

**APLICAÇÃO DE INDICADORES DE MORBIDADE E MORTALIDADE
MATERNO/NEONATAL NA SEGURANÇA DO PACIENTE DE UMA
MATERNIDADE PÚBLICA DO ESTADO 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

Ao meu marido, minha mãe e minha filha pelo apoio incondicional.
A minha orientadora, Dra Marcia Novaretti, pela dedicação e paciência.
E aos meus amigos Sergio Makabe, Nendy Temistocles e Patricia Rossi pelo grande incentivo e ajuda

ÁREA TEMÁTICA: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, SEGURANÇA DO PACIENTE

APLICAÇÃO DE INDICADORES DE MORBIDADE E MORTALIDADE MATERNO/NEONATAL NA SEGURANÇA DO PACIENTE DE UMA MATERNIDADE PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO.

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 visa melhorar a qualidade da assistência. Uma das ferramentas com esse objetivo é o levantamento de *trigger points* ou pontos de gatilho. No âmbito da assistência obstétrica ao parto, há *trigger points* específicos que foram incluídos na segunda edição do *IHI Global Trigger Tool*.

O presente trabalho objetivou avaliar a hipótese de que a presença de *trigger points* está relacionada à ocorrência de eventos adversos no contexto da assistência perinatal. Foram levantados prontuários dos partos ocorridos em um hospital estadual da cidade de São Paulo no mês de março de 2014 e aplicado um *checklist* de *trigger points* de assistência perinatal. Os casos com achados positivos foram analisados com maior profundidade para identificação de eventos adversos.

Foram levantados 152 prontuários abrangendo 152 parturientes e 152 recém-nascidos. Nesse universo foram encontrados no total 14 *trigger points* e quatro eventos adversos, com frequência relativa de 6,6 a 26,3/1000 puérperas ou neonatos.

A partir dos dados apresentados, foi observado que o uso de *trigger points* ampliados mostrou-se uma boa ferramenta para detecção de eventos adversos no cuidado perinatal.

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 aims to improve the quality of care. One of the tools for this purpose is the collection of trigger points. Within the obstetric care of delivery, there are specific trigger points that were included in the second edition of the IHI Global Trigger Tool.

The present study evaluated the hypothesis that the presence of trigger points is related to the occurrence of adverse events in the context of perinatal care. Records of births at a state hospital in São Paulo in March 2014 were raised and then it was applied a checklist of trigger points of perinatal care. The cases with positive findings were analyzed in greater depth to identify adverse events.

One hundred fifty two records were collected including 152 mothers and 152 newborns. In this universe, it was found 14 trigger points and 4 adverse events, with relative frequency from 6.6 to 26.3 / 1000 mothers or newborns.

From the presented data, it was observed that the use of the extended trigger points proved to be a good tool for detecting adverse events in perinatal care.

INTRODUÇÃO

A instituição pesquisada é um hospital estadual de administração direta, situada fora da zona central do município de São Paulo, Estado de São Paulo. A Maternidade e Unidade de UTI Neonatal, foram criadas na década de 80. Atualmente o setor de ginecologia e obstetrícia contempla, além das áreas de internação ginecológica e obstétrica com 30 leitos, o pronto socorro e centro cirúrgico obstétrico e ginecológico. O pronto socorro de ginecologia e obstetrícia (PSGO) atende em média 25.000 consultas por ano. Caracteriza-se por realizar atendimento à demanda espontânea e a consultas referenciadas, com aproximadamente 2.400 partos por ano.

A paciente obstétrica deve ser acompanhada durante toda a gestação. A periodicidade das consultas depende da fase da gravidez e também da presença de intercorrências que podem ser devidas a patologias pré-existentes ou patologias gestacionais que podem surgir ou piorar na vigência da gestação. A maior frequência de consultas do pré-natal está concentrada no último trimestre da gestação visando uma melhor avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas que são mais comuns nessa fase.

No Brasil, normalmente a assistência ao parto é realizada em ambiente hospitalar, sendo que nesses atendimentos podem ocorrer eventos adversos, que podem ou não incorrer em prejuízo materno, fetal e neonatal.

Estima-se que ocorram entre 44.000 a 98.000 mortes por ano, só nos EUA, devido a erros na assistência prestada ao paciente (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000). Na Europa, 11% dos pacientes apresentaram algum tipo de evento adverso durante período de internação hospitalar, sendo que praticamente metade desses eventos poderiam ser prevenidos. No Brasil segundo estudo realizado no Rio de Janeiro temos a ocorrência desses eventos em aproximadamente 7,6% dos pacientes internados (Capucho & Cassiani, 2013).

A Organização Mundial de Saúde considera aceitável uma taxa de mortalidade materna inferior a 20/100.000 nascidos vivos. No Brasil, segundo estimativas de 2013, a taxa de mortalidade materna é de 69/100.000 (<http://www.datasus.gov.br/idb>). No município de São Paulo essa taxa é de cerca 46/100.000, ou seja muito além da considerada aceitável e, obviamente, mais distante ainda da considerada ideal, que é de 10/100.000 nascidos vivos (portal2.tcu.gov.br/portal/page/portalTCU/comunidades/programas_governo/areas_atuacao/saude/Mortalidade_Materna.pdf). A taxa de mortalidade materna está diretamente associada a qualidade de assistência prestada a paciente no período gestacional, parto e puerpério.

O uso de ferramentas para melhorar a assistência prestada nas unidades hospitalares, como por exemplo os *triggers points*, também denominados pontos de gatilho, tornou-se habitual. Esses *triggers points* têm sido utilizados em centenas de hospitais de vários países

para detectar eventos adversos, monitorar sua ocorrência e melhorar a assistência prestada aos seus clientes. Em virtude das implicações do atendimento materno-fetal, também foram criados *triggers points* para serem usados nas unidades de medicina perinatal.

Neste trabalho foram aplicados indicadores para detecção de eventuais eventos adversos na assistência prestada a pacientes atendidas na unidade de Medicina Perinatal da Instituição Pesquisada, com o objetivo de melhorar a assistência prestada a essas pacientes, contribuindo assim diretamente para a redução da taxa de morbidade e mortalidade materna e, conseqüentemente, também a neonatal.

CONTEXTO INVESTIGADO

O Hospital de Estudo é um hospital estadual de administração direta, situado fora da região central do município de São Paulo, sendo que a maternidade apresenta mais de 14 anos de atividades. O referido hospital desenvolve também atividades de ensino e pesquisa e atende na urgência/emergência, pacientes internados e ambulatoriais, adultos e pediátricos.

O relatório do Instituto de Medicina "Errar é Humano: Construindo um Sistema de Seguro de Saúde" publicado pelo *Institute of Medicine*, relatou que os erros nos cuidados de saúde são uma importante causa de morte e danos aos pacientes (Kohn, Corrigan, Donaldson, 2000). Os profissionais de saúde concordam que a segurança do paciente é importante e deve ser abordada pelo sistema global de cuidados de saúde. Os esforços dedicados a otimizar a comunicação e a colaboração entre os vários membros da equipe de cuidados à saúde são igualmente relevantes na promoção dos princípios de segurança do paciente. Este objetivo é apoiado por muitas organizações profissionais que têm incentivado os médicos a reduzir erros e incorporar elementos de segurança do paciente em suas práticas (Grunebaum, 2007). Nos últimos anos, a segurança do paciente e a qualidade dos serviços de assistência médica têm recebido atenção considerável dos pacientes, dos provedores e dos meios de comunicação. Os eventos obstétricos adversos que ocorrem em hospitais não são uniformemente capturados ou relatados, o que reflete, em parte, a ausência de indicadores obstétricos específicos validados de qualidade e segurança. Por exemplo, o Grupo de Trabalho Internacional do Fundo *Commonwealth* em Indicadores de Qualidade, numa colaboração envolvendo a Austrália, Canadá, Nova Zelândia, Reino Unido e os Estados Unidos, desenvolveu um conjunto de 21 indicadores de qualidade a serem utilizados internacionalmente. No entanto, nenhum desses indicadores foi relacionado aos cuidados obstétricos (Mann, Gluck, Nielsen, Risser & Greenberg, 2006). Os pontos de gatilho chamados de *trigger points* do *Institute Healthcare Improvement (IDH) Global*, desde o seu desenvolvimento no final de 2003, também têm sido usados como ferramenta para detecção de eventos adversos em vários projetos. Essa ferramenta é utilizada em centenas de hospitais e em vários países para monitorar as taxas de eventos adversos, na tentativa de detectá-los e assim melhorar a assistência prestada aos seus clientes. Em 2008, o *US Department of Health and Human Services Office of Inspector General* concluiu um estudo-piloto com o objetivo de mensurar os eventos adversos em

beneficiários do *Medicare* e usou os *triggers points* do *IHI Global* como um método de detecção para eventos adversos. O uso extensivo dessa ferramenta tem proporcionado a oportunidade de coleta e *feedback* dos usuários, originando com isso desenvolvimento da mesma. Somente em 2009 foi idealizada a segunda edição do *IHI Global*, no qual foram inclusos os *triggers points* recomendados para as unidades de medicina perinatal (Griffin & Resar, 2007).

As unidades de saúde ainda estão iniciando o entendimento de como melhorar a segurança do paciente. A saúde é cada vez mais complexa, fragmentada e insegura. Para enfrentar o desafio da segurança do paciente, as organizações devem desenvolver um plano integrado, que acima de tudo, envolva a mudança no paradigma do cuidado e da cultura da medicina. As lideranças devem desempenhar um papel fundamental na garantia de um ambiente livre de culpa onde a segurança do paciente é responsabilidade de todos. A vigilância deve ajudar a identificar eventos adversos e sentinelas para que as organizações façam uma análise e subsequente redesenho dos processos para evitar que estes ocorram novamente. As tecnologias da informação devem desempenhar um papel cada vez maior no sentido de garantir experiências seguras no atendimento ao paciente, mas devem ser implementadas com cuidado e sistematicamente nas organizações. Com esses esforços as organizações devem ser capazes de atravessar o abismo de qualidade para um ambiente com mais segurança (Ralston & Larson, 2005). O campo da obstetrícia e ginecologia está ciente da necessidade de melhorar a qualidade e segurança do paciente e dedicar-se amplamente nos esforços dessa melhoria. O Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG) publicou um manual sobre a qualidade e melhoria na saúde nos atendimentos prestados as pacientes obstétricas. Esforços tem sido feitos para identificar e prevenir erros obstétricos e, portanto, causas de mortalidade e morbidade materna. O manual publicado pela ACOG atualiza os objetivos de segurança do paciente que ginecologistas-obstetras devem considerar quando se praticam os cuidados às pacientes. Esses incluem: o estabelecimento de uma cultura de segurança do paciente, a implementação de práticas de segurança recomendadas de medicamentos, redução da probabilidade de erros cirúrgicos, melhora da comunicação e cuidados de provedores de saúde e pacientes, e priorizar a segurança durante a prática clínica. Apesar disso, esses objetivos são gerais e requerem mais investigação, foco e direção para serem alcançados (Pronovost, Holzmueller, Ennen & Fox, 2011).

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

Um dos problemas enfrentados pela Instituição Pesquisada é a melhora da 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 a unidade de medicina perinatal, na qual atende-se pacientes de diferentes níveis de gravidade. A utilização de ferramentas que melhorem o atendimento prestados a elas no contexto de segurança do paciente provavelmente contribuirá para a detecção e implementação de

medidas de prevenção de eventos adversos maternos e fetais.

Esse estudo tem como objetivo aplicar os *triggers points*, observar sua relação ou não com eventos adversos no atendimento prestado a pacientes obstétricas e, a partir desse diagnóstico propor o uso rotineiro dessa ferramenta para identificação desses eventos, assim como propor estratégias para tentar impedir a ocorrência dos mesmos.

Nesse contexto utilizamos uma versão ampliada dos *trigger points*, como o utilizado em um trabalho publicado no *Journal on Quality and Patient Safety* da *Joint Commission* em 2006, numa revisão de prontuários de 152 pacientes que receberam atendimento nesse serviço, durante o parto com o uso de análise documental dos partos realizados em março de 2014. Foram usados como *trigger points* nesse estudo: rotura uterina, trauma neonatal devido ao parto, lacerações de terceiro e quarto grau em partos vaginais, *Apgar* de quinto minuto menor ou igual a sete, transfusões sanguíneas, retorno a sala cirúrgica durante a internação, morte materna, morte fetal ou neonatal com peso superior a 2.500g, solicitação de interconsulta com outra especialidade e uso de ocitócico em doses superiores as preconizadas para evitar hemorragia pós parto. A análise documental consiste em identificar, verificar e apreciar os documentos com uma finalidade específica e, nesse caso, preconiza-se a utilização de uma fonte paralela e simultânea de informação para complementar os dados e permitir a contextualização das informações contidas nos documentos. A análise documental deve extrair um reflexo objetivo da fonte original, permitir a localização, identificação, organização e avaliação das informações contidas no documento, além da contextualização dos fatos em determinados momentos (Moreira, 2005).

ANÁLISE DA SITUAÇÃO PROBLEMA

Foi realizado um estudo retrospectivo, no qual foram analisados prontuários das pacientes atendidas na unidade de estudo no período de março 2013, sendo redigido um formulário, no qual foram listados os *trigger points*. Identificado algum *trigger point*, o prontuário era submetido a uma análise mais apurada à procura de indícios de eventos adversos nesses atendimentos. Devemos lembrar que os eventos adversos são definidos como complicações indesejadas decorrentes aos cuidados prestados ao paciente, não atribuídos a evolução natural da doença de base (Gallotti, 2004). Após a análise documental, observou-se a frequência ocorre a associação dos *triggers points* com o indício de eventos adversos no atendimento prestado a essas pacientes e os dados encontrados foram comparados com os da literatura.

Na análise dos 152 prontuários estudados, foi observada a ocorrência de 14 (9,2%) *triggers points* em 152 puérperas e em 152 neonatos. Desses, 4 (28,6%) resultaram em eventos adversos (tabela 1), esse resultado é semelhante com resultados da literatura (Foster *at al.*, 2006)

Tabela 1. Frequência de trigger points em 152 puérperas e respectivos neonatos observados na instituição pesquisada.

Trigger point	Frequência	Frequência relativa/1000 puérperas/neonatos	Evento adverso
Transfusão de concentrado de hemácias	4	26,3/1.000	2
Apgar de 5 minuto menor ou igual a 7	1	6,6/1.000	1
Trauma neonatal devido ao parto	2	13,1/1.000	0
Laceração vaginal de terceiro ou quarto grau	2	13,1/1.000	0
Retorno a sala cirúrgica durante a internação	3	19,7/1.000	1
Uso de ocitócicos no pós-parto em dose maior que a profilática	2	13,1/1.000	0

Nos 152 prontuários estudados foram observados 4 casos de transfusões sanguíneas, sendo que haviam indícios de eventos adversos em 2 dos casos ou seja, 50% (tabela 1). *Apgar* de quinto minuto menor/igual a 7 foi observado em um caso e neste havia indícios de evento adverso. Três pacientes apresentaram alguma intercorrência durante a internação que ocasionaram nova intervenção cirúrgica, sendo que em um caso foi observado indício de evento adverso. Portanto, a frequência de evento adverso no período perinatal na instituição pesquisada durante o período avaliado foi de 2,63%, sendo que todos os eventos citados eram evitáveis.

CONTRIBUIÇÃO TECNOLÓGICA-SOCIAL

A partir dos dados apresentados pudemos observar, que o uso dos *trigger points* ampliados, mostrou ser uma ferramenta de fácil utilização na prática para detecção de eventos adversos no cuidado perinatal. Também foi evidente na detecção de eventos adversos nos

participantes do estudo. Essa detecção possibilita o estudo das circunstâncias em que ocorreram e, desse contribui para a elaboração de estratégias com o intuito de aprimorar a segurança no atendimento materno-fetal. A partir dessa análise será possível desenvolver um plano de ação com intervenções que possam ser viabilizadas pela equipe assistencial com o objetivo de reduzir ao máximo e até mesmo extinguir a ocorrência desses eventos. Uma limitação encontrada nesse estudo que é do tipo retrospectivo, e refere-se a análise de prontuários, é que nos baseamos nas informações relatadas nesses documentos que podem estar incompletas, prejudicando a avaliação real da ocorrência do problema em questão.

Além do mais encontramos, uma associação entre *trigger points* e indícios de eventos adversos, porém a necessidade de um estudo prospectivo torna-se necessário para uma avaliação mais aprofundada da sua frequência e associação com eventos adversos na assistência perinatal.

Devemos salientar algumas limitações do presente relato. Dentre elas trata-se de um estudo retrospectivo baseado em informações relatadas em prontuários de pacientes e desse modo eventos adversos podem ter ocorrido sem que as informações tenham sido descritas nos documentos analisados ou podem estar incompletas prejudicando a avaliação real do problema em questão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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.
- Moreira, S. V. (2005). Análise documental como método e como técnica. *Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação*. São Paulo: Atlas, 269-279.
- 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).