregada, não permitindo a identificação dos indivíduos;
- Há possibilidade de os pacientes já terem ido à óbito;
- Dificil localização dos pacientes e/ou de seus familiares, visto que os mesmos podem não frequentar mais a unidade de pronto atendimento;
- 6. O endereço e telefone registrados nos prontuários podem já não ser os mesmos.

A investigadora principal e demais colaboradores envolvidos comprometem-se, individual e coletivamente, a utilizar os dados provenientes deste estudo exclusivamente para os fins delineados, bem como a cumprir todas as diretrizes e normas regulamentadoras descritas na Resolução CNS nº 466/12 e suas complementares, sobretudo no que se refere ao sigilo e confidencialidade das informações coletadas.

Cordialmente.

Mélyne Serrallia Rocha Pesquisadora Responsável CPF: 060.754.726/06