



**ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA DO
INSTITUTO POLITECNICO DE LISBOA**

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE DO ALGARVE

EVENTOS ADVERSOS NO INTERNAMENTO DO IDOSO: Caracterização de uma
Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

MARTA PATRÍCIA MOREIRA E SOUSA PEREIRA VAGARINHO

ORIENTADORA: DOUTORA MARGARIDA EIRAS, ESTESL

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

Lisboa, 2018

**ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA DO INSTITUTO
POLITÉCNICO DE LISBOA**

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE DO ALGARVE

EVENTOS ADVERSOS NO INTERNAMENTO DO IDOSO: Caracterização de uma
Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

MARTA PATRÍCIA MOREIRA E SOUSA PEREIRA VAGARINHO

ORIENTADORA: DOUTORA MARGARIDA EIRAS, PROFESSORA ADJUNTA, ESTESL/IPL

JÚRI:

Presidente - Doutor André Coelho- Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa,
ESTeSL

Arguente – Mestre Susana Ramos – Centro Hospitalar Lisboa Central, CHLC

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

(esta versão incluiu as críticas e sugestões feitas pelo júri)

Lisboa, 2018

Mestrado em Gestão e
Avaliação de
Tecnologias em Saúde

**EVENTOS ADVERSOS
NO INTERNAMENTO
DO IDOSO:**

Caracterização de uma
Estrutura Residencial
para Pessoas Idosas

Marta Vagarinho

Dedico este trabalho aos amores da minha vida...Rui e Afonso...

**“Poderia ter conseguido sem a vossa ajuda
mas graças a Deus não tive que o fazer” Pam Brown**

Agradecimentos

Agradeço aos meus pais, pelo apoio incondicional

Agradeço aos meus amigos e restante família pela força que sempre me deram;

Agradeço aos meus colegas do curso, especialmente à Rita, Chinita e Olga que me apoiaram nos bons e nos maus momentos, sem elas nunca teria conseguido!

Agradeço à minha professora Orientadora, Doutora Margarida Eiras, pelo apoio e orientação;

Agradeço aos meus colegas de trabalho, de toda a equipa multidisciplinar que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a realização deste trabalho.

Índice geral

Lista de abreviaturas.....	8
Resumo:	9
Abstract:.....	10
Introdução.....	11
Secção I.....	15
Eventos Adversos no internamento do Idoso: Revisão Sistemática	15
Resumo	16
Abstract.....	17
Introdução.....	18
Metodologia	20
Resultados	20
Discussão e conclusão	26
Bibliografia	28
Secção II.....	30
Contributo para a Caracterização dos eventos adversos numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas.....	30
Resumo:	31
Abstract:.....	32
Resumen:	33
Introdução.....	34
Enquadramento/Fundamentação teórica	36
Metodologia	38
Resultados.....	40
Discussão	42
Conclusão.....	44
Bibliografia	45
Discussão e reflexão final	47
Referências Bibliográficas.....	49
Anexo 1- AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO NA ERPI-LGD.....	51
Anexo 2- REGISTO DE EVENTOS ADVERSOS NA ERPI-LGD.....	52

Índice de tabelas

Tabela 1- Características metodológicas dos estudos analisados	21
Tabela 2 - Resultados obtidos da análise dos estudos: EA ocorridos e respectiva percentagem.....	23
Tabela 3- Frequência de EA ocorridos por categoria.....	39
Tabela 4- Frequência de EA ocorridos por grupos etários.....	40
Tabela 5 - Correlação entre a idade e Evento adverso.....	40

Lista de abreviaturas

ATS - Avaliação de Tecnologias de Saúde

DGS – Direção Geral de Saúde

EA - eventos adversos

ERPI- Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

EUA – Estados Unidos de América

ESTeSL – Escola Superior de Tecnologia em Saúde Lisboa

GATS - Gestão e Avaliação em Tecnologias da Saúde

IHI - Institute for Healthcare Improvement

IOM - Institute of Medicine

IPL – Instituto Politécnico de Lisboa

MeSH - Medical Subject Headings

OECD - Organization for Economic Co-operation and Development

OMS - Organização Mundial de Saúde

SD – Segurança do Doente

SNNIEA - Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

UAlg - Universidade de Algarve

UP – Úlcera por Pressão

WHO - World Health Organization

Resumo:

Atualmente a Segurança do Doente é um tema de extrema relevância na área da saúde a nível mundial. Em Portugal estão a dar-se os primeiros passos e é ainda escassa a literatura e estudos realizados nesta matéria que espelhem a dimensão dos Eventos Adversos decorrentes da prestação de cuidados de saúde.

Objetivo: Esta tese tem como finalidade obter um corpo de evidência científica, reunindo informação sobre os eventos adversos mais notificados em meio hospitalar e numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas portuguesa tendo ambas como população alvo os idosos.

Metodologia: Elaboraram-se dois artigos, sendo o primeiro uma revisão sistemática da literatura e o outro um estudo descritivo, correlacional e quantitativo realizado numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas.

Resultados: Dos quatro estudos primários selecionados encontraram-se valores mais elevados para eventos adversos relacionados com medicação e resultados semelhantes foram registados na Estrutura Residencial para Pessoas Idosas.

Conclusão: É de extrema importância identificar os eventos adversos mais frequentes de uma instituição de saúde para se promover a segurança do doente. O sucesso desta tarefa dependerá do envolvimento de todos os profissionais de saúde que se preocupam com a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Palavras-chave: Segurança do doente; Eventos Adversos; Idoso; internamento

Abstract:

Currently the Patient Safety is a subject of extreme relevance in the area of health worldwide. In Portugal, the first steps are being taken and the literature and studies on this subject that reflect the dimension of Adverse Events arising from the provision of health care are still scarce.

Objective: This thesis aims to obtain a body of scientific evidence, gathering information about the most notified Adverse events in the hospital environment and a Portuguese Residential Structure for Elderly People, both of which target the elderly.

Methodology: Two articles were elaborated, one being a systematic review of the literature and the other a descriptive, correlational and quantitative study carried out in an a Residential Structure for Elderly People.

Results: Of the four primary studies selected, higher values for adverse events related with medication were found and similar results were recorded in the Residential Structure for Elderly People.

Conclusion: It is extremely important to identify the most frequent Adverse events of a health institution to promote patient safety. The success of this task will depend on the involvement of all health professionals who are concerned with improving the quality of care provided.

Keywords: Patient safety; Adverse events; elderly; hospitalized

Introdução

Nos últimos 20 anos os assuntos relacionados com a Segurança do Doente (SD) têm sido cada vez mais reconhecidos como elemento chave para a qualidade total dos serviços de saúde. Os Estados Unidos da América (EUA) foram pioneiros nesta matéria, através principalmente, da publicação do relatório intitulado *To err is human: Building a safer health system* (IOM,1999), que alertou a comunidade científica para o impacto de perdas humanas, decorrentes de erros previsíveis relacionados com a prestação de cuidados de Saúde. Este estudo estimou que cerca de 44 a 98 mil mortes anuais eram consequência de erros médicos e cerca de metade poderiam ter sido prevenidos.

A SD enquadra-se num conceito mais amplo, a qualidade dos cuidados de saúde (Gouvêa e Travassos, 2010) e é considerada absolutamente fundamental para a qualidade, constituindo assim, uma prioridade em todos os sistemas de saúde preocupados com a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Carneiro, 2010).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a SD é a “redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável” (Direção Geral da Saúde (DGS), 2012).

Para Vogus, Sutcliffe e Weick (2010), o conceito de SD é extremamente abrangente, envolvendo as ações que se focalizam no que é relevante para a segurança das instalações, mas também para as práticas que reduzem o dano. Os cuidados de saúde apresentam-se assim como um paradoxo desafiador, por um lado o princípio que os norteia, o da “não maleficência” e, por outro, a evidência de que o dano acontece no curso da prestação de cuidados.

Numa matéria tão sensível como são os cuidados de saúde, entende-se facilmente que as expectativas são muito grandes e a margem de aceitação dos insucessos muito pequena (Sousa, 2006).

Os estudos internacionais permitem-nos perceber a dimensão do problema da SD. No estudo da Comissão Europeia (2013), estima-se que 8-12% dos doentes internados em hospitais são afetados por Eventos Adversos (EA), durante a prestação de cuidados de saúde.

Em Portugal, a Direção-Geral da Saúde (2014), por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde e no âmbito da qualidade organizacional, emitiu a norma “Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – (Notific@)” em que incentiva as instituições prestadores de cuidados de saúde sobre a notificação de forma anónima e confidencial os

EA e incidentes, de modo a permitir alertar os serviços para a correção das causas e evitar que os mesmos voltem a ocorrer.

Este sistema pode ser um instrumento importante, desde que sejam, de facto, comunicados e analisados os EA. No entanto, as pesquisas mostram que a maioria dos incidentes não são comunicados pelos profissionais de saúde (Zwart et al, 2011).

Segundo Fernandes & Queirós (2011), são conhecidos muito menos erros do que aqueles que são praticados, sendo a principal razão a culpabilização associada aos erros, o que faz com que a maioria não seja divulgada. Estima-se que os incidentes notificados reflitam cerca de 10 a 20% dos incidentes que realmente ocorrem e destes apenas 5% causam dano ao doente.

Os esforços para detetar os EA, através das várias metodologias (auditorias, relatórios voluntários) são dispendiosos, com fraca sensibilidade e, na maioria das vezes, pouco eficientes (The health foundation, 2011).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, Evento Adverso “é um incidente que resulta em dano para o doente, sendo o dano considerado como o prejuízo na estrutura do função do corpo e/ou qualquer efeito pernicioso daí resultante” (DGS, 2011).

Segundo Sousa, Uva, Serranheira, Leite e Nunes (2011), vários autores defendem que a investigação em SD deve, primordialmente, centrar-se na origem, dimensão, natureza e impacte dos EA decorrentes da prestação de cuidados de saúde. Essa ideia é consubstanciada no facto de que, só com base nesse conhecimento se pode definir as mais adequadas estratégias de intervenção (só se gere o que se conhece) e assim estabelecer prioridades de atuação. Neste grupo de iniciativas de investigação destacam-se os diversos estudos, de natureza epidemiológica realizados em vários países e que vieram, por um lado colocar a SD no centro das agendas políticas de saúde e, por outro, apoiar/sustentar tomadas de decisão (clínica e política) a nível regional, nacional e internacional.

Em Portugal, a SD e a notificação e resolução de EA, deve transformar-se numa cultura arraigada em cada profissional de saúde, independentemente do nível a que contacta com o utente dentro do sistema. O sucesso da melhoria de SD depende do envolvimento, entusiasmo e dedicação de todos os profissionais envolvidos nos cuidados de saúde, com a colaboração dos próprios doentes (Carneiro, 2010).

Ao elaborar o Plano Nacional de Segurança dos Doentes 2015-2020, o Ministério da Saúde (MS) visa apoiar os gestores e os profissionais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) na aplicação de métodos e na procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde (MS, 2015).

Importa referir que a frequência, tipologia e consequência dos EA, relacionados com os cuidados de saúde, constitui por si só, um importante problema de Saúde Pública que necessita de respostas efetivas e imediatas, no sentido de se conhecerem as circunstâncias em que ocorrem e se definirem estratégias que visem a sua redução ou a sua eliminação (Sousa et al, 2011).

Para tal são necessários mais estudos da realidade portuguesa para se ter uma noção da verdadeira dimensão dos EA decorrentes da prestação de cuidados nos nossos serviços de saúde.

No seguimento desta necessidade de formar os profissionais de saúde nesta e noutras áreas da saúde, a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTeSL) do Instituto Politécnico de Lisboa (IPL) em colaboração com a Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve (UAAlg), ministram o curso de Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde (GATS), estando o seu plano curricular baseado em três áreas temáticas relevantes: Gestão em Saúde, Qualidade na Saúde e Avaliação de Tecnologias de Saúde (ATS). Este curso tem como objetivo desenvolver competências profissionais que promovam a otimização da gestão dos recursos da saúde através da aplicação das diferentes técnicas e procedimentos de gestão, avaliação, auditoria e análise das práticas baseadas na evidência científica.

A par da escassez de estudos e publicações sobre EA na prestação de cuidados de saúde, com a necessidade de reforçar as instituições de saúde no sentido de identificar para posteriormente prevenir os EA, principalmente os evitáveis, e com base no conhecimento adquirido ao longo da frequência deste curso de mestrado, surgiu este trabalho que pretende aumentar o conhecimento científico sobre o tema.

Este trabalho é apresentado em formato de dois artigos distintos mas relacionados entre si, sendo o primeiro (Seção I) uma revisão sistemática da literatura que reuniu um corpo de evidência científica relativamente aos EA mais frequentes aquando do internamento hospitalar de pessoas idosas, e é apresentado segundo as normas de publicação e requisitos de formatação da Revista Pensar Enfermagem, tendo sido submetido para publicação a 18 de fevereiro de 2018.

O segundo artigo (Seção II), é um estudo primário descritivo que tem como objetivo identificar e medir o EA mais frequente numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) e é apresentado segundo os requisitos e regras de formatação exigidas para a publicação na Revista Referência ao qual será submetido posteriormente.

Este formato foi escolhido por ser considerado o mais adequado no contributo para a produção e divulgação do conhecimento, contribuindo assim para o enriquecimento científico realizado a nível nacional sobre esta matéria.

Secção I

Eventos Adversos no internamento do Idoso: Revisão Sistemática

Adverse Events in elderly hospitalized patients: Systematic review

Marta P. Vagarinho*

Marlene Fernandes**

Margarida Eiras***

*Enfermeira Coordenadora da ERPI- LGD da Santa Casa da Misericórdia de Santarém
Mestranda no Mestrado Gestão e Avaliação em Tecnologias da Saúde da Escola Superior de
Saúde de Lisboa (ESTeSL)

** Enfermeira da ERPI-LGD da Santa Casa da Misericórdia de Santarém

*** Docente da ESTeSL

Autor para correspondência: Marta Vagarinho

Correio eletrónico:martavagarinho@gmail.com

Contacto telefónico:00 351 964 092 189

Resumo

Atualmente, uma das grandes preocupações na área da saúde é a segurança do doente. Apesar dos avanços tecnológicos relativamente à prevenção, diagnóstico e terapêutica, há situações em que o doente pode colocar-se, ou ser colocado, em situações de risco, que resultam num evento adverso.

O objetivo deste trabalho é identificar qual o evento adverso que ocorre com maior frequência no internamento do idoso, através de uma revisão sistemática da literatura.

A seleção dos estudos decorreu entre outubro e dezembro de 2016, da qual resultaram 4 artigos que satisfazem os critérios de inclusão.

Do resultado da análise verificou-se uma grande variação na ocorrência de eventos adversos durante o internamento do idoso, com valores entre os 6.9% e os 87.85%. O evento adverso mais frequente é o relacionado com o medicamento, com percentagens entre os 14.8% e os 76.6%. Embora seja esta a conclusão direta da revisão, outras questões ficam sem resposta, ou seja, não fica esclarecido se por evento adverso relacionado com o medicamento estão a ser incluídos os danos resultantes da sua incorreta administração.

Considera-se importante a realização de estudos futuros, que permitam identificar a frequência de eventos adversos na população portuguesa idosa hospitalizada, de modo a poder comparar várias realidades.

Palavras-chave: idoso; evento adverso; internamento; medicamento

Abstract

Currently, a major concern in health care is patient safety. Despite technological advances regarding prevention, diagnosis and treatment, there are situations where the patient can be or be placed in hazardous situations that result in an adverse event.

The objective of this work is a systematic review of the literature, which can help identify the AE that occurs most frequently in elderly hospitalized patients. The selection of the studies took place between October and December of 2016. It resulted in 4 articles meeting the inclusion criteria.

The result of this study showed that the most frequent adverse event is drug related. Although this is the direct conclusion of the review other questions remain unanswered; it is not clear whether by AE drug related includes damage resulting from the incorrect administration. It will be important also to carry out studies to identify the frequency of adverse events in hospitalized elderly in the Portuguese population, in order to compare different realities.

Keywords: elderly; adverse event; hospitalized; drug

Introdução

Nas últimas décadas tem estado no centro da discussão da prestação de cuidados o tema da segurança do doente, definida pela Organização Mundial da Saúde como a “inexistência, para o doente, de dano desnecessário ou dano potencial associado aos cuidados de saúde” (DGS, 2011).

Apesar dos avanços tecnológicos relativamente à prevenção, diagnóstico e terapêutica, há situações em que o doente pode colocar-se, ou ser colocado, em situações de risco, que resultam num Evento Adverso (EA).

Evento Adverso “é um dano que foi causado pela prestação de cuidados de saúde ou complicação em vez da doença subjacente, resultando em internamento prolongado ou incapacidade no momento da alta médica ou ambos.” (DGS, 2011).

Atualmente verifica-se um aumento das notificações relativas às ocorrências de casos de EA na prestação de cuidados de saúde (Long, Brown, Ames e Vincent, 2013).

A população mundial está cada vez mais envelhecida e o envelhecimento da população traz, como consequência, uma diminuição da mortalidade e consequentemente o aumento da morbilidade, com o aparecimento de doenças crónicas não transmissíveis que, numa situação de agudização, pode levar o idoso ao internamento. Além disso, o envelhecimento está associado à diminuição das reservas fisiológicas e ao aumento do risco para desenvolvimento de doenças. Quando ocorre um processo agudo de doença ou *stress*, geralmente o idoso tem menor capacidade fisiológica de superar as lesões, tornando-se mais vulnerável e frágil. Para além das consequências físicas podem também ser causados danos psicológicos e/ou éticos que acarretam mais gastos em saúde e diminuem, consideravelmente, a confiança dos doentes nos serviços de saúde (Pedreira, Brandão e Reis, 2013).

Verificou-se, com base num estudo piloto realizado em Hospitais Portugueses que os EA associados a doentes internados (não só idosos) são de 10% e que 50% podiam ser evitáveis (Sousa, Uva, Serranheira, Leite, Nunes, 2011).

Relativamente ao EA no internamento do idoso, sabe-se que existe um aumento da frequência, no entanto esta problemática continua a ser pouco clara (Mendes, Travassos, Martins, Noronha, 2005); (Pedreira et al, 2013).

Para a OMS (2002) idoso é todo o indivíduo com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos.

Assim, o objetivo deste trabalho é identificar o EA que é notificado com maior frequência no internamento hospitalar do idoso.

A pergunta de investigação, elaborada no formato PICO (Problema, Intervenção, Comparação e *Outcomes*) (Santos, Pimenta, e Nobre,2007), foi a seguinte: Qual o Evento Adverso mais frequentemente notificado no internamento hospitalar de idosos?

Metodologia

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura, sem meta-análise, que abordou a notificação dos eventos adversos no internamento hospitalar de idosos. A estrutura do estudo baseou-se nos princípios recomendados pelo *Cochrane Handbook*.

Definiram-se como palavras-chave: *patient safety*, *adverse events*, *patient harm*, *elderly e hospitalized*. Através do *Medical Subject Headings* (MeSH) confirmaram-se apenas como descritores as palavras-chave *patient safety* e *patient harm* mas incluíram-se também as restantes palavras-chave por se considerarem relevantes para a pesquisa.

Seguidamente, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados *online Medline, PubMed e B-on*, entre outubro e dezembro de 2016.

Na busca dos estudos foram utilizadas as palavras-chave isoladas e/ou combinadas e com os operadores booleanos “AND” e “OR”.

Foram selecionados os artigos científicos publicados entre 2006 e 2016 com o tema relacionado com os eventos adversos notificados no internamento hospitalar do idoso.

Como critérios de inclusão foram considerados estudos primários publicados em língua inglesa, portuguesa e espanhola, que estejam disponíveis de forma gratuita e integral; artigos que analisem os eventos adversos em geral e/ou no idoso; os EA em análise tenham ocorrido durante o internamento (não antes nem depois).

Foram excluídos artigos não publicadas ou publicadas num período de tempo diferente do definido nos critérios de inclusão; artigos publicados noutras línguas que não o inglês, português ou espanhol, artigos sobre um único evento adverso e todos os artigos que não cumpram os critérios de inclusão.

De acordo com as palavras-chave obtiveram-se 385 resultados no motor de pesquisa selecionado, tendo sido escolhidos para análise 68 artigos por corresponderem aos critérios de inclusão. A triagem dos artigos foi realizada por duas revisoras de forma independente através de uma breve leitura dos títulos e resumos dos 68 artigos e foram selecionados 10. Foram ainda pesquisados artigos similares tendo resultado em mais 4 artigos selecionados. De seguida foi realizada, pelas duas revisoras, a leitura integral dos 14 artigos e da qual resultaram, com um consenso de 100%, os 4 artigos para a análise dos resultados.

A avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos foi realizada por dois investigadores independentes, de modo a aumentar a validade interna da revisão. Para tal, utilizou-se um teste de evidência, utilizado por Vilelas (2009). Este teste está dividido em três, sendo o primeiro de relevância preliminar, aplicado às referências bibliográficas dos artigos e

constituído por três questões, o segundo é formado por duas questões aplicadas aos resumos dos artigos e o terceiro é composto por seis questões aplicadas aos artigos na íntegra. As perguntas, num total de onze, devem ser respondidas mediante sim (atribuindo a pontuação de um) ou não (atribuindo a pontuação de zero), por cada investigador e resultando daí a inclusão ou exclusão do artigo.

Foi utilizado esquema de classificação dos níveis de evidência baseada na hierarquia, de Davies; Crombie, 2003 e Melnyk e Fineout-Overholt, 2004 (adaptado por Vilelas, 2009), para determinar o nível de evidência dos estudos incluídos.

Resultados

A avaliação da qualidade metodológica bem como as características metodológicas dos quatro estudos incluídos nesta revisão sistemática estão detalhadas na Tabela 1.

Tabela 1- Características metodológicas dos estudos analisados

Referência e ano de publicação	a)Tipo de estudo bibliográfica		Objetivo do estudo e período do estudo	Classificação do estudo (Vilelas,2009)
	b)Formato de publicação			
	c)País de origem			
Ali B. A. Sari, Alison Cracknell, Trevor A. Sheldon, (2008)	a)Retrospectivo	b)Artigo	Estimar a extensão, a evitabilidade, e as consequências dos eventos adversos nos doentes idosos e não idosos, de janeiro a junho de 2005.	9 Pontos
		c)Inglaterra		
Claudia Szejf, Jose Marcelo Farfel, Jose Antonio Curiati, Euro de Barros Couto Junior, Wilson Jacob-Filho, Raymundo Soares Azevedo, (2002)	a)Prospetivo	b)Artigo	Determinar a frequência dos eventos adversos em idosos admitidos numa unidade de cuidados agudos de geriatria; identificar os fatores preditivos da ocorrência de eventos adversos e determinar a correlação entre eventos adversos e a taxa de mortalidade hospitalar, de abril de 2007 a junho de 2008.	10 Pontos
		c) Brasil		
Hannek Merten, Marieke Zegers, Martine Bruijne, Cordula Wagner (2012)	a)Retrospectivo	b)Artigo	Identificar a escala, natureza, evitabilidade e a causa de ocorrência de eventos adversos em doentes idosos hospitalizados, de agosto de 2005 a outubro de 200	10 Pontos
		c)Holanda		
Francesc MedinaMirapeix, Mariano Gacto-Sánchez, Esther Navarro-Pujalte, Pilar Escolar-Reina, (2015)	a)De coorte prospectivo	b)Artigo	Identificar a relação entre o evento adverso e a incapacidade adquirida do doente aquando da alta ou em casos de internamento prolongado, em programas de reabilitação, de setembro de 2011 a julho de 2012.	10 Pontos
		c)França		

Da análise da tabela 1 podemos constatar que todos os estudos se apresentam na forma de artigo e que dois são estudos prospectivos e dois retrospectivos. A dimensão da amostra varia consoante o tipo de estudo, sendo que os estudos retrospectivos (Merten, Zegers, Brujine e Wagner (2012) e (Sari, Cracknell e Sheldon, 2008), têm uma amostra maior com n=1006 (dos quais 332 idosos) e n=7917 (dos quais 4744 idosos) respetivamente; e os estudos prospectivos (Medina-Mirapeix, Gacto-sánchez, Nvarro-Pujalte, 2015) e (Szlejf, Farfel, Jose, Curiati, Junior, Filho,Azevedo,2012) têm uma amostra menor com n=107 e n=216, respetivamente. Quanto à avaliação metodológica da qualidade dos estudos incluídos, pode-se considerar de alta qualidade, uma vez que um estudo apresentou a pontuação de 9 pontos e os restantes de 10 pontos.

Todos os estudos têm em comum a ocorrência de EA no internamento hospitalar de idosos. Dois estudos (Merten et al, 2012) e (Sari et al, 2008), permitem a comparação entre grupos de idosos e não idosos, ao contrário dos outros que só avaliam a ocorrência de EA em idosos. Cada estudo define “idoso” de forma diferente, sendo que dois, Merten et al (2012) e Medina-Mirapeix, (2015), definem idoso como o indivíduo com idade > 65 anos, um (Szlejf et al, 2012) como o indivíduo com idade > 60 anos e outro (Sari et al,2008)) como o indivíduo com idade ≥75 anos. Nos quatro estudos é ainda definido EA “é um dano que foi causado pela prestação de cuidados de saúde ou complicação em vez da doença subjacente, resultando em internamento prolongado ou incapacidade no momento da alta médica ou ambos.” (OMS, 2009).

A forma de seleção da amostra foi igual em todos os estudos e consistiu na inclusão de admissões consecutivas num período temporal específico nos Hospitais/Unidades de Saúde em questão. Três dos estudos definem critérios de exclusão: (Sari et al, 2008) - doentes psiquiátricos; (Merten et al, 2012) - indivíduos admitidos na especialidade de Psiquiatria, Obstetrícia e crianças com idade <1 ano; Medina-Mirapeix, (2015) - Indivíduos com problemas visuais, demência e predisposição médica preditiva de internamento prolongado. No estudo de Szlejf et al (2012) foram excluídos os indivíduos que não assinaram o consentimento informado.

Os resultados obtidos nos quatro estudos estão sumariados na tabela 2.

Tabela 2 - Resultados obtidos da análise dos estudos: EA ocorridos e respetiva percentagem

Referência Bibliográfica	n (idosos)	% Eventos Adversos	Tipo de Eventos Adversos	%
Ali B. A. Sari, Alison Cracknell, Trevor A. Sheldon	332	13.55	Infeções hospitalares	18.5
			Infeções pós-operatórias	18.5
			Procedimento clínico	14.8
			Medicamentoso	14.8
			Complicações operatórias	11.1
			Úlceras de pressão	9.3
			Outros procedimentos	7.4
Claudia Szlejf, Jose Marcelo Farfel, Jose Antonio Curiati, Euro de Barros Couto Junior, Wilson Jacob-Filho, Raymundo Soares Azevedo	107	87.85	Erro de diagnóstico	1.9
			Medicamentoso	76.6
			Infeção hospitalar	57
			Procedimentos clínicos	33.6
			Erros de diagnóstico	13.1
			Outros	11.2
Hanneke Merten, Marieke Zegers, Martine C. Bruijne, Cordula Wagner	4744	6.9	Complicações operatórias	8.4
			Relacionados com cirurgia	44.4
			Medicamentoso	20.1
			Procedimento clínico	19.4
			Outros procedimentos	5.9
			Erros de diagnóstico	5.8
Francesc Medina-Mirapeix, Mariano Gacto-Sánchez, Esther Navarro-Pujalte, Pilar EscolarReina	216	12.03	Relacionados com Alta	2.6
			Outros (ex.: quedas)	1.8
			Quedas	69
			Infeções	15.8
			Outros (eventos sentinela)	15.8

O estudo de Sari et al (2008) mostra um número significativamente mais elevado de EA em doentes idosos (13,5%), comparados com os 6,2% em doentes não idosos. Não foi encontrado significado estatístico para a incapacidade ou morte como resultado de um EA em doentes idosos comparativamente aos não idosos. Consideraram que a aparente baixa evitabilidade de EA em idosos (15,5%) relativamente a não idosos (47,6%) foi eliminada após um ajuste do potencial efeito dos confundidores, particularmente do tempo de permanência no hospital. Este estudo identificou como EA mais frequentes

(18,5%), os relacionados com infecções hospitalares/pós operatórias, seguida dos procedimentos clínicos e medicamentosos em cerca de 14,8%. Estes autores concluíram que há muito pouca evidência de que os EA em doentes idosos sejam mais evitáveis e que levem mais frequentemente a uma incapacidade ou morte do que em doentes não idosos.

No estudo de Sczleif *et al* (2012), os doentes foram sujeitos a uma observação direta e comparando com os doentes sem EA os doentes com EA tiveram uma estadia significativamente maior no hospital e uma maior taxa de mortalidade. Identificaram como EA mais frequentes os relacionados com medicamentos (76,6%) e com infecções hospitalares (57%). Concluíram que os EA devem ser monitorizados nos hospitais com doentes idosos porque não há um perfil de risco para doentes suscetíveis e as consequências dos EA são sérias, e muitas vezes levam a longas permanências no hospital e mesmo à morte.

Merten *et al* (2012), encontraram evidência que mostra que EA e EA evitáveis ocorrem significativamente mais vezes em doentes idosos (6,9% e 2,9%, respetivamente) do que em não idosos (4,8% e 1,8%, respetivamente). Nos doentes idosos o EA mais frequente é o relacionado com cirurgias (44,4%) sendo esta percentagem significativamente mais baixa que em doentes não idosos (65,8%). Os EA relacionados com medicação foram encontrados em maior percentagem nos doentes idosos (20,1%), comparando com a dos doentes não idosos (9,6%).

Relativamente a Medina *et al* (2008), identificaram os EA relacionados com quedas como os mais frequentes (69%), em que os profissionais de saúde notificavam o EA utilizando uma ferramenta de trabalho da *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD) e também foi realizada a revisão dos processos clínicos dos doentes pelos investigadores. Também outros EA (relacionados com infecções e outros) levam a um nível similar de incapacidade e prolongamento da permanência hospitalar. Este estudo mostra que muito há ainda a melhorar na prevenção de quedas e que quer os EA relacionados com quedas quer outros eventos estão associados ao prolongamento do tempo de permanência no hospital.

É importante ter em consideração que os estudos foram realizados em diferentes contextos o que pode ter influenciado os resultados obtidos.

Discussão e conclusão

Nos últimos anos foram realizados, em vários países, diversos estudos sobre a frequência e a natureza de EA em doentes internados em hospitais e referem ainda que o número de EAs é maior em idosos (Mendes, Pavão, Martins, Moura & Travassos (2013); Long et al (2013); Sousa et al, 2011). No entanto, apesar de se associar ao idoso uma condição mais débil, são poucos os estudos desenhados para analisar a problemática dos EA no internamento do idoso. Os estudos analisados que comparam a população não idosa com a idosa reforçam o descrito anteriormente (Mendes et al, 2005).

Da análise dos estudos conclui-se que o EA relacionado com medicamentos assume uma frequência elevada, sendo mesmo o EA mais frequente no estudo de Szlejf et al (2012) e o segundo EA mais frequente nos estudos de Sari et al (2008) e de Merten et al (2012). Verificou-se ainda que as quedas assumem uma frequência baixa em três dos quatro estudos.

Embora os EA relacionados com medicamentos sejam os mais frequentes, desta análise surgem algumas questões:

- São estes os mais frequentes porque são também os mais notificados pelo impacto direto que têm no doente?
- O que significa ao certo EA relacionado com medicamentos? Será erro de administração ou efeito secundário? Mas sendo o efeito secundário um “Efeito nocivo ou não desejado (toxicidade, efeito lateral, reacção adversa) de uma substância farmacológica correctamente prescrita, correctamente administrada e utilizada na frequência prescrita ou em quantidades mais pequenas (nunca em doses mais elevadas); definido ainda como efeito adverso nas situações de interacção de dois ou mais fármacos, cada um utilizado correctamente , não deverá ser considerado EA.
- Uma vez que os dados desta revisão não respondem a estas questões, a conclusão é limitada aos dados dos estudos primários, considerando que os autores incluíram as duas considerações numa só categoria (erro de administração e/ou efeito secundário). Desta forma sugere-se que estudos futuros abordem em detalhe a caracterização, natureza e frequência de EA relacionados com medicamentos.

Apesar de se verificar uma frequência elevada dos EA relacionados com medicamentos, não se podem desvalorizar outros EA tais como infeções hospitalares e relacionados

com cirurgia, por assumirem uma frequência considerada elevada. Considera-se que a informação recolhida nos diferentes estudos é limitada uma vez que na maior parte das situações o EA está apenas registado no processo clínico e não é notificado num sistema de notificação. Inclusive, num dos estudos verificou-se uma tendência para desvalorizar a ocorrência de EA, sendo que apenas foram notificados os EA de grau severo (Medina et al 2015).

Devido ao aumento da esperança média de vida, as pessoas que necessitam de cuidados diferenciados de saúde pertencem a uma faixa etária mais elevada. Assim, EA que ocorrem em hospitais têm tendência para serem mais severos, se medidas apropriadas não forem tomadas para os prevenir. Torna-se por isso, uma problemática atual e importante no contexto dos cuidados de saúde.

É possível encontrar vários estudos sobre esta temática, mas pouca informação relativamente à realidade em Portugal. Como tal, seria importante a realização de estudos, que permitam identificar a frequência de EA na população portuguesa idosa hospitalizada mas também institucionalizada e a receber tratamentos no domicílio.

Uma das ferramentas que permite recolher dados e posteriormente quantificar a ocorrência de EA é a notificação. O Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (Notific@) surge pela necessidade da criação de “um sistema nacional de notificação de incidentes e eventos adversos, não punitivo, mas, antes, educativo na procura da aprendizagem com o erro. Torna-se primordial sensibilizar e motivar os profissionais de saúde a utilizarem esta ferramenta no decorrer da sua prática profissional.

A prioridade é identificar os fatores de risco relacionados com a ocorrência dos EA por forma a desenvolver estratégias que os permitam resolver ou reduzir para níveis considerados aceitáveis, com vista a atingir a excelência na qualidade dos cuidados prestados.

Bibliografia

Aranaz-Andrés J.M., Limón R., Mira J.J., Aibar C., Gea M.T. & Agra Y. (2011). What makes hospitalized patients more vulnerable and increases their risk of experiencing an adverse event? *Int J Qual Heal Care*, 23 (6):705– 12.

Direção Geral da Saúde (DGS) (2014). Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos-Notifica

Direção Geral da Saúde (DGS) (2011). Estrutura Conceptual de Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico final.

Long S.J., Brown K.F., Ames D. & Vincent C. (2013). What is known about adverse events in older medical hospital inpatients? A systematic review of the literature. *Int J Qual Heal Care*, 25 (5):542–54

Medina- Mirapeix F., Gacto-sánchez M., Nvarro-Pujalte E. & Escolar-Reina P. (2015) Disability and Length of Stay of Hospitalized Older Adults Experiencing Adverse Events in Postacute Rehabilitation Care: A Prospective Observational Study. *Eur J Phys Rehabil Med*.

Mendes W., Travassos C., Martins M. & Noronha J.C. (2005). Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. Review of studies on the. *Rev Bras Epidemiol*. 2005; 8(4):393–406.

Mendes, W., Pavão, A.L., Martins, M., Moura, M.L.O. & Travassos, C: (2013). Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 59(5), 421-28. 59(5):421–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2013.03.002>

Merten H., Zegers M., Brujine M.C. de & Wagner C. (2012) Scale, nature, preventability and causes of adverse events in hospitalized older patients. Oxford Univ Press, 42, 87–93.

[http://portalcodgdh.minsaude.pt/index.php/Efeito_adverso_\(Reac%C3%A7%C3%A3o_adversa\)](http://portalcodgdh.minsaude.pt/index.php/Efeito_adverso_(Reac%C3%A7%C3%A3o_adversa))

Pedreira L.C., Brandão A.S. & Reis, A.M. (2013). Evento Adverso no idoso em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Enferm*, 66 (3):429– 36.

Santos, C.M., Pimenta, C.A.M. & Nobre, M.R.C. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. Ver. Latino-am Enfermagem, 15 (3):2-5.

Sari, A.B.A., Cracknell A. & Sheldon T.A. (2008). Incidence, preventability and consequences of adverse events in older people : results of a retrospective case-note review. Oxford Univ Press, 37(May 2004):265–9.

Sousa P., Uva A. de S., Serranheira F., Leite E. & Nunes C. (2011). Segurança do Doente - Eventos Adversos em Hospitais Portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade. 2011

Szlejf C., Farfel J.M., Jose I.I., Curiati J.A., Junior, E.B.C., Filho, W.J. & Azevedo, R.S. (2012) Medical adverse events in elderly hospitalized patients : A prospective study. ClinSci.,67 (11): 1247– 52

Vilelas, J. (2009). Investigação: O processo de construção do conhecimento. Lisboa, Sílabo.

World Health Organization (2009). Conceptual framework for the International classification for patient safety. Version 1.1. Final technical Report.

Secção II

Contributo para a Caracterização dos eventos adversos numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

Contribution to the Characterization of adverse events in a residential structure for the elderly

Marta P. Vagarinho* Marlene Fernandes Margarida Eiras*****

*Enfermeira Coordenadora da ERPI- LGD da Santa Casa da Misericórdia de Santarém
Mestranda no Mestrado Gestão e Avaliação em Tecnologias da Saúde da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTeSL)

** Enfermeira da ERPI-LGD da Santa Casa da Misericórdia de Santarém

*** Docente da ESTeSL

Autor para correspondência: Marta Vagarinho

Correio eletrónico: martavagarinho@gmail.com

Contacto telefónico: 00 351 964 092 189

Resumo:

Nos últimos anos tem-se verificado um aumento da frequência de Eventos Adversos em idosos, sendo cerca de 50% destes Eventos Adversos evitáveis, no entanto, continua a ser pouco claro o estudo da sua frequência.

Objetivo: Identificar e medir o Evento adverso mais frequente numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas.

Metodologia: Estudo descritivo, correlacional e quantitativo, realizado na Estrutura Residencial para Pessoas Idosas - Lar de Grandes Dependentes da Santa Casa da Misericórdia de Santarém. Os dados foram recolhidos de 1 de outubro de 2016 a 31 de janeiro de 2017 e depois submetidos a análise estatística.

Resultados: Foram notificados 65 Eventos Adversos sendo os mais frequentes os erros com a medicação e as feridas. A relação entre a idade e frequência de Eventos Adversos ocorridos mostrou-se fraca.

Conclusão: Seriam necessários mais estudos relativos a Lares/Instituições prestadores de cuidados de saúde ao idoso.

Palavras-chave: Idoso; Segurança do doente; eventos adversos; medicamento

Abstract:

In recent years there has been an increase in the frequency of Adverse Events in the elderly, being about 50% of these avoidable Adverse Events, however, it remains unclear which is the most frequent.

Objective: To identify and measure the most frequent Adverse Events in a Residential Structure for the Elderly.

Methodology: Descriptive, correlational and quantitative study, carried out in the Residential Structure for the Elderly of Santa Casa da Misericórdia de Santarém. The data were collected from October 1st of 2016 to January 31st of 2017 and then submitted to statistical analysis.

Results: A total of 65 Adverse Events were notified, with the most frequent errors being medication and wounds. The relationship between the age and frequency of Adverse Events occurred was weak.

Conclusion: Further studies on Homes / Institutions providing health care would be needed.

Keywords: Elderly; Patient safety; adverse events; medication

Resumen:

En los últimos años se ha verificado un aumento en la frecuencia de eventos adversos en las personas mayores, con aproximadamente 50% de Eventos Adversos prevenibles pero, sin embargo, no está claro el estudio de su frecuencia.

Objetivo: Identificar y medir los Eventos adversos más frecuentes en Estructura residencial para personas mayores.

Metodología: Estudio descriptivo, correlacional y cuantitativo realizado en Estructura residencial para personas mayores de la Santa Casa de la Misericordia de Santarém. Los datos se recogieron del 1 de octubre de 2016 al 31 de enero de 2017 y después se sometieron a análisis estadístico.

Resultados: Hubo 65 eventos adversos notificados y los errores más comunes son con los medicamentos y las heridas. La relación entre la edad y la frecuencia de Evento Adverso que ocurrió fue débil.

Conclusión: Se necesitarían más estudios sobre viviendas / instituciones que proporcionan cuidados de salud al anciano.

Palabras clave: edad avanzada; la seguridad del enfermo; eventos adversos; medicamento

Introdução

Um dos aspetos de extrema importância na qualidade da prestação de cuidados de saúde é a gestão do risco. Esta gestão engloba a compreensão do tipo dos riscos de uma organização, dos níveis de capacidade de controlo desses riscos, da sua probabilidade de ocorrência e do seu potencial impacto (Eiras, 2011).

Outra preocupação dos dias de hoje é a questão da segurança do doente que se enquadra assim num conceito mais amplo: a qualidade dos cuidados de saúde (Gouvêa e Travassos, 2010). A segurança do doente é definida pela OMS como a “inexistência, para o doente, de dano desnecessário ou dano potencial associado aos cuidados de saúde” (DGS, 2011) e é considerada absolutamente fundamental para a qualidade, constatando-se que o debate político sobre a segurança do doente se desenvolveu em paralelo com as principais iniciativas da saúde direccionadas à qualidade (Legido-Quigley, McKee, Nolte & Glinos, 2008). Deste modo, o papel da segurança do doente na área da qualidade constitui uma prioridade em todos os sistemas de saúde preocupados com a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Carneiro, 2010). Segundo Sousa, Uva & e Serranheira (2010), a avaliação da qualidade dos cuidados tem despertado interesse crescente, manifestado ao nível dos decisores políticos e das administrações, mas também entre profissionais de saúde e nos doentes. Este interesse deriva do paradigma de que a qualidade em saúde deve ser definida, medida e comparada, sendo os seus resultados passíveis de divulgação pública, tendo como desiderato a melhoria contínua dos cuidados prestados.

Nos últimos 20 anos, os assuntos relacionados com a segurança do doente têm sido cada vez mais reconhecidos como elemento chave para a qualidade total. Os Estados Unidos da América foram pioneiros nesta área, com a publicação de estudos relevantes. O estudo mais influente publicado até à data, foi levado a cabo pelo IOM (1999), intitulado *To err is human: building a safer health system* e introduziu o conceito de que o erro acontecia, não por responsabilidade direta de um profissional, mas sim pelo contexto sistémico em que trabalha (Legido-Quigley et al. (2008).

Por mais zelosos que os profissionais de saúde sejam, o erro é inerente ao ser Humano. O conceito de Cultura de Segurança do Doente é extremamente abrangente, envolvendo as ações que se focalizam no que é relevante para a segurança das instalações, mas também nas práticas que reduzem o dano. Os cuidados de saúde apresentam-se assim como um paradoxo desafiador, por um lado o princípio que os

norteia, o da não maleficência, e por outro a evidência de que o dano acontece no decurso da prestação de cuidados (Vogus, Sutcliffe & Weick, 2010).

Numa matéria tão sensível como são os cuidados de saúde, entende-se facilmente que as expectativas do cidadão são muito elevadas e a margem de aceitação dos insucessos muito reduzida (Sousa, 2006). A promoção da segurança do doente passa pela criação de sistemas que deem visibilidade à notificação do erro, e dos eventos que possam provocar dano ao doente. Para a OMS Evento Adverso “é um dano que foi causado pela prestação de cuidados de saúde ou complicação em vez da doença subjacente, resultando em internamento prolongado ou incapacidade no momento da alta médica ou ambos.” (DGS, 2011). O registo de erros e respetiva análise pelos profissionais de saúde ainda é escasso, dificultando a aprendizagem e a prevenção de ocorrências futuras (Lage, 2010). Segundo o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI,2009), hoje em dia, os métodos tradicionais para identificar os EA estão focados na notificação voluntária e é necessário que se adotem formas eficazes de os identificar, para que se possam implementar medidas de melhoria contínuas em todos os locais de prestação de cuidados de saúde.

Para Sousa (2010), a segurança do doente é por isso, em si mesma, uma área de intervenção inovadora que, ao colocar no centro o doente e a sua família, obriga a reinventar o sistema de saúde (e a própria lógica de investigação), numa perspetiva cada vez mais baseada em aspetos de cidadania e de ganhos em saúde.

Para a Organização Mundial da Saúde idoso é todo o indivíduo com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos. Embora muitos idosos mantenham as suas capacidades físicas e cognitivas muitos apresentam mais doenças, decorrentes do processo normal de envelhecimento. Segundo Ackroyd-Stolarz, Guernsey, MacKinnon e Kovacs (2009) os estudos de segurança do doente sobre Eventos Adversos identificaram os idosos como população de risco elevado devido, principalmente, a doenças mais complexas, co-morbilidades, menos reservas fisiológicas e um risco aumentado para quedas e fraturas. Este facto é reforçado por Creditor (1993) que acrescenta que se o idoso estiver acamado há graves alterações fisiológicas que resultam na redução da mobilidade o que, por sua vez, leva a cansaço muscular e perda de massa óssea, tornando-o mais vulnerável.

Enquadramento/Fundamentação teórica

A Organização Mundial de Saúde, através da Recomendação 55.18 (OMS, 2002), aconselha a promoção do desenvolvimento de sistemas de notificação sobre a segurança do doente e publica em 2009, a Classificação Internacional Sobre Segurança do Doente, traduzida e publicada pela DGS em 2011, estabelecendo a linguagem de referência para a recolha de informação uniforme e comparável para a notificação e análise de incidentes de segurança do doente em Portugal. A Direção

Geral da Saúde, emitiu a norma “Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFIC@” (DGS, 2012), incentivando as instituições prestadoras de cuidados de saúde a notificar os EA e incidentes, garantindo anonimato e confidencialidade para que se possam corrigir as causas dos mesmos.

Assim, O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Diário da República, 2015) “visa, principalmente, apoiar os gestores e os clínicos do Serviço Nacional de Saúde na aplicação de métodos e na procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde, uma vez que a melhoria da segurança dos doentes é uma responsabilidade de equipa, que mobiliza as competências individuais de cada um dos seus elementos e implica a gestão sistémica de todas as atividades”. Refere ainda que “uma instituição que presta cuidados de Saúde detém um ambiente próprio, através do qual influencia os que a frequentam e se deixa por eles influenciar. Ou seja, os utentes e os profissionais são, simultaneamente, agentes e destinatários da mudança e, portanto, da própria cultura de segurança da instituição.

Em Portugal, a segurança do doente e a notificação de EA deve transformar-se numa cultura arraigada em cada profissional de saúde, independentemente do nível a que contacta com o doente dentro do sistema. O sucesso da melhoria da segurança do doente depende do envolvimento, entusiasmo e dedicação de todos os profissionais envolvidos nos cuidados de saúde, com a colaboração dos próprios doentes (Carneiro, 2010). As lideranças administrativas, médicas e de enfermagem, têm de trabalhar no sentido de transmitir que a segurança do doente é responsabilidade de todos e não apenas de alguns (Neto, 2006).

Outra questão de extrema importância é a do aumento do envelhecimento da população mundial que traz consigo a diminuição da mortalidade mas o aumento da morbilidade e o aparecimento de doenças crónicas não transmissíveis e que podem levar a

internamentos frequentes visto que, para além da diminuição das reservas fisiológicas quando há um processo agudo de doença, o idoso tem menor capacidade fisiológica de superar as lesões, tornando-se mais vulnerável e frágil (Pedreira, Brandão e Reis, 2013).

Tsilimingras, Rosen e Berlowitz (2003), demonstraram uma forte ligação entre a geriatria e segurança do doente e uma clara necessidade de aumentar os cuidados para pessoas idosas através da adoção de medidas que diminuam a ocorrência de erros nos cuidados de saúde visto que a população idosa apresenta uma vulnerabilidade única para este aspeto.

Steeg, Langelaan e Wagner (2014), afirmam que os doentes idosos têm um risco aumentado de experienciar EA (2,9%) comparando com doentes mais novos (1,8%) embora apresentem como causa a gestão dos cuidados de saúde e não as doenças dos doentes, sendo muitos destes EA evitáveis.

Segundo um estudo realizado em hospitais públicos portugueses (Mansoa, Vieira, Ferrinho, Nogueira e Varandas, 2011), a frequência de EA é maior em indivíduos mais velhos e “é urgente conhecer o real impacto dos EA como garantia de investimento efetivo na criação de serviços de qualidade, reduzindo o desperdício e aumentando o bem-estar da população atendida”.

Devido à importância da identificação dos EA ocorridos durante a prestação dos cuidados de saúde, este estudo tem o objetivo geral de identificar e medir os Eventos Adversos que ocorrem com maior frequência na ERPI-LGD e como objetivos específicos verificar se há existência de relação entre a idade e os EA ocorridos.

Questão de investigação

Quais os eventos adversos mais notificados na ERPI-LGD?

Metodologia

Realizou-se um estudo descritivo, com uma abordagem quantitativa, na Estrutura Residencial para Pessoas Idosas – Lar de Grandes Dependentes da Santa Casa da Misericórdia de Santarém. Cumpriram-se os procedimentos éticos, endereçando, por escrito, um pedido à Mesa Administrativa da SCMS solicitando autorização para a realização do estudo, garantindo a confidencialidade e o anonimato dos dados (Anexo 1). Após o parecer favorável procedeu-se à recolha de dados.

Desde março de 2015 começou a ser utilizado no serviço um formulário para registar incidentes tendo por base os incidentes que aconteciam no serviço, decorrentes da prestação dos cuidados, e que embora sem intenção, causavam algum tipo de dano aos doentes. Após reflexão em equipa, em dezembro de 2015, o nome do formulário mudou para Registo de Eventos Adversos (Anexo 2). Foram sensibilizados todos os colaboradores, através de pequenas sessões de esclarecimento sobre segurança do doente, para que fosse notificado qualquer Evento Adverso, ou seja, qualquer “dano causado pela prestação de cuidados de saúde ou complicação em vez da doença subjacente, resultando em internamento prolongado ou incapacidade no momento da alta médica ou ambos” (DGS, 2011). O resultado desta sensibilização foi positivo visto que se passou de um registo mensal, em média, de 5 EAs em 2015 para 16 em 2016, no decorrer do estudo.

Do formulário consta a identificação do doente, a data e a seleção do tipo de Evento Adverso ocorrido de uma lista onde constam vários eventos adversos: as quedas e a sua causa (retirada de restrições, mobilizações, cuidados de higiene, levante, desconhecida ou outra), o tipo de lesão resultante (se a houver) dessa queda, erro de medicação e o motivo desse erro (se identificado), úlcera por pressão, infeção oportunista e um espaço para registo de outros Eventos adversos.

Foram assim recolhidos os dados, com base nesse formulário, de 1 de outubro de 2016 a 31 de janeiro de 2017.

No período do estudo a estrutura Residencial para Pessoas Idosas era composta por 55 doentes dos quais 42 do sexo feminino e 13 do sexo masculino, com idades compreendidas entre 60 e 102 anos, estando a maioria entre os 85 e 89 anos (17 doentes) mas destacando 14 doentes com idade superior a 90 anos. De referir, ainda, que a maioria, mas não todos, os doentes estão acamados e com elevado grau de dependência.

Para aumentar a validade interna do estudo, no final de cada mês, foi feita a recolha e análise dos dados do formulário por duas enfermeiras de forma independente.

Como variáveis do estudo consideraram-se o sexo, a idade, o número e tipo de EA ocorridos.

Para a análise e tratamento dos dados recorreu-se ao programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 22. Para a descrição dos resultados obtidos recorreu-se à estatística descritiva, utilizando a distribuição das frequências (relativas e absolutas), medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio padrão).

Resultados

Obtiveram-se 65 EA ocorridos, sendo que 17 doentes foram alvo de mais do que um EA. Salienta-se que 66% dos EA registados pertenciam a doentes do sexo feminino e os restantes 34% ao sexo masculino com idade média de 85,86 anos e com um desvio padrão de 6,656.

Da observação da tabela 3 podemos identificar como mais frequente o EA relacionado com os erros de medicação com 32,3%, sendo que as feridas surgem logo a seguir com 30,8% e com 26,2% as quedas.

Tabela 3- Frequência de EA ocorridos por categoria

Tipo de EA	N	%
Queda	17	26,2
Úlcera por Pressão	5	7,7
Feridas	20	30,8
Erro de Medicação	21	32,3
Outros	2	3,1
Total	65	100

De salientar que se considerou separadamente ferida (ocorrida por traumatismo) e úlcera por pressão. Relativamente aos erros de medicação podemos constatar que se devem, em grande parte, à existência de um ambiente de preparação ruidoso, à incorreta identificação da medicação, à ausência de esclarecimento ao doente do procedimento a realizar e à administração de medicamentos por ordem verbal. Os outros EA apresentam valores inferiores a 10% como se pode observar na referida tabela.

Relativamente à idade, podemos observar na tabela 4, que a maior percentagem de EA (63%) ocorreram entre os 81 e 90 anos.

Tabela 4- Frequência de EA ocorridos por grupos etários

IDADE	N	%
Inferior a 70 anos	0	0
71-80 anos	11	17
81-90 anos	41	63
91 -100 anos	10	15
Superior a 100 anos	3	5
Total	65	100

Podemos ainda afirmar que existe uma correlação positiva, embora baixa (c.pearson=0,051) entre os EA ocorridos e a idade do doente como se pode observar na tabela 5.

Tabela 5 - Correlação entre a idade e Evento adverso

Correlações		Evento adverso	idade (anos)
Evento adverso	Correlação de Pearson	1	,051
	Sig. (2 extremidades)		,687
	N	65	65
idade (anos)	Correlação de Pearson	,051	1
	Sig. (2 extremidades)	,687	
	N	65	65

Discussão

Este estudo, realizado durante 4 meses, permitiu-nos identificar como EA, visto que todos eles serem incidentes que causaram dano ao doente (embora uns mais ligeiros e outros mais severos) mais frequente, os erros de medicação e as feridas traumáticas, causadas pela prestação dos cuidados de saúde. Estes dados são confirmados por alguns estudos já efetuados, nomeadamente Pedreira et al. (2013) e Duarte, Stipp, Silva & Oliveira (2015).

Para Mendes, Pavão, Martins, Moura & Travassos (2013), os estudos preocupam-se em apresentar a frequência de EA mas para “o desenvolvimento de atividades de melhoria de qualidade nos hospitais é particularmente importante conhecer as características dos EA evitáveis, representando estes um dano que está associado a uma falha ativa ou a uma condição latente, ou mesmo a uma violação de normas e padrões.” No estudo por eles realizado, as quedas e as UP apresentaram cerca de 25% de EA evitáveis e os danos por medicação apenas cerca de 4,6% embora afirmem que estes valores estão subestimados devido às dificuldades de um registo claro destes eventos.

Outro estudo realizado por Thomas & Brennan (2000), determinou que os EA foram mais comuns entre idosos, provavelmente devido à complexidade dos seus cuidados e não à questão da idade propriamente dita. Para além disso encontraram como principais EA evitáveis os relacionados com medicamentos, procedimentos médicos e quedas. Destacamos que as quedas, no nosso estudo, apresentam uma percentagem significativa (17%), relacionadas, principalmente, com tentativas de levante não assistido ou retirada de restrições mecânicas preventivas de quedas.

Num estudo canadiano de Wagner & Rust (2008), as quedas foram o EA mais notificado em lares/residências assistidas seguidas dos relacionados com erros de medicação. Para Doran et al (2013), num estudo realizado no Canadá com doentes idosos institucionalizados, os EA mais comuns foram as quedas, seguidas dos erros de medicação mas que seriam potencialmente evitáveis.

Segundo uma revisão sistemática realizada por Pedreira et al (2013), a prevalência de EA citados foram os relativos à medicação, seguidos de outros relacionados com infeções nosocomiais, úlceras por pressão ou erro na técnica de procedimento diagnóstico ou terapêutico. Neste estudo foram referidas algumas das situações facilitadoras dos erros também constatados na ERPI-LGD tais como: o ambiente de

preparação ruidoso, a ausência do esclarecimento ao doente sobre o procedimento e a administração de medicamentos por ordem verbal.

Também para Duarte et al. (2015), os EA mais comuns são os relacionados com a administração da medicação. Afirmam ainda que “uma assistência com menos erros poderá ser alcançada no modo de organização do trabalho, do ambiente, na participação mais ativa dos profissionais da saúde e doentes”.

Destacamos ainda a relativamente baixa percentagem de UP (7,7%) mas que poderá ser evitada através da melhoria dos cuidados diretos de higiene e conforto bem como as úlceras decorrentes da prestação de cuidados que surgem, principalmente, quando há uma sobrecarga de trabalho e/ou existe um deficit de pessoal.

Consideram-se algumas limitações neste estudo, nomeadamente a sua realização em apenas quatro meses, podendo não ser expressiva da realidade anual, por exemplo. O fato dos EA serem notificados não só por observação direta dos enfermeiros mas, muitas vezes, notificada por outros elementos da equipa o que poderá ter resultado em algumas omissões.

Outra limitação encontrada foi a escassez de estudos relacionados com esta temática, mais propriamente em lares ou outro tipo de locais de institucionalização, sendo a informação mais disponível relacionada com situações hospitalares o que dificulta a comparação dos resultados.

Conclusão

Apesar dos avanços no estudo da Segurança do Doente, o erro continua a acontecer. A falta de compreensão sobre este assunto pode acarretar consequências (sentimentos de vergonha, culpa e medo da punição) para o profissional o que pode contribuir para a omissão dos fatos.

Assim, é de extrema importância o desenvolvimento de culturas de segurança não punitiva sobre a ocorrência de EA que sensibilize toda a equipa de trabalho para a necessidade de, mais do que encontrar culpados, se identifiquem as fragilidades existentes.

Para tal, são necessários mais estudos de identificação de EA em lares portugueses , nomeadamente relacionados com as questões de medicação, para que se elaborem planos de ação com propostas de melhoria que coloquem em prática medidas preventivas efetivamente eficazes.

Bibliografia

Ackroyd-Stolarz, S., Guernsey, J.R., MacKinnon, N.J. & Kovacs, G. (2009). Impact of Adverse Events on Hospital Disposition in Community-Dwelling Seniors Admitted to Acute Care. *Healthcare Quarterly*, vol.12.

Carneiro, A.V. (2010). O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes: uma análise baseada na evidência científica. *Rev Por Cardiol*, Tematico (10), 3–10.

Creditor, M.C. (1993). Hazards of Hospitalization of the elderly. *Ann Intern Med*, (118), 219-223.

Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro (2015) Diário da República nº 28, 2ª série. Ministério da Saúde, Portugal. Available from: <https://dre.pt/application/file/66457154>

Direção Geral da Saúde (DGS). (2012). Taxonomia para a notificação de incidentes e eventos adversos.

Direção Geral da Saúde (DGS). (2012). Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos.

Eiras, M. (2011). Avaliação da cultura de segurança do doente em meio hospitalar: investigação ação numa unidade de radioterapia (tese de doutoramento). Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Portugal.

Duarte, S.C.M., Stipp, M.A.C., Silva, M.M. & Oliveira, F.T. (2015). Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(1), 144-54.

Gouvêa, C.S.D., Travassos, C. (2010). Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. *Cad Saude Publica*, 26(6), 1061–78.

Institute for Health Improvement (IHI). (2009). IHI Global Trigger Tool nfor Measuring Adverse Events, Cambridge.

Institute Of Medecine (IOM). (1999). To err is human-Building a safer health system. National Academy press, Washington, D.C.

Lage, M.J. (2010). Segurança do doente : da teoria à prática clínica. 2010,(10), 11–6.

Legido-Quigley H., McKee M., Nolte E. & Glinos I.A. (2008) Assuring the Quality of Health Care in the European Union: A Case for Action, 210.

- Mansoa, A., Vieira, C.P., Ferrinho, P., Nogueira, P. & Varandas, L. (2011). Eventos adversos na prestação de cuidados hospitalares em Portugal no ano de 2008. *Revista Portuguesa de Saúde pública*, 29(2), 116-122.
- Mendes, W., Pavão, A.L., Martins, M., Moura, M.L.O. & Travassos, C: (2013). Caraterísticas de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 59(5), 421-28.
- Neto, A.Q.(2006). Segurança dos pacientes , profissionais e organizações : um novo padrão de assistência à saúde . *Rev Adm em Saúde*, 8(15,153–8.
- Organização Mundial da Saúde (OMS).(2002). Resolução 55.18 da Assembleia Mundial da Saúde. Genebra
- Pedreira, L.C., Brandão, A.S. & Reis, A.M. (2013). Evento adverso no idoso em unidades de terapia intensiva. *Revista Brasileira de enfermagem*, 66 (3), 429-36.
- Sousa, P. (2006) Patient safety: A necessidade de uma estratégia nacional. *Acta Med Port.*,19(4, 309–18.
- Sousa, P., Uva A.S. & Serranheira F. (2010). Investigação e inovação em segurança do doente. *Rev Port Saúde Pública.Temático* (10), 89–95
- Stegg, L.V., Langelaan, M. & Wagner, C. (2014). Can preventable adverse events be predicted among hospitalized older patients?The development and validation of a predictive model. *International Journal for quality in health care*, 26(5), 547-552.
- Thomas, E.J., Brennan, T.A. (2000). Incidence and types of preventable adverse events in elderly patients:population based review of medical records. *BMJ*, (320), 741-44.
- Tsilimigras, D., Rosen, A.K. & Berlowitz, D-R. (2003). Patient safety in geriatrics: A call for action. Review article.*Journal of gerontology: Medical Sciences*,58 (9), 813-19.
- Vogus, T.J., Sutcliffe K.M. & Weick K.E.(2010). Doing No Harm: Enabling, Enacting, and Elaborating a Culture of Safety in Health Care. *Acad Manag Perspect.* 24(4), 60–77.
- Wagner, L.M., Rust, T.B.(2008). Safety in Long-term care settings:Broadening the patient safety agenda to include long-term care services. *Canadian Patient Safety Institute*

Discussão e reflexão final

As principais conclusões deste trabalho dividem-se em duas partes. A primeira parte relaciona-se com os resultados obtidos na Revisão Sistemática da Literatura e a segunda com os resultados do estudo empírico.

Relativamente à primeira parte pode concluir-se que, embora cada estudo apresente como EA mais frequente um acontecimento diferente (Infeções; Medicação; Relacionados com cirurgia e quedas) em todos eles os EA relacionados com a medicação têm uma grande expressão. Esta informação revela-se de extrema importância pois permite aos prestadores de cuidados de saúde estarem mais atentos e alerta para estes acontecimentos.

Em relação à segunda parte podemos concluir que ocorrem muitos EA na ERPI – LGD e que os relacionados com erros na preparação/administração da medicação bem como o aparecimento de soluções de continuidade da pele (feridas) decorrentes da prestação dos cuidados de higiene e conforto.

Este trabalho revelou ser uma mais-valia para a instituição, pois permitiu identificar, com base na notificação, os EA mais frequentes e que assim, poderá permitir a implementação de estratégias para melhorar a SD.

Foi também possível sensibilizar toda a equipa multidisciplinar não só para a importância do reconhecimento, identificação e notificação dos EA sem medo da punição mas também para a noção de *near miss* ou “quase erro” e que se manifesta de forma latente mas que se não for tratado, pode transformar-se num EA.

Todos os elementos da equipa demonstraram motivação para continuar este registo no serviço, depois do término do estudo, no entanto, é de salientar que muitas vezes foi difícil o seu preenchimento, por falta de tempo ou cansaço. Assim, apresenta-se como estratégia de melhoria a informatização deste registo para que se torne mais fácil e rápido e se continue a utilizar como forma de melhoria dos cuidados de saúde.

Reforçando que existem poucos estudos sobre esta matéria em Portugal, nomeadamente em instituições não hospitalares, seria importante a realização de mais estudos sobre esta temática.

A resolução deste trabalho revelou-se numa grande satisfação a nível académico, permitindo a realização da tese final de mestrado mas também a nível profissional pois

abriu portas para o início da Cultura da Segurança do doente na instituição. Assim poderemos apresentar melhorias na prestação dos cuidados de saúde que prestamos na nossa instituição.

Referências Bibliográficas

Ackroyd-Stolarz, S., Guernsey, J.R., MacKinnon, N.J. & Kovacs, G. (2009). Impact of Adverse Events on Hospital Disposition in Community-Dwelling Seniors Admitted to Acute Care. *Healthcare Quarterly*, vol.12.

Carneiro, F.S.; Bezerra, A.L.Q., Silva, A.E.B.C., Souza, L.P., Paranguá, T.T.B., Branquinho, N.C.S.S. (2011). Eventos Adversos na clinica cirurgica de um hospital universitário; Instrumento de avaliação da qualidade. *Rev. Enf UERI*, Rio de Janeiro, Abri-jun; 19(2), 204-11

Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro (2015) Diário da República nº 28, 2ª série. Ministério da Saúde, Portugal. Available from: <https://dre.pt/application/file/66457154>

Direção Geral da Saúde (DGS) (2011). Estrutura Conceptual de Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico final.

Direção Geral da Saúde (DGS). (2014). Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos.

Fernandes, A.M.M.L., Queirós, P.J.P. (2011). Cultura de Segurança do Doente percebida por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência* III, nº4.

Gouvêa, C.S.D., Travassos, C. (2010). Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. *Cad Saude Publica*, 26(6), 1061–78.

Institute Of Medicine (IOM). (1999). To err is human-Building a safer health system. National Academy press, Washington, D.C.

Sousa, P. (2006) Patient safety: A necessidade de uma estratégia nacional. *Acta Med Port.*, 19(4), 309–18.

Sousa P, Uva A de S, Serranheira F, Leite E, Nunes C. (2011). Segurança do Doente - Eventos Adversos em Hospitais Portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade.

The health foudation (2011). Measuring safety culture.

Vogus, T.J., Sutcliffe K.M. & Weick K.E. (2010). Doing No Harm: Enabling, Enacting, and Elaborating a Culture of Safety in Health Care. *Acad Manag Perspect.* 24(4), 60–77.

Zwart, D.L.M., Langelaan, M., Vooren, R.C.V., Kuyvenhoven, M.M., Kalman, C.J. Verheij, T.J.M., Wagner, C. (2011). Patientsafety culture measurement in general practice. Clinimetric properties of Scope. BMC Family practice, (12), 117.

Anexo 1- AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO NA ERPI-LGD

Exmo. Senhor Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Santarém

Marta Patrícia Moreira e Sousa Pereira Vagarinho, portadora do bilhete de identidade 9574741 emitido em 08/10/2007 pelo arquivo de identificação de Santarém, residente em Rua de S. José – Praceta interior, lote 4, 2080 547 Fazendas de Almeirim, Enfermeira Responsável da ERPI- Lar de Grandes Dependentes, estando a frequentar o Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde, na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, vem por este meio pedir autorização a Vossas Excelências para realizar, na Resposta Social atrás referida o trabalho final de mestrado destinado a elaboração da tese.

O título do trabalho é: **Caracterização de Eventos Adversos numa Estrutura Residencial para Pessoas idosas**

Tem como objetivo geral:

- Conhecer os eventos adversos decorrentes da prestação de cuidados aos utentes de uma ERPI

Como Objetivos específicos:

- Identificar os Eventos Adversos que ocorrem com maior frequência na ERPI
- Avaliar os Eventos Adversos que ocorrem com maior frequência na ERPI.

Serão registados todos os eventos adversos ocorridos no decorrer da prestação de cuidados aos utentes da ERPI-LGD, através de formulário criado para o efeito e feita a colheita de dados de outubro de 2016 a março de 2017. Sendo que por Evento Adverso (EA) se entende "lesão não intencional que resultou em incapacidade temporária ou permanente e/ou prolongamento do tempo de internamento ou morte como consequência do cuidado prestado."

JUNTA "CASA DA MISERICÓRDIA DE SANTARÉM"

ENTRADA

Data 27/09/2016

Referência 45119 Proc. 638/A

Despacho Ao V. Ex. Sr. Provedor

24/2016.09.27

Assposta Ver verso

Autorizado devido ao
final oferecido a'hor do
trabalho bem referido.
2016.09.28

Anexo 2- REGISTO DE EVENTOS ADVERSOS NA ERPI-LGD

Doente.....Ala.....

Data.../.../.....

Evento Adverso ocorrido:

- Queda.... Devido a:
- Retirada de restrições...
 - Mobilização/posicionamentos....
 - Cuidados de higiene...
 - Levante...
 - Desconhecido...
 - outro.....
- Sem lesão.....
- Com lesão... nº..... local.....tipo de lesão:
- Ferida....
 - fratura....
 - equimose/hematoma....
-
- Erro/troca medicação... Motivo.....
 - Úlcera por Pressão....grau..... local.....
 - Infecção oportunista.....tipo.....
 - Outro.....

Enfermeiro(a)