

SUBNOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS – APLICAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA RASTREABILIDADE

GLENIO PORTILHO STADLER¹

FATIMA FARIAS²

RESUMO: As falhas ou danos são tratados na assistência a saúde como eventos adversos (EA). Estima-se que 10% dos pacientes internados sofrem algum tipo de EA enquanto estão sob os cuidados da equipe multiprofissional. No entanto, nem todos os EA são conhecidos ou notificados. Conhecer os EA é condição para que ações de prevenção sejam estudadas e aplicadas. O CTI (Centro de Tratamento Intensivo) é a área hospitalar com maior predisposição a ocorrência de EA e deve ser monitorada para que danos decorrentes de erros durante o cuidado intensivo possam ser evitados. A relevância do tema motivou este estudo que teve como objetivo: Rastrear os EA ocorridos em pacientes internados em um CTI adulto, **não notificados**. Trata-se de um estudo de caráter exploratório, descritivo com abordagem quantitativa, desenvolvido em um CTI (Centro de tratamento Intensivo) adulto, com 32 leitos, em um Hospital Privado de Porte Alegre/RS. Foram analisados 78 prontuários de pacientes que tiveram alta do CTI para unidades do hospital ou, por óbito. Os dados foram coletados por meio de um instrumento, o TTM – *Trigger Tool Methodology*”, validado pelo IHI (*Institute for Healthcare Improvement*) para rastrear EA não notificados. Para descrição dos resultados os dados foram lançados e organizados no programa Excel. As variáveis foram analisadas no Software Estatística versão 10. Os resultados demonstram que a maior incidência de EA foi identificada no sexo feminino (55,13%). A exceção de EA relacionados à hipoglicemia (glicemia ≤ 50), todos os outros eventos rastreados pelo instrumento ocorreram pelo menos uma vez, em pelo menos um paciente. Os EAs de maior ocorrência – segundo o instrumento utilizado, foram queda abrupta da HT4 e constipação, com 1 evento em 33 pacientes e 2 em 23 respectivamente.

Descritores: Eventos adversos, Centro de Terapia Intensiva, Notificação, Subnotificação.

1

¹ Enfermeiro da UCE, HMD. Aluno da Especialização em Terapia Intensiva pela Unidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) e Unidade Corporativa Mãe de Deus.

² Enfermeira Supervisora dos Serviços de Enfermagem HMD; Professora Mestra, orientadora Acadêmica da UNISINOS.

1 INTRODUÇÃO

O foco no cliente, assumido por vários segmentos empresariais como estratégico para a obtenção da eficiência operacional, somente nas últimas duas décadas começou a ser perseguido pelas instituições de saúde, que até então, estavam voltadas para intervenções no processo da doença. A partir dessa mudança de paradigma, os processos assistenciais passaram a ser acompanhados através de ferramentas gerenciais e protocolos, buscando aumentar as condições de segurança dos clientes, ofertar bens e serviços livres de riscos e/ou falhas e atuar na prevenção de danos a integridade dos seus usuários (PADILHA, 2006).

As falhas ou danos são tratados na assistência a saúde como eventos adversos (EA). A alta incidência de EA em hospitais vem preocupando os estudiosos, profissionais e gestores em saúde. Estudos recentes apontam que cerca de 10% dos pacientes internados sofrem algum tipo de EA (PADILHA, 2006). O EA é definido como lesão ou dano não intencional que resultou em incapacidade ou disfunção, temporária ou permanente, e/ou prolongamento do tempo de permanência ou morte como consequência do cuidado prestado.

Muitas são as situações que predispoem ao risco de eventos adversos, tais como: avanço tecnológico com incompatibilidade do aperfeiçoamento de recursos humanos, desmotivação profissional, ausência ou limitação da sistematização e documentação dos cuidados de enfermagem, delegação de cuidados de enfermagem sem supervisão adequada e sobrecarga de trabalho para a equipe de enfermagem (MADALOSSO 2000).

O estudo de erros humanos é recente e os profissionais do campo da saúde relacionam os mesmos com vergonha, medo e punições, além de associá-los a desatenção, desmotivação e treinamento insuficiente. Esta realidade reforça a tendência dos profissionais de escondê-los, e das lideranças, de dar toda atenção a descoberta do “culpado”, perdendo-se a oportunidade de revisar o processo, melhor conhecer as causas do erro e tomar medidas para tratá-lo, prevenindo novas ocorrências (ROSA, 2003).

No ano de 1999, nos Estados Unidos (EUA), o Instituto de Medicina publicou o relatório denominado “Errar é Humano”, com dados alarmantes sobre erros ocorridos na assistência à saúde. Segundo o mesmo, cerca de 44.000 a 98.000 mortes anuais, ocorrem nos hospitais norte americanos devido às falhas na assistência médico-hospitalar, e aproximadamente um milhão de pacientes eram vítimas de eventos adversos assistenciais, sendo mais da metade oriundos de erros que poderiam ter sido prevenidos. As mortes resultantes destes episódios representavam, então, a quarta maior causa de mortalidade naquele país (BATES, SPELL, CULLEN, 1997).

Em outro estudo, conduzido pela Universidade de Havard, foi demonstrado que os eventos adversos na assistência hospitalar ocorriam em 3,7% do total das internações, sendo 69% atribuíveis a eventos adversos que poderiam ser evitados. Um total de 27,6% dos eventos adversos era atribuído à negligência dos profissionais de saúde, 70,5% determinavam incapacidades com duração menor que seis meses, 13,6% resultavam em morte e 2,6% causaram sequelas irreversíveis (BRENNAN, LEAPE, LAIRD, 1991).

Se reportando às Unidades de Terapia Intensiva (UTI), que prestam assistência a pacientes graves, aumenta a susceptibilidade a erros. Nestas áreas, os erros devem ser analisados sob várias óticas, considerando falhas de processo com origem em problemas estruturais, recursos humanos, materiais, equipamentos e processos de trabalho, para assim, subsidiar medidas preventivas de falhas no ambiente hospitalar (ROSA, 2003).

A UTI é um ambiente complexo e dinâmico que necessita de profissionais especializados e permanentemente treinados. Trata-se de uma área assistencial que tem como objetivo restabelecer as funções vitais do paciente crítico, num ambiente que lhe proporcione o máximo de segurança e que possa devolvê-lo a sociedade com qualidade de vida, sem que tenha sido exposto a riscos desnecessários ou falhas humanas. No entanto, nesta área comumente a morbidade e mortalidade estão associadas a pacientes sujeitos a iatrogênias.

A subnotificação dos EA é uma problemática mundial, que dificulta a análise das causas relacionadas e por consequência, as ações de prevenção de novas ocorrências. Considerando que o ambiente de UTI predispõe os pacientes a maiores riscos, a subnotificação nesta área assume uma importância maior na incidência de EA. Conhecer que tipo de notificação é mais comumente negligenciada pode contribuir para entender comportamentos e motivações e buscar ações mais assertivas para a concretização de uma cultura de segurança.

Conhecedores da existência de subnotificações relacionadas à EA, o IHI (*Institute for Healthcare Improvement*) elaborou uma metodologia para rastrear EA não notificados, através de um instrumento estruturado aplicado a registros assistenciais, o TTM – *Trigger tool methodology*. Este instrumento possibilita a análise de EA não notificados por meio da auditoria de prontuários.

Com esta orientação, o presente estudo propõe a utilização desta metodologia e formula a seguinte questão de pesquisa: quais eventos adversos ocorrem na Terapia Intensiva adulto, não notificados?

Para responder a esta questão a pesquisa o presente estudo tem como objetivo:

Rastrear os eventos adversos ocorridos em pacientes internados no Centro de Terapia Intensiva Adulta do Hospital Mãe de Deus, **não notificados**, utilizando o instrumento para análise de subnotificações do IHI – *Trigger tool methodology*.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Segurança do Paciente

A ocorrência de eventos adversos reflete o distanciamento entre o cuidado esperado/ideal e o cuidado realizado/ real (THOMAS, 2003; LEAPE et al, 1995, 2000). Esse deve ser realizado com qualidade, livre de riscos e falhas, comprometido com a segurança do cliente, promovendo a saúde, sem gerar danos (LEAPE et al, 2000).

Segurança tem sido um tema de crescente interesse em todo o mundo desde a publicação do relatório “Errar é Humano” – *To Err is Human* (INSTITUTE OF MEDICINE , 2000).

Os profissionais de saúde, por natureza, esforçam-se em proporcionar a melhor assistência possível. Este comportamento, entretanto, não impede que ocorram falhas e acidentes devidos à assistência prestada aos pacientes, o que se contradiz com a idéia de perfeição na assistência médica. O comportamento e a disposição individual de fazer o bem e utilizar o melhor do conhecimento constituem em fatores essenciais do cuidado, porém na realidade já são considerados insuficientes para garantir uma assistência segura e eficaz.

2.2 Eventos Adversos

Os eventos adversos são definidos como uma lesão ou dano resultante da assistência em saúde, e podem causar uma injúria, dano físico ou psicológico para o paciente ou dano para a missão da organização. Há também o evento adverso grave, que pode causar a morte, risco de vida ou prolongamento da hospitalização. Por sua vez, é denominado evento sentinela aquele que, ao acontecer, não resulta em dano real, embora o potencial para dano esteja presente, a falta do dano pode ser devida a uma robusta fisiologia humana ou pura sorte. Já uma quase falha é um evento em que as consequências indesejáveis foram revertidas porque se descobriu com antecedência e se corrigiu a falha, planejada ou não-planejada (BERQUÓ, 2007).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), relata que existem diferentes definições sobre Eventos Adversos (EA). Para ela é qualquer ocorrência médica desfavorável ao paciente ou sujeito da investigação clínica e que não tem necessariamente relação causal com o tratamento. Um EA pode ser qualquer sintoma ou sinal, desfavorável e não intencional, ou doença temporalmente associada ao tratamento, incluindo achados laboratoriais anormais.

No ano de 1992 realizou-se na Austrália o The Australian Quality Health Care Study (QAHCS), que definiu evento adverso como “lesão não intencional que resultou em incapacidade temporária ou permanente e/ou prolongamento do tempo de permanência ou morte como consequência do cuidado prestado” (MENDES et al., 2005, p. 398).

Atualmente, nos Estados Unidos, estima-se que 100 mil pessoas morrem em hospitais a cada ano vítimas de eventos adversos (EAs). Desde o século XVIII vêm sendo divulgados estudos a respeito dos agravos à saúde causados pelo cuidado prestado pelos profissionais de saúde. Pode ser citado como exemplo o estudo de Ignaz Semmelweiss que estabeleceu a ligação entre infecção puerperal e higiene das mãos. Outro exemplo pode ser extraído dos escritos de Florence Nightingale que revolucionou os cuidados hospitalares a partir da observação dos riscos para os pacientes decorrentes das más condições de higiene dos hospitais (MENDES et al., 2005).

O aumento da frequência dos eventos adversos em pacientes tem provocado debates em âmbito internacional, juntamente com a busca pela qualidade da assistência à saúde e também à crescente escassez de recursos financeiros.

Carvalho;Vieira (2002), relatam que os erros em técnicas e procedimentos na área da saúde podem resultar em tragédias para os pacientes e/ou familiares, prolongando o tempo de internação e aumentando os custos da assistência em saúde. Isto, constitui um desafio constante para o aprimoramento da qualidade na área de saúde. Deve-se, ainda, ressaltar que os eventos adversos aumentam a permanência do paciente na CTI, elevando os custos de internação e reduzindo a quantidade de vagas disponíveis para outros pacientes que aguardam e necessitam do mesmo tipo de assistência.

2.3 Qualidade da Assistência em Saúde

Nas décadas de 1980 e 1990 com a preocupação das organizações de se tornarem competitivas, e tendo como fator estratégico a qualidade, surgiu a necessidade de definir o conceito qualidade. Alguns estudiosos definiram qualidade como: um sistema de produção no qual se produz, economicamente, coisas ou serviços que atendem às exigências dos consumidores; qualidade é algo que só pode ser definido em termos do agente, ou seja, o trabalhador só produz qualidade se possuir orgulho de seu trabalho (MISHIKAWA, 1990); a satisfação (do cliente) e ausência de deficiências (JURAN, GRYNA, 1991) e, finalmente, a qualidade em saúde, propriamente dita, consiste na obtenção dos maiores benefícios, com os menores riscos (para o paciente) e ao menor custo (DONABEDIAN, 1978).

Nos Estados Unidos em 1910, já havia propostas para a standardização de serviços e instituições de ensino, propostas pelo informe Flexner a respeito do ensino médico nas diferentes universidades dos EUA. Mas só na década de 90 é que surgiram nos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná e Rio Grande do Sul algumas iniciativas isoladas relacionadas a acreditação de serviços de saúde. (CANNON, 2000)

Para Quinto Neto e Gastal (1997) o modelo de acreditação insere-se no contexto do sistema de saúde norte-americano que precisa assegurar excelência (eficácia) dos procedimentos médicos e segurança, já que a sociedade civil está cada vez mais organizada e ciente de seus direitos.

No Brasil, com a criação do Sistema Único de Saúde, em 1998, foi assegurada a garantia da saúde como direito do cidadão. Com a descentralização das ações de saúde, fez-se necessário o desenvolvimento de instrumentos gerenciais capazes de avaliar os serviços de saúde prestados a população, uma vez que o próprio Ministério da Saúde reconhece que o SUS tem muitas dificuldades na sua operacionalização, tais como: dificuldade de acesso para consultas especializadas, exames e cirurgias, vagas insuficientes para internação, falta de medicamentos, pouco investimento na educação continuada dos profissionais de saúde (IDEC, 2003).

2.4 Centro de Terapia Intensiva

Pires (1999), relata que o CTI surge nos Estados Unidos, na década de 40, a partir da epidemia de poliomielite e do início do uso de respiradores artificiais. As CTI transformaram o prognóstico, reduzindo os óbitos em até 70%. Hoje, todas as especialidades utilizam-se das Unidades Intensivas, principalmente para controle de pós-operatório de risco. Os profissionais que atuam nestas unidades são designados intensivistas. A equipe de atendimento é multiprofissional, constituída por diversas profissões entre as quais temos: técnicos de enfermagem, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais.

No Brasil, os primeiros CTI foram constituídos em meados da década de 70, com a finalidade de centralizar pacientes de alto grau de complexidade numa área hospitalar adequada, requerendo a disponibilidade de infra-estrutura própria, com provisão de equipamentos e materiais, bem como a capacitação de recursos humanos para o desenvolvimento de um trabalho com segurança, promovendo por meio de uma assistência contínua o restabelecimento das funções vitais do organismo (KNOBEL, 2006).

Alguns autores como Souza e cols, (1985); Gomes, (1988); Knobel, (2006); Menezes; (2006) definem os CTI como os locais destinados à prestação de assistência especializada ao paciente crítico, sendo necessário controle rigoroso de seus parâmetros vitais e assistência de enfermagem contínua e intensiva. O CTI é uma área onde os pacientes em estado grave podem ser tratados por uma equipe qualificada, sob melhores condições possíveis: centralização de esforços e coordenação de atividades.

2.5 Notificação e Subnotificação

Conforme Waldman e Gotlib (1992), a notificação é a comunicação de ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes. Segundo os autores (op. cit.), a notificação pode ser feita por qualquer indivíduo, ainda que seja uma obrigação médica, em grande parte dos casos, é freqüentemente realizada por outros profissionais de saúde.

A notificação de uma situação anormal sempre deve ser feita, mesmo não sendo de doença ou agravo de notificação compulsória, pois muitas vezes permite identificar novos agravos (doenças emergentes ou reemergentes) e divulgar orientações importantes aos profissionais de saúde e a população (WALDMAN e GOBLIT, 1992). Essas informações geradas a partir das notificações (compulsórias ou não) são consolidadas, em geral, na Gerência de Risco e no Núcleo de Vigilância Epidemiológica das instituições hospitalares e parte dessas notificações são disponibilizadas para a Vigilância Epidemiológica municipal e estadual e, esta por sua vez, tem por obrigação disponibilizá-las para os profissionais de saúde e toda população.

As notificações podem ser classificadas em como a notificação negativa (a não ocorrência da doença), notificação compulsória (notificação obrigatória), notificação de surtos (agravos e sindrômicos), notificação de eventos adversos (tecnovigilância, hemovigilância, farmacovigilância, entre outros).

Na prática assistencial hospitalar, as possibilidades de eventos adversos são inúmeras e vários são os tipos de eventos encontrados, destacando-se os relacionados aos procedimentos inerentes ao cuidado, como administração de medicamentos, manuseio de artefatos terapêuticos, diagnósticos e manuseio de equipamentos, como também os referentes à infraestrutura da instituição. Para Wachter (2010), os estudos mostram que os eventos mais

comuns na assistência ao paciente são aqueles relacionados ao processo de medicação, eventos de queda, úlcera por pressão, infecção hospitalar, eventos na manipulação dos artefatos terapêuticos (sondas, drenos, tubos endotraqueal, traqueostomia), manipulação de equipamentos.

Wachter (2010), refere que é importante que as instituições de saúde estimulem a cultura da não punição, incentivando assim a notificação dos eventos e implementação de ações preventivas. Cabe lembrar, que ainda inexistem um sistema único de notificações no que tange aos eventos adversos. Dessa forma, cada instituição apresenta um processo específico para a notificação dos eventos, cabe a cada uma delas, implantar um formato de registro e tratamento dos dados, de forma a classificá-los, priorizá-los, e preveni-los, por meio do desenvolvimento de estratégias de educação, comunicação e monitoramento, para que todos os colaboradores apresentem por foco a busca da melhoria contínua na assistência e segurança do paciente.

As sub-notificações podem ser entendidas como as notificações não realizadas ou notificações realizadas com inconsistência de informações. Dentre os fatores que aumentam a magnitude das sub-notificações, destacam-se a não notificação dos casos pelos profissionais envolvidos diretamente na assistência ao paciente, o atraso na investigação, além da baixa qualidade da informação coletada que alimenta os sistemas de informações. A coleta das informações muitas vezes despreza os princípios do processo de vigilância epidemiológica e incorpora um olhar burocrático e limitante aos serviços de saúde

Todos esses fatores reduzem a utilidade da notificação para acompanhamento da gestão de risco. As ações preventivas e de controle são norteadas pelas notificações realizadas. Sendo assim, destaca-se a importância de admitir que os eventos adversos acontecem e devem ser evitados. Conforme Mendes et al., 2005; Wachter (2010), diante do evento, os fatos devem ser apontados e analisados, no sentido de possibilitar a correta compreensão, aprendendo com esse processo e dialogando continuamente com nossos pares sobre essas questões, pois só assim trabalharemos com a implantação de ações preventivas e a busca da melhoria contínua na assistência e na segurança do paciente.

3 METODOLOGIA

Para responder a questão e objetivos desta pesquisa, a estratégia utilizada é de caráter exploratório descritivo com abordagem quantitativa. Foi realizado no CTI Adulto (32 leitos) de um Hospital privado, de grande porte de Porto Alegre/RS (400 leitos) no mês de novembro de 2010. Trata-se de um hospital de alta complexidade, voltado para a assistência preferencial às patologias cardiovasculares, neurovasculares, trauma, oncologia, traumato/ortopedia, psiquiatria e materno infantil. A área escolhida foi a UTI Adulta pelas características que envolvem o cuidado, pela alta complexidade dos pacientes, pela taxa de ocupação (95% em média), o que configura um ambiente de maior risco para os pacientes. A população e amostra foram de prontuários dos pacientes internados no mês de novembro de 2010. Foram considerados os prontuários dos pacientes que tiveram alta do CTI para as unidades do hospital ou pela ocorrência de óbito. Os critérios de inclusão foram: estar internado no CTI adulto no período pesquisado (independente de sexo, idade e diagnóstico); estar internado no CTI no mínimo 24 horas; ter prescrição médica e de enfermagem.

Os dados foram coletados dos registros dos prontuários dos pacientes que compuseram a amostra. Para tanto foi utilizado o formulário *Trigger tool methodology* (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2009), conforme tabela 1. As informações coletadas referem-se a informações sobre a utilização de medicamentos, de cuidados prestados, exames laboratoriais entre outros.

O Trigger Tool Methodology é uma ferramenta utilizada para identificar Eventos Adversos. Ele fornece um método fácil para identificar com precisão os eventos adversos (danos) e medir as taxa de eventos adversos. O Acompanhamento de eventos adversos ao longo do tempo é uma maneira útil para sinalizar se as alterações feitas foram eficazes para a melhoria da segurança dos processos assistenciais. A ferramenta inclui uma análise retrospectiva de prontuários de pacientes com “gatilhos” (ou pistas) para identificar possíveis eventos adversos. Muitos hospitais têm utilizado esta ferramenta para identificar os eventos adversos, para medir o nível de dano de cada evento adverso e identificar áreas de melhoria em suas organizações.

Tabela 1 –TTM “*Trigger Tool Methodology*”

ICU Adverse Event Trigger Tool Worksheet								
Paciente:			Leito:		Atendimento:			
Sexo:		Idade:		Tempo de Internação:		Desfecho:		
Patologias:								
Gatilhos para Eventos Adversos			Sem Dano 0	E 1	F 2	G 3	H 4	I 5
Hemocultura Positiva								
Queda abrupta do Ht 4								
Positividade para C. Difficile								
PTT>100								
INR>6								
Glucose <50								
Aument. Ureia e Creatinina 2x basal								
Ex.Radiológicos com Embolos e Trombose								
Benadryl								
Vitamina K								
Flumazenil								
Nalaxione (Narcan)								
Constipantes								
Antieméticos								
Poliestireno de Sódio (Kayexalate)								
PCR								
Pneumonia de Início na Unidade								
Readmissão na CTI								
Início Diálise								
Procedimentos na Unidade								
Intubação Reintubação								
Parada abrupta medicação								
Sedação excessiva letargia/hipotensão								
Outros								
Total de Eventos Distintos								
LEGENDA:								
E: contribuiu para dano temporário para o paciente e necessitou intervenção								
F: contribuiu para dano temporário para o paciente e necessitou prolongada hospitalização								
G: contribuiu para dano permanente para o paciente								
H: necessitou de intervenção para manutenção da vida								
I: contribuiu para a morte do paciente								

Para descrição dos resultados, os dados das variáveis foram lançados e organizados no programa Excel e foi aplicado o método comparativo de variáveis.

Realizaram-se alguns cruzamentos de variáveis clinicamente relevantes ou de interesse do pesquisador, com o objetivo de verificar possíveis associações estatísticas, sem implicar em relação de causalidade. Foram realizadas análises descritivas univariadas, por meio de tabelas de frequência (absoluta e relativa) e cálculos de medidas-resumo, e análises bivariadas através de tabelas cruzadas e testes estatísticos de associação. Quando as suposições necessárias para o uso do Teste Quiquadrado de Associação não eram atendidas, utilizou-se o Teste Exato de Fisher. Também foram gerados gráficos para algumas variáveis qualitativas e quantitativas. A análise estatística foi realizada com auxílio do Software STATISTICA versão 10.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da amostra que constituiu o presente estudo (78 pacientes internados no CTI adulto) foi possível traçar um perfil, considerando as seguintes variáveis: maior incidência do sexo feminino (55,13%); desfecho (alta da CTI) para unidade de internação (64,10%), para Unidade de Cuidados Especiais – UCE (12,82%), para unidade de transtorno de humor (1,28%) e óbitos (21,79%); as patologias mais frequentes foram as neurológicas (23,08%), cardíacas (20,51%), pulmonares (19,23%), neoplásicas (11,54%), abdominais (7,69%) e outras (17,95%); a idade média dos pacientes foi de 64 anos, com desvio-padrão de 18,54 anos e metade dos pacientes com até 68 anos; o tempo médio de internação no CTI foi de 5,17 dias, com desvio-padrão de 4,06.

Quando analisada (rastreada) a incidência de eventos adversos (EA) o instrumento utilizado considerou a ocorrência: de hemocultura positiva, quebra abrupta do hematócrito (Ht4), tempo de Tromboplastina Protrombina (PTT) acima de 100 segundos, exame de Relação Internacional Normalizada (INR>6), hipoglicemia (glicose \leq 50), aumento da uréia e creatinina, prescrição de vitamina K, aplicação de flumazenil (antagonista dos benzodiazepínicos) e nalaxone (antagonista dos opióides), uso de constipantes, uso de antieméticos, pneumonia de início, procedimentos, reinternação, início da diálise, intubação e reintubação, parada abrupta da medicação e sedação excessiva, letargia e hipotensão.

Do total de EAs rastreados pelo instrumento, o único não identificado, com 0% incidência na amostra pesquisada foi hipoglicemia (glicose \leq 50). Relaciona-se este dado ao fato da unidade pesquisada aplicar protocolo para controle e adequação da glicemia em 100% dos pacientes.

Todos os outros eventos rastreados pelo instrumento ocorreram pelo menos uma vez, em pelo menos um paciente. Os EAs de maior ocorrência – segundo o instrumento utilizado, foram queda abrupta da HT4 e constipação, com 1 evento em 33 pacientes e 2 em 23 respectivamente.

A tabela 1, apresenta os resultados rastreados pelo instrumento, que se referem a incidência por tipo de EAs, por paciente e o percentual total.

Tabela 1. Descrição dos eventos adversos

VARIÁVEIS		
	FREQÜÊNCIA	
	Contagem	%
HEMOCULTURA POSITIVA		
0	67	85,90%
1	10	12,82%
2	1	1,28%
QUEDA ABRUPTA DO HT4	Contagem	%
0	45	57,69%
1	33	42,31%
PTT > 100	Contagem	%
0	76	97,44%
1	2	2,56%
INR > 6	Contagem	%
0	77	98,72%
1	1	1,28%
GLUCOSE < 50	Contagem	%
0	78	100,00%
AUMENTO DE UREIA E CREATININA	Contagem	%
0	53	67,95%
1	15	19,23%
2	9	11,54%
VITAMINA K	Contagem	%
0	71	91,03%
1	6	7,69%
7	1	1,28%
FLUMAZENIL	Contagem	%
0	76	97,44%
1	2	2,56%
NALAXIONE (NARCAN)	Contagem	%
0	76	97,44%
1	2	2,56%
CONSTIPANTES	Contagem	%
0	16	20,51%
1	14	17,95%
2	23	29,49%
3	11	14,10%
4	11	14,10%
5	2	2,56%
6	1	1,28%
ANTIEMÉTICOS	Contagem	%
0	47	60,26%
1	27	34,62%
2	4	5,13%

Tabela 1 continuação. Descrição dos eventos adversos.

VARIÁVEIS		
	FREQÜÊNCIA	
PCR	Contagem	%
0	59	75,64%
1	14	17,95%
2	2	2,56%
3	2	2,56%
4	1	1,28%
PNEUMONIA DE INICIO NA UNIDADE	Contagem	%
0	70	89,74%
1	8	10,26%
READMISSÃO NA CTI	Contagem	%
0	73	93,59%
1	5	6,41%
INÍCIO DA DIÁLISE	Contagem	%
0	70	89,74%
1	8	10,26%
PROCEDIMENTOS NA UNIDADE	Contagem	%
0	20	25,64%
1	21	26,92%
2	8	10,26%
3	11	14,10%
4	7	8,97%
5	6	7,69%
6	4	5,13%
17	1	1,28%
INTUBAÇÃO E REINTUBAÇÃO	Contagem	%
0	64	82,05%
1	14	17,95%
PARADA ABRUPTA DE MEDICAÇÃO	Contagem	%
0	65	83,33%
1	13	16,67%
SEDAÇÃO EXCESSIVA LETARGIA - HIPOTENSÃO	Contagem	%
0	71	91,03%
1	5	6,41%
2	2	2,56%
OUTROS	Contagem	%
0	78	100,00%
POLIESTIRENO DE SÓDIO	Contagem	%
0	77	98,72%
1	1	1,28%

Realizaram-se alguns cruzamentos de variáveis clinicamente relevantes ou de interesse do pesquisador, com o objetivo de verificar possíveis associações estatísticas, sem implicar em relação de causalidade.

Com base no Teste Quiquadrado ou Teste Exato de Fisher e usando nível de significância de 5%, o estudo demonstra que não houve associação estatística entre sexo e a grande maioria dos EAs, com exceção de sexo e aumento da uréia e creatinina, sexo e procedimentos na unidade. Observou-se que os homens tiveram mais vezes aumento de uréia e creatinina, e as mulheres realizaram menos procedimentos na unidade. Houve associação estatística entre tempo de internação e pneumonia de início na unidade e tempo de internação e procedimentos na unidade. Há indícios de que há mais procedimentos na unidade para pacientes que ficam internados até 10 dias.

5 CONCLUSÃO

Considerando que o número total de altas na unidade pesquisada é em média de 85 altas/Mês e que a amostra utilizada foi de 78 prontuários (altas realizadas em um único mês de produção – Novembro/2010), o estudo totaliza 91,7% do total de altas do mês pesquisado. Este dado é representativo se considerado o fato do estudo demonstrar que existe uma incidência mínima de 1/1 (mínimo de um EA para cada paciente analisado) de todos os EAs rastreados pelo Instrumento.

O único EA não encontrado foi hipoglicemia (glicose \leq a 50), que pode estar relacionado ao uso de protocolos para a prevenção e adequação da hipoglicemia. Este resultado pode indicar que na presença de protocolo de prevenção são minimizados/eliminados os riscos de ocorrência do evento. É preciso uma análise criteriosa de cada processo/procedimento considerado pelo instrumento para confirmar esta possibilidade.

Existe, segundo o estudo, relação entre tempo de internação e a ocorrência de pneumonia de início na unidade e tempo de internação e realização de procedimentos. Este dado reforça a necessidade de processos para redução do tempo de permanência no CTI na busca de minimizar riscos para os EAs relacionados.

Outras variáveis podem mostrar-se importantes na relação com os tipos de eventos adversos. No entanto, para efeitos deste estudo não há significância relevante relacionada a variável sexo e os EAs pesquisados.

O instrumento *Trigger Tool Methodology*, mostrou-se eficiente para rastrear os EAs nele relacionados. Há que se considerar que a incidência encontrada de EAs pode ter sofrido interferência do tipo e qualidade do registro realizado nos prontuários. Estudos futuros comparativos podem responder a esta questão.

6 REFERÊNCIAS

- BATES, D. W.; SPELL, N.; CULLEN, D. J. ; et al. The cost of adverse events in hospitalized patients. **JAMA. [S.I]**, V. 277, [S.N.], P.307-311, 1997.
- BERQUÓ, L. Serviço de Epidemiologia e Gestão de Risco. POA: **Hospital Mãe de Deus, 2007.**
- BRENNAN, T. A.; LEAPE, L. L.; LAIRD, N. M.; et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients . **Nengl J Med.[S.I]**,V 234, N.6, p. 370-376, 1991.
- CANNON, V. G. Auditoria Médica. **Pediátrica**, v. 3, n. 1, p. 27-28, 2000.
- CARVALHO, M.; VIEIRA, A.A.; Erro Médico em pacientes hospitalizados. **Jornal de Pediatria**, v. 78, n. 4, p. 261-268, 2002.
- DONABEDIAN, A. The Quality of Medical Care. **Science**, n. 200, p. 856-864, 1978.
- ESTADOS UNIDOS. Institute of Medicine. Errors in health care: a leading cause off death and injury. In _____. **To err is human. Building a safer health system.** Washington DC: National Academy Press, 2000. cap. 2.
- GALLOTTI, R. M. D. Eventos adversos: o que são?. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 50, n. 2,2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8/07/2010.
- GOMES, Alice. Enfermagem na unidade de terapia intensiva. 2.ed. São Paulo: EPU, 1988.
http://www.anvisa.gov.br/farmacovigilancia/conceito_glossario.htm (acessado em 09/07/2010).
- IDEC. Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. **O SUS pode ser seu melhor plano de Saúde.** 2. ed. Brasília: IDEC, 2003. 66p.
- JURAN, J. M.; GRANA, F. M. Controle da Qualidade: Conceitos, Políticas e Filosofia da qualidade. São Paulo: **Makron/McGraw-Hill**, 1991. p.377
- KNOBEL, E. Terapia intensiva: **Enfermagem. São Paulo:** Atheneu, 2006.
- LEAPE, L. L. et al. Reducing adverse drug events: lessons from a breakthroughs series collaborative. **Jt. Comm. J. Qual. Improv**, v. 26, n. 6, p. 321-331, 2000.
- LEAPE, L. L. et al. Systems analysis of adverse drug events. **JAMA**, Estados Unidos, v. 274, n. 1, p. 35-43, jul. 1995. Disponível em: <<http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/274/1/35>>. Acesso em: 13 jul 2010.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4. ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2001.

MADALOSSO ARM. Iatrogenia do cuidado de enfermagem: dialogando com o perigo do cotidiano profissional. **Rev Latinoam Enferm**. 2000;8(3):11-7.

MENDES et al. Revisão dos estudos da ocorrência de eventos adversos em hospitais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 4, p. 393-406, 2005.

MENEZES, R. A. Díficeis decisões: etnografia de um Centro de Tratamento Intensivo. **Rio de Janeiro: Fiocruz**, 2006.

MIRSHAWKA, V. A implantação da Qualidade e da Produtividade pelo Método do Dr.Deming. **São Paulo: McGraw-Hill**, 1990. 395p.

PADILHA, KG. Ocorrências iatrogênicas em Unidade de terapia Intensiva (UTI): análise dos fatores relacionados. **Rev Paul Enferm**. 2006;25(1):18-23.

PIRES, D. A Estrutura objetiva do trabalho em Saúde,. In: LEOPARDI, M. T. (org). O em Saúde: **Organização e Subjetividade**. **Florianópolis: UFSC**, 1999.

POLIT, D.F; HUNGLER, B.P. Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem. Porto Alegre: **ed artes Médicas**, 1995.

QUINTO NETO, A. Q.; GASTAL, F. L. Acreditação Hospitalar: Proteção dos Usuários,dos Profissionais e das Instituições de Saúde. Porto Alegre: Dacasa,1997.136p.

<http://www.hospitalalemao.org.br/haoc/Default.aspx?idPagina=35525>(acessado em 07/0/2010).

Rosa MB, Perini E. Erros de medicação: quem foi? **Rev Assoc Med Bras** (1992). 2003;49(3):335-41.

SOUZA, M. de e Cols. Humanização da abordagem nas unidades de terapia intensiva. **Revista Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.5, n.2, p.77, abr./jun, 1985.

THOMAS, E. J.; PETERSEN, L. A. Measuring errors and adverse events in Elath care. **J. Gen. Med**, v. 18, p. 61-67, 2003

WALDMAN, E & GOTLIB S. **Glossário de Epidemiologia**, in **Informe Epidemiológico do SUS/Fundação Nacional de Saúde**. -- Ano 1 nº 7 (dez/1992), pag. 22, Brasília: FNS, CENEPI, 1992.