



III Simpósio Internacional de Gestão de Projetos (III SINGEP)
II Simpósio Internacional de Inovação e Sustentabilidade (II S2IS)
ISSN:2317-8302

ESTUDO DOS EVENTOS ADVERSOS EM OBSTETRÍCIA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO-

MARIA APARECIDA DOS SANTOS TRAVERZIM

UNINOVE – Universidade Nove de Julho
cidaedecio@terra.com.br

MARCIA CRISTINA ZAGO NOVARETTI

UNINOVE - Universidade Nove de Julho
mnovaretti@gmail.com



III Simpósio Internacional de Gestão de Projetos (III SINGEP) II Simpósio Internacional de Inovação e Sustentabilidade (II S2IS)

ESTUDO DOS EVENTOS ADVERSOS EM OBSTETRÍCIA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO MINICÍPIO DE SÃO PAULO- UM DESAFIO A VENCER

Resumo

Nos últimos anos, a segurança do paciente e a qualidade dos serviços de assistência médica têm recebido crescente atenção de pacientes, provedores e meios de comunicação. A avaliação da segurança do paciente com vigilância de eventos adversos (EAs) visa melhorar a qualidade da assistência, porém são considerados infrequentes no período perinatal. Avaliamos retrospectivamente 152 prontuários de atendimentos realizados em um hospital público estadual de administração direta no mês de março de 2014 com o objetivo de estudar a frequência e os tipos de eventos adversos na assistência perinatal analisando os prontuários e o partograma. Identificamos 6 EAs (3,95%). Todos em casos de partograma incompletos ($p=0,035$) e destes todos foram do tipo evitáveis. Em conclusão, EAs não são raros no período perinatal e o treinamento de médicos e de enfermagem para que o partograma seja completamente preenchido se faz crítico para minimizar essas ocorrências.

Palavras-chave: segurança do paciente, unidade de medicina perinatal, gestão de risco

Abstract:

In recent years, patient safety and quality of health care services have received increasing attention from patients, providers and the media. The evaluation of patient safety with surveillance of adverse events (AEs) aims to improve the quality of care, however they are considered rare in the perinatal period. We retrospectively analyzed 152 records of attendances at a public hospital of direct administration in March 2014 with the aim of studying the frequency and types of adverse events in perinatal care analyzing the charts and the partograph. We identified six (3.95%) AEs. All in cases of incomplete partograph ($p = 0.035$) and all of these were of preventable type. In conclusion, AEs are not rare in the perinatal period and the training of doctors and nurses so that the partograph is completely filled it is critical to minimize these occurrences.

Keywords: patient safety, unit of perinatal medicine, risk management



III Simpósio Internacional de Gestão de Projetos (III SINGEP) II Simpósio Internacional de Inovação e Sustentabilidade (II S2IS)

1 Introdução

A instituição pesquisada é um hospital geral, de natureza pública, estadual de administração direta, localizado no município de São Paulo, Estado de São Paulo. Esse hospital tem complexidade de nível terciário e presta atendimento em diversas especialidades. Atende uma demanda espontânea e referenciada. A Unidade de Medicina Perinatal e Ginecologia é constituída por 30 leitos de internação, realizando em média 2.400 partos por ano. Conta também com um pronto socorro especializado onde são atendidas cerca de 25.000 consultas obstétricas anuais além do centro-obstétrico e unidade de terapia intensiva neonatal.

O relatório do *Institute of Medicine* (IOM) em 1999, estimou que aproximadamente 44.000 a 98.000 mortes por ano nos Estados Unidos ocorriam à época devido a erros na assistência ao paciente. Desde então, os resultados ou desfechos em saúde têm sido objeto de estudo, pois estão relacionados diretamente à qualidade e à segurança do paciente. A segurança do paciente é definida como o ato de evitar, prevenir ou melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas no processo de atendimento médico-hospitalar (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000). Diante da mobilização mundial após a publicação desse impactante relatório, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente em 2004. Isso despertou nos países membros o compromisso de desenvolver políticas públicas e práticas voltadas para a segurança do paciente, incluindo o Brasil.

No Brasil, a taxa de mortalidade materna é três vezes superior a considerada aceitável pela OMS, e seis vezes superior a considerada ideal. Uma das estratégias reduzir os riscos perinatais é analisar os fatores que interferem na segurança do binômio mãe/feto-recém-nascido por meio da análise dos eventos adversos. Estas diferenças, que fazem com que uma mulher tenha 50 vezes mais probabilidade de morrer por problemas maternos no Brasil do que num país desenvolvido, clamando por decisões e práticas que busquem reduzi-las drasticamente. A mortalidade materna é um indicador que permite reflexões de ordem ética quanto a mortes por causas evitáveis (Calderon, Cecatti e Vega, 2006).

Existem vários desafios para a realização de pesquisa de eventos adversos em obstetrícia. A primeira diz respeito à raridade desses eventos, há relativamente poucos resultados obstétricos ruins, sendo assim escassas as oportunidades para investigá-los. Um segundo desafio é a discordância entre o que está documentado no prontuário e o que realmente aconteceu. Os médicos tendem a não descrever os maus resultados no prontuário médico; e até mesmo quando isso é realizado, pode haver informações insuficientes para permitir que um observador determine a causa de um mau resultado. O terceiro desafio é a ansiedade criada pelo alto risco de litígio (Pronovost, Holzmueller, & Fox, 2011).

No acompanhamento da gestante por ocasião do parto, há um instrumento denominado partograma que tem sido amplamente utilizado nas maternidades. O partograma é a representação gráfica do trabalho de parto que permite: documentar e acompanhar sua evolução; diagnosticar possíveis anormalidades no processo de parturição; auxiliar a tomada de decisão obstétrica apropriada, ajudando assim a evitar intervenções desnecessárias. Este instrumento é especialmente útil em ambientes onde vários profissionais acompanham a parturiente, como acontece nos serviços em que profissionais de saúde trabalham em regime de plantões. Evidências científicas têm demonstrado que o uso sistemático do partograma pode ser capaz de reduzir o trabalho de parto prolongado, o número de intervenções desnecessárias, a taxa de cesariana e a morte perinatal quando bem utilizado (Cabral & Reis, 2012).

Nesse estudo realizamos a revisão de 152 prontuários de pacientes que tiveram os partos realizados no período de 1 a 31 de março de 2014 na referida instituição, período



III Simpósio Internacional de Gestão de Projetos (III SINGEP) II Simpósio Internacional de Inovação e Sustentabilidade (II S2IS)

escolhido por conveniência, com o intuito de identificar os eventos adversos associados a assistência perinatal utilizando como ferramenta a análise dos prontuários e a verificação da completude do partograma, instrumento fundamental para uma boa assistência obstétrica.

Referencial Teórico

Erros médicos podem ser definidos como a incapacidade de uma ação planejada ser concluída como prevista no seu planejamento ou o uso de um plano errado para atingir um objetivo. Entre os problemas que normalmente ocorrem durante o decurso da prestação de cuidados de saúde estão os eventos adversos devido: a medicamentos e transfusões inadequadas, lesões cirúrgicas e cirurgia em local errado, suicídios, lesões ou morte relacionadas a quedas, queimaduras, úlceras de pressão e confusão de identidades dos pacientes. Elevadas taxas de erros, com consequências graves são mais prováveis de acontecer em unidades de terapia intensiva, centros cirúrgicos e em serviços de emergência. Além de seu custo em vidas humanas, erros médicos evitáveis provocam outras repercussões em nível da assistência prestada. Eles são responsáveis por causar aumentos nos custos totais na assistência prestada, incluindo a despesa de cuidados adicionais que foram necessárias após erros como perda de renda e produtividade das famílias e incapacidades em geral. Esses custos foram estimados entre US\$ 17 bilhões e US\$ 29 bilhões de dólares por ano em hospitais nos EUA. Os erros também são capazes de produzir uma perda de confiança no sistema de saúde, diminuindo a satisfação de pacientes e também dos profissionais de saúde. Os pacientes que experimentam um aumento na permanência hospitalar ou deficiência como resultado de erros ainda apresentam um desconforto físico e psicológico. Os profissionais de saúde pagam, com desânimo e frustração por não serem capazes de fornecer o melhor cuidado possível (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000).

Uma variedade de fatores tem contribuído para epidemia de erros médicos. Um problema muito citado resulta da natureza descentralizada e fragmentada do sistema de prestação de cuidados à saúde em vários países. Quando os pacientes têm vários provedores em diferentes contextos, sendo que nenhum deles tem acesso a informações completas, fica propenso a ser vitimado por um evento adverso (EA). Além disso, os processos pelos quais os profissionais de saúde são formados e credenciados têm atenção limitada na prevenção de erros médicos, e mesmo estes esforços mínimos têm enfrentado resistência de algumas organizações de saúde e prestadores de serviços. Muitos prestadores de assistência tendem a silenciar frente aos erros médicos ocasionando um sério impedimento para esforços sistemáticos para descobrir e aprender com os erros. Agravando esses problemas, a maioria dos serviços de saúde terceirizados oferece pouco incentivo financeiro para as organizações de saúde e prestadores para melhorar a segurança e qualidade nos serviços prestados por essas instituições (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000).

O atual sistema de saúde não se encontra preparado para garantir a melhoria na qualidade, no quesito segurança do paciente. O aumento da complexidade, a falta de implementação completa das redes de atenção à saúde, a rápida expansão do conhecimento médico, o aumento da utilização de tecnologia e a mudança das necessidades de assistência em relação ao diagnóstico e tratamento de problemas únicos e agudos para problemas de longa duração com múltiplas condições inter-relacionadas, estão colocando novos desafios para os profissionais de saúde e organizações de saúde. Conseqüentemente, os pacientes estão vivenciando riscos desnecessários. Há alguns fatores que estão associados com maior probabilidade de falhas e acidentes: muitos profissionais atendendo o mesmo paciente, gravidade da doença, ambiente propenso à distração, pressão do tempo, necessidade de tomar decisões rápidas, alto volume de pacientes e carga imprevisível de atendimento. A estes



III Simpósio Internacional de Gestão de Projetos (III SINGEP) II Simpósio Internacional de Inovação e Sustentabilidade (II S2IS)

elementos associa-se outra peculiaridade temerária na área da saúde: processos precariamente elaborados e executados com base na experiência, e não em evidência, os quais encerram uma infinidade de possibilidades de risco, mas que na maioria das vezes são atenuados pelo esforço e compromisso individual dos profissionais, em especial médicos e enfermeiros (Neto, 2006).

Embora estudos tenham avaliado uma ampla gama de eventos adversos em pacientes hospitalizados, relativamente pouco se sabe sobre os eventos adversos em pacientes obstétricas. A escassez de dados de eventos adversos em obstetrícia reflete a exclusão de pacientes obstétricas em alguns estudos, provavelmente pelo baixo número de eventos adversos nessa área de especialização. Estas baixas taxas seriam reconfortantes, se não fossem as elevadas taxas de morbidade e mortalidade perinatal observadas no Brasil, os custos extremamente altos de litígio em obstetrícia, o potencial para um subconjunto pequeno, mas angustiante de eventos adversos produzindo danos catastróficos para a mãe ou recém nascido e a profunda angústia que a equipe de cuidados de saúde, muitas vezes experimenta quando seus pacientes experimentam complicações. Tais questões exigem mais pesquisas avaliando eventos adversos em obstetrícia (Forster, Caughey, Oppenheimer, Beach, Shojania, & Walraven, 2006). Portanto torna-se imprescindível a realização de estudos para detecção e mensuração de eventos adversos nas unidades de Medicina Perinatal para a formulação de estratégias para minimizar a incidência dos mesmos e suas consequências.

Metodologia

A Instituição Pesquisada é um hospital geral terciário de administração direta, ligada à Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo, localizada fora da área central do município de São Paulo. Caracteriza-se por fornecer atenção nos vários níveis de atendimento, com procedimentos de baixa a alta complexidade, sendo referência para várias unidades de saúde, prontos socorros e outras unidades de atenção à saúde localizadas em seu entorno. A maternidade está inserida no contexto de atendimento dessa unidade há aproximadamente 20 anos, sendo referência na assistência a gestantes de alto risco na região na qual está inserida. Um dos desafios da Instituição Pesquisada é a busca pela melhoria na qualidade dos serviços prestados e, conseqüentemente, uma grande preocupação com a segurança do paciente, que procura os serviços por ela prestados. Essa preocupação estende-se também à unidade de medicina perinatal, na qual atende-se pacientes de diferentes níveis de gravidade. Tratou-se de um estudo retrospectivo de análise documental, no qual foi realizado um levantamento de 152 prontuários de pacientes atendidas na unidade pesquisada, no período de 1 a 31 de março de 2014, período escolhido ao acaso, com o objetivo de detectar possíveis eventos adversos, observar a qualidade do preenchimento dos prontuários e também detectar possíveis falhas no atendimento prestado a essas clientes, que eventualmente poderiam ter gerado eventos adversos no atendimento prestado. Procuramos nos documentos disponíveis (prontuários médicos, anotações de enfermagem e partograma) os seguintes eventos adversos: rotura uterina, trauma neonatal devido ao parto, mudança da via de parto durante o procedimento, laceração de períneo de terceiro e quarto grau, apgar de quinto minuto menor ou igual a 7, transfusão sanguínea e retorno a sala cirúrgica durante a internação. O partograma de todos os partos do período de pesquisa foi analisado quanto ao seu preenchimento. Foi considerado completo quando todas as informações conforme recomendação da OMS e do Ministério da Saúde estavam contempladas e incompleto, quando no mínimo uma das informações requeridas não constava no partograma. Devemos lembrar que os eventos adversos são definidos como complicações indesejadas decorrentes aos



III Simpósio Internacional de Gestão de Projetos (III SINGEP) II Simpósio Internacional de Inovação e Sustentabilidade (II S2IS)

cuidados prestados ao paciente, não atribuídos a evolução natural da doença de base (Gallotti, 2004).

Foi realizada uma revisão da literatura para identificar fatores de risco previamente publicados para resultados obstétricos adversos ou indicadores de má qualidade obstétrica e assim foram analisados os prontuários e quando detectado algum fator de risco esse prontuário era analisado com detalhadamente para detecção de eventos adversos no atendimento prestado ao binômio gestante/neonato.

O conjunto das informações coletadas foi transferido para uma planilha de excel. As variáveis quantitativas serão apresentadas de forma descritiva em tabelas e analisadas estatisticamente. As variáveis contínuas serão analisadas pelos testes estatísticos descritivos. As variáveis categóricas serão apresentadas com frequências absolutas e relativas. Serão analisadas as correlações entre EAs / partograma pelo teste de Spearman. Os programas estatísticos utilizados foram STATA versão 10.0 (Stata Corp, College Station TX) e SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 19.0. Serão considerados resultados significantes quando $p < 0,05$.

Resultados obtidos e análise

Na análise dos 152 prontuários maternos foi possível a detecção de 14 (9,21%) intercorrências e de 6 (3,95%) eventos adversos (5 maternos e 1 neonatal). Dos EAs identificados, todos foram classificados como de tipo evitáveis (tabela 1).

Tabela 1

Intercorrências e eventos adversos encontrados na assistência perinatal na instituição pesquisada no mês de maio de 2014.

Tipo de evento adverso	Número total de intercorrências	Eventos adversos N (%)	Evitável N (%)	Evolução
Rotura uterina	0	0	0	n.a.
Trauma neonatal devido ao parto	2 (1,32)	0	0	Sem sequelas
Mudança da via de parto durante o procedimento	3 (1,98)	0	0	Alta hospitalar
Laceração de períneo de terceiro e quarto grau	2 (1,32)	0	0	Pelo descrito não é possível caracterizar como evento adverso
Apgar de quinto minuto menor ou igual a 7	1 (0,65)	1 (0,65)	1 (0,65)	Alta com acompanhamento
Transfusão sanguínea	3 (1,98)	2 (1,32)	2 (1,32)	Alta hospitalar Sem sequelas
Retorno a sala cirúrgica durante a internação	3 (1,98)	3 (1,98)	3 (1,98)	Alta hospitalar sem sequelas
TOTAL	14 (9,21)	6 (3,95)	6 (3,95)	

n.a. não aplicável



III Simpósio Internacional de Gestão de Projetos (III SINGEP) II Simpósio Internacional de Inovação e Sustentabilidade (II S2IS)

Neste estudo outro objetivo foi analisar a qualidade da documentação na assistência ao parto da unidade de pesquisa. Foi possível verificar que 85 partogramas (55,92%) estavam incompletos, (Tabela 2). A avaliação dos partogramas incompletos permitiu concluir que faltavam dados importantes e relevantes para o acompanhamento do trabalho de parto e tomada de decisões. As decisões na assistência perinatal, quando postergadas, podem ocasionar falhas no atendimento prestado a essa gestante podendo contribuir para o aparecimento de eventos adversos, tanto é que todos os EAs identificados nessa pesquisa foram encontrados somente nos partogramas incompletos ($p=0,035$).

Tabela 2

Completeness in the completion of the partogram and relation with adverse events in perinatal care provided in the month of May 2014 in the researched institution.

Completeness of the partogram	Event	
	Adverse	
	Sim	Não
Incomplete	6	79
Complete	0	67
Total	10	142

$p=0.035$

Conclusões/ considerações finais

Podemos observar pelo exposto, que a ocorrência de eventos adversos na assistência perinatal na instituição pesquisada no período avaliado foi um achado relativamente comum (3,95%) contrapondo aos relatos de literatura de que seriam raros. Todos os EAs detectados nesta pesquisa foram observados em pacientes nas quais o partograma estava incompleto, diferença essa estatisticamente significativa ($p=0,035$), demonstrando a importância do preenchimento desse instrumento de acompanhamento do parto. Além do mais, dos EAs observados, notamos que todos foram classificados como evitáveis, o que traz relevantes informações para a prevenção de EAs dessa natureza na instituição pesquisada. A qualidade no preenchimento de documentação essencial do prontuário do cliente como o partograma ainda é bastante falha, e está associado a eventos adversos, devendo ser reforçado o treinamento dos médicos e de outros profissionais de saúde envolvidos na assistência perinatal para o preenchimento completo do partograma, bem como para a avaliação periódica da gestante em trabalho de parto para que, quando houver complicações, essas possam ser diagnosticadas rapidamente, com os menores danos possíveis.

Por tratar-se de um estudo retrospectivo, temos que salientar, que o medo de litígio faz com que informações possam ter sido omitidas nos prontuários de atendimento, portanto a frequência real de EAs na assistência prestada pode ser superior a encontrada nesse estudo.



III Simpósio Internacional de Gestão de Projetos (III SINGEP) II Simpósio Internacional de Inovação e Sustentabilidade (II S2IS)

Referências bibliográficas

- Cabral, C. V., & Reis, Z. S. N. (2012). Análise da qualidade de dados registrados no partograma.
- Calderon, I. D. M. P., Cecatti, J. G., & Vega, C. E. P. (2006). *Beneficial interventions for maternal mortality prevention in the prenatal period*. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 28(5), 310-315.
- Capucho, H. C., & Cassiani, S. H. D. B. (2013). Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 47(4), 791-798.
- Forster, A. J., Fung, I., Caughey, S., Oppenheimer, L., Beach, C., Shojania, K. G., & Van Walraven, C. (2006). Adverse events detected by clinical surveillance on an obstetric service. *Obstetrics & Gynecology*, 108(5), 1073-1083.
- Gallotti, R. M. D. (2004). Eventos adversos: o que são? *Revista da Associação Médica Brasileira*, 50(2), 114-114.
- Griffin, F. A., & Resar, R. K. (2007). IHI Global Trigger Tool for measuring adverse events. *IHI Innovation Series white paper*. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement.
- Grunebaum, A. (2007). Error reduction and quality assurance in obstetrics. *Clinics in perinatology*, 34(3), 489-502.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.). (2000). *To err is human: building a safer health system* (Vol. 627). National Academies
- Press. Mann, S., Pratt, S., Gluck, P., Nielsen, P., Risser, D., Greenberg, P. & Sachs, B. (2006). Assessing quality in obstetrical care: development of standardized measures. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 32(9), 497-505.
- Neto, A. Q. (2006). Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. *Revista de Administração em Saúde*, 8(33), 153-58.
- Pronovost, P. J., Holzmueller, C. G., Ennen, C. S., & Fox, H. E. (2011). Overview of progress in patient safety. *American journal of obstetrics and gynecology*, 204(1), 5-10.
- Ralston, J. D., & Larson, E. B. (2005). Crossing to safety: transforming healthcare organizations for patient safety. *Journal of postgraduate medicine*, 51(1).