

1 INTRODUÇÃO

A atenção à saúde, ao promover o alívio dos males sofridos pelos pacientes, possui a inquietante potencialidade de produzir doença, sofrimento e incapacitação. O reconhecimento de que a exposição ao sistema de saúde pode gerar danos, e não só proporcionar benefícios, foi descrito por BARR (1955) como o ônus inevitável que se paga pelos avanços tecnológicos da medicina, dando origem às enfermidades denominadas “doenças do progresso médico” (MOSER, 1956).

Erros e complicações indesejadas do tratamento, comprometendo a segurança de pacientes, representam atualmente um dos maiores desafios para o aprimoramento da qualidade no setor saúde (LEAPE et al., 1998, 2002a, INSTITUTE OF MEDICINE, 1999; THOMAS et al., 2000a; HERBERT, 2001; SIDDINS, 2002; BERWICK, 2003). Apesar de importantes avanços, a qualidade da atenção prestada, mesmo em países desenvolvidos, permanece muito aquém daquela recomendada como adequada (McGLYNN et al., 2003). Deficiências na segurança de pacientes durante os processos de cuidado contribuem para este quadro desfavorável, uma vez que a ocorrência de problemas desta natureza reflete, na verdade, o marcante distanciamento entre o cuidado real e o cuidado ideal (THOMAS et al., 2000b).

Duas são as circunstâncias relacionadas ao desencadeamento de erros, ambas passíveis de prevenção. A primeira, denominada erro de

planejamento, representa a adoção de um plano equivocado para se atingir um objetivo. A segunda corresponde ao erro de execução que ocorre quando uma ação planejada não se completa da forma prevista (REASON, 1990, 2000). Os erros podem ocorrer em todos os níveis do processo de cuidado – prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação – acarretando ou não dano aos pacientes (INSTITUTE OF MEDICINE, 1999).

As complicações indesejadas decorrentes do cuidado prestado aos pacientes, e, portanto, não atribuídas à evolução natural da doença de base, são denominadas eventos adversos (EAs) (HIATT et al., 1989). Os EAs podem ser acarretados por omissão, isto é, a não realização de uma ação correta (retardo em instituir a terapêutica adequada, por exemplo) ou por comissão, ou seja, praticar a ação incorreta (prescrever a dose errada de uma medicação). Quando resultantes de erros, os EAs são considerados evitáveis. Entretanto, deve-se salientar que nem todos os eventos são passíveis de prevenção face ao conhecimento vigente, sendo, então, designados EAs não-evitáveis (HIATT et al., 1989, BRENNAN et al., 1991a,b; LEAPE et al., 1991).

A ocorrência de erros e EAs deve ser interpretada como decorrente de falências dos complexos sistemas técnicos e organizacionais relacionados à atenção à saúde, e não como resultados isolados de ações praticadas por profissionais incompetentes. São as vulnerabilidades presentes nos sistemas (fatores latentes) que favorecem a prática de erros pelos indivíduos envolvidos com o cuidado (fatores ativos) (REASON, 1990, 2000; LEAPE et al., 1991, 1998; LEAPE, 1994). À medida que os sistemas

tornam-se mais complexos, proliferam as oportunidades para a ocorrência de erros. Uma vez que os seres humanos cometem erros em qualquer tipo de atividade que desenvolvam, os sistemas devem ser reformulados no sentido de tornar mais difícil a realização de ações erradas e, mais fácil, a adoção de atitudes corretas (LEAPE, 1994; LEAPE et al., 1998, 2002a,b; VINCENT et al., 1998; INSTITUTE OF MEDICINE, 1999; NOLAN, 2000; REASON, 2000).

Eventos adversos são considerados importantes indicadores de qualidade por sinalizarem a presença de falhas relacionadas à segurança de pacientes, dimensionando a magnitude dos problemas referentes à qualidade da atenção nos diferentes serviços, e por fornecerem valiosas informações para a construção de um sistema de saúde mais seguro (LEAPE et al., 1998; REED et al., 1998; GERACI, 2000; INSTITUTE OF MEDICINE, 1999; THOMAS et al., 2000b; McLOUGHLIN et al., 2001). Surgem da interação entre as diferentes dimensões envolvidas no processo de cuidado – o paciente, a doença, os médicos, a equipe de enfermagem, os outros profissionais direta ou indiretamente envolvidos no cuidado, as tecnologias materiais e a própria organização da atenção.

A incidência de EAs foi estudada em algumas investigações de base populacional desenvolvidas nos Estados Unidos e Austrália envolvendo pacientes internados (BRENNAN et al., 1991a,b; LEAPE et al., 1991; WILSON et al., 1995; THOMAS et al., 2000a). Embora adotando metodologia semelhante, os objetivos destes estudos mostraram-se muito distintos: as pesquisas norte-americanas concentraram-se na análise de negligência, enquanto que o estudo australiano objetivou o aprimoramento da qualidade do sistema de

saúde daquele país. Assumindo critérios restritivos de definição de EAs (associados a um prolongamento do tempo de internação ou à produção de incapacidade), os autores identificaram estes eventos em 2,9 a 16,6% das admissões hospitalares. A proporção de episódios considerados como passíveis de prevenção, ou seja, como decorrentes de erros, correspondeu a aproximadamente 50,0% dos episódios. A maior parte dos EAs acarretou incapacidades leves, entretanto, 4,9 a 13,6% destes eventos contribuíram para a morte dos pacientes.

Estudos envolvendo números menores de pacientes, adotando ora definições amplas de EAs não vinculadas a um aumento de morbimortalidade (STEEL et al., 1981; LEFEVRE et al., 1992; ANDREWS et al., 1997; GARCIA-MARTIN et al., 1997), ora definições mais restritivas (BRACCO et al., 2000; THOMAS; BRENNAN, 2000; VINCENT et al., 2001; KABLE et al., 2002), foram conduzidos em diferentes serviços. A ocorrência de EAs mostrou-se bastante variável entre eles: taxas maiores nos estudos com definição ampla de EA (20,0 a 58,3% das admissões) e menores, naqueles com critérios mais restritivos (5,3 a 16,0% das admissões). Confirmando as pesquisas de base populacional, estes estudos descrevem a expressiva proporção de EAs associados a erros, portanto, passíveis de prevenção. Destacam também o número considerável de pacientes que sofreram danos graves ou mesmo que evoluíram a óbito em função da ocorrência destes eventos indesejáveis.

A associação entre EAs e morte de pacientes representa a situação de maior gravidade relacionada à segurança no setor saúde. Embora a proporção de óbitos atribuídos a EAs seja variável nas diferentes

publicações, a parcela de EAs evitáveis relatados mostrou-se semelhante. Desta forma, a morte de um número expressivo de pacientes poderia ter sido evitada se a qualidade da atenção prestada tivesse sido adequada (DUBOIS; BROOK, 1988; BRENNAN et al., 1991a,b; LEAPE et al., 1991; LEFEVRE et al., 1992; WILSON et al., 1995; BRACCO et al., 2000; INSTITUTE OF MEDICINE, 1999; THOMAS; BRENNAN, 2000; THOMAS et al., 2000a; VINCENT et al., 2001; KABLE et al., 2002; WOLFF; BOURKE, 2002). GARCIA-MARTIN et al. (1997), estudando a proporção de óbitos hospitalares associados a eventos adversos, citam que a ocorrência destes eventos relacionou-se à morte de pacientes em 24,0% dos casos.

O interesse por EAs, principalmente aqueles acarretados por erros cometidos durante a prestação do cuidado, adquire proporções ainda maiores quando o governo norte-americano, por intermédio de seu *INSTITUTE OF MEDICINE* (IOM), publica "*To Err Is Humann: Building a Safer Health System*" (1999). Tomando como base os estudos conduzidos por BRENNAN et al. (1991a) e LEAPE et al. (1991), o documento estima que 1.000.000 EAs evitáveis ocorram anualmente naquele país, contribuindo para a morte de 44.000 a 98.000 pessoas. Assim, erros relacionados à atenção à saúde passam a representar a oitava mais importante causa de óbito, estando à frente de outras situações expressivas como os acidentes automobilísticos, o câncer de mama ou a síndrome da imunodeficiência adquirida. A questão da segurança dos pacientes dentro do sistema de saúde torna-se, portanto, prioritária para o aprimoramento da qualidade da atenção.

Embora as estimativas de óbitos atribuídos a EAs evitáveis relatadas pelo governo dos Estados Unidos tenham sido questionadas por alguns autores (McDONALD et al., 2000; HAYWARD; HOFER, 2001), a importância da abordagem destes eventos para a adoção de medidas preventivas é indiscutível (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001). Os processos de atenção à saúde, em qualquer contexto onde se desenrolem, estão sempre sujeitos à ocorrência de erros, no entanto, algumas situações favorecem sobremaneira o aparecimento destas falhas. Fatores como idade avançada, presença de comorbidades, internação em hospitais universitários terciários, inexperiência de jovens profissionais, introdução de novas tecnologias, duração e intensidade do cuidado à saúde, fragmentação da atenção prestada, gravidade da doença de base e atendimento de urgência associam-se, com maior frequência, ao desencadeamento de eventos indesejáveis (BRENNAN et al., 1991a,b; LEAPE et al., 1991; WILSON et al., 1995; VINCENT et al., 1998; INSTITUTE OF MEDICINE, 1999; THOMAS; BRENNAN, 2000; THOMAS et al., 2000a; WEINGART et al., 2000a).

Os serviços de emergência são considerados importantes fatores de risco para o desenvolvimento de EAs, sendo a grande maioria deles atribuída a erros ocorridos durante os processos de atenção ali realizados. No Reino-Unido, aproximadamente 8,5% de todos os processos disciplinares relacionados à prática médica têm como contexto o atendimento de urgência, o que torna os pronto-socorros ambientes sujeitos a muitos riscos (BOREHAM et al., 2000). Estudos comparando as proporções de EAs atribuídos à negligência de acordo com os diferentes setores

hospitalares revelam que o pronto-socorro representa o setor onde são identificadas as maiores parcelas destes eventos (52,6-70,0% do total de EAs detectados). Este cenário, segundo os pesquisadores, está diretamente relacionado às características inerentes à maioria dos serviços de emergência, isto é, acesso irrestrito, número excessivo de pacientes, extrema diversidade na gravidade do quadro inicial (pacientes críticos ao lado de pacientes mais estáveis), escassez de recursos, equipe de enfermagem sobrecarregada, número insuficiente de médicos, predomínio de jovens profissionais, fadiga, supervisão inadequada, descontinuidade do cuidado e falta de valorização dos profissionais envolvidos (RISSER et al., 1999; BOREHAM et al., 2000; WALLIS; GULY, 2001). No entanto, embora o atendimento às urgências represente relevante condição facilitadora para a ocorrência de EAs, raros estudos dirigidos especificamente para a análise desta questão foram conduzidos (BOREHAM et al., 2000; WALLIS; GULY, 2001; WOLFF; BOURKE, 2002).

No Brasil, a epidemiologia dos EAs ainda carece de uma abordagem sistemática; contudo, a preocupação com a ocorrência destes eventos motivou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) a implementar em 2000 um projeto-piloto envolvendo exclusivamente as áreas de farmacovigilância, hemovigilância e tecnovigilância em 100 hospitais universitários (Projeto Hospital Sentinela), mediante a criação de gerências de risco nestas instituições. Apesar desta iniciativa louvável, investigações nacionais dirigidas para o esclarecimento da magnitude do impacto gerado

pelos EAs, especialmente em hospitais universitários terciários, não foram conduzidas até o momento.

Considerando que a segurança de pacientes constitui dimensão fundamental da qualidade, que o reconhecimento dos fatores relacionados à ocorrência de EAs fornece informações essenciais para o aprimoramento da atenção prestada, que muitos dos aspectos reconhecidos pela literatura como favorecedores da ocorrência destes eventos fazem parte da rotina de nosso serviço e, finalmente, que o ensino a alunos e residentes deve abranger estes conceitos para promover o fortalecimento da relação médico-paciente, decidiu-se realizar um estudo envolvendo a identificação de EAs no Pronto-Socorro de Clínica Médica (PSM) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), tendo como horizonte o aprimoramento da qualidade da atenção prestada no serviço.

O Pronto-Socorro de Clínica Médica do HCFMUSP é um serviço universitário responsável pelo atendimento às urgências clínicas em indivíduos com idade superior a 12 anos, com exceção dos quadros cardiológicos, na sua maioria referenciados ao Instituto do Coração do HCFMUSP. Realizando em média 5.000 atendimentos mensais, desempenha, além das funções assistenciais, importante papel didático na formação de alunos e residentes. Atuam no PSM cumprindo plantões de 12 horas, médicos-residentes de primeiro e segundo anos de clínica médica, alunos de sexto-ano da FMUSP, médicos-preceptores, médicos-assistentes

e supervisores, além de membros da equipe de enfermagem e da equipe multiprofissional envolvida no cuidado aos pacientes.

Por tratar-se de um pronto-socorro de nível terciário inserido no Programa de Regionalização e Hierarquização de Urgências da Região Metropolitana de São Paulo, o PSM deveria ser responsável apenas pelo atendimento às urgências de alta complexidade de sua área de cobertura. Entretanto, em virtude de deficiências crônicas do sistema de saúde e por apresentar-se como um serviço cujas portas estão sempre abertas à população, termina por receber pacientes com os mais variados níveis de gravidade, provenientes de várias regiões da cidade, de outros municípios do estado e de outros estados do país. Desta forma, a superlotação é uma constante. Pacientes atendidos em macas, presença simultânea de situações de emergência complexas ao lado de condições clínicas mais estáveis, corredores lotados, filas de espera morosas, falta crescente de recursos, equipe médica sobrecarregada e equipe de enfermagem insuficiente representam condições de rotina.

O presente estudo correspondeu à primeira iniciativa de caracterização da ocorrência de EAs no serviço e, considerando-se que a avaliação da qualidade da atenção à saúde tornar-se-ia extremamente complexa ao ser incluída na análise a totalidade dos atendimentos realizados pelo serviço, optou-se por estudar uma condição clínica mais específica, acidente vascular cerebral (AVC), considerada como tendo características que permitem adotá-la como situação traçadora para a avaliação da qualidade da atenção em geral (KESSNER et al., 1973).

Faz-se necessário ressaltar que a ocorrência de erros é compreendida nesse trabalho como o ponto final de uma corrente de eventos desfavoráveis, envolvendo falências ativas e condições latentes. Eventos adversos habitualmente têm sua origem a partir de diversas características dos próprios processos, incidindo nos seus diferentes níveis: os procedimentos, a equipe, os recursos físicos e a organização institucional (LEAPE et al., 1991; VINCENT et al., 1998, 2000; LEAPE, 2001). Desenvolvem-se, para a sua ocorrência, processos multicausais e de articulação complexa, e é como tais que foram aqui estudados. Espera-se por meio desse estudo poder contribuir para uma compreensão mais aprofundada do problema em uma instituição e para um serviço específico, mas considera-se que os resultados podem ser de interesse potencial para muitos outros serviços semelhantes.