

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro”

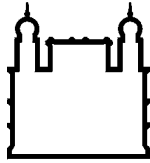
por

Maria de Lourdes de Oliveira Moura

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Walter Vieira Mendes Júnior

Rio de Janeiro, agosto de 2010.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro”

apresentada por

Maria de Lourdes de Oliveira Moura

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Ana Tereza Cavalcanti de Miranda

Prof.^a Dr.^a Suely Rozenfeld

Prof. Dr. Walter Vieira Mendes Júnior – Orientador

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

M929 Moura, Maria de Lourdes de Oliveira
Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. / Maria de Lourdes de Oliveira Moura. Rio de Janeiro: s.n., 2010.
viii,97 f., tab.

Orientador: Mendes Júnior, Walter Vieira
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010

1. Cirurgia Geral. 2. Qualidade da Assistência à Saúde. 3. Serviços de Saúde. 4. Complicações Pós-Operatórias. 5. Segurança do Paciente. 6. Eventos Adversos. 7. Avaliação. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.12098153

Aos meus filhos

Agradecimentos

Ao professor Walter Vieira Mendes Júnior pela atenção e apoio durante todo o período do mestrado.

Às professoras Suely Rosenfeld e Ana Tereza Miranda, por aceitarem o convite de participação na banca de avaliação deste trabalho.

À Ana Luiza Braz Pavão pelo auxílio na geração dos bancos de dados e na seleção de indicadores.

À Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca pela oportunidade de realização do curso de mestrado.

Resumo

Eventos adversos (EAs) cirúrgicos contribuem significativamente para a morbidade pós-operatória, são desfavoráveis, indesejáveis e prejudiciais, têm impacto sobre o paciente e estão associados a um processo da assistência à saúde, mais do que a um processo natural de doenças. Estudos sobre eventos adversos têm demonstrado a complexidade de sua análise devido à variabilidade dos sistemas de registro e a extensa gama de definições na literatura científica para complicações pós-operatórias. O estudo dos EAs cirúrgicos tem especial relevância por sua frequência, porque em parte são atribuíveis a deficiências na atenção à saúde, pelo impacto considerável sobre a saúde dos pacientes, pela repercussão econômica no gasto social e sanitário e por constituir um instrumento de avaliação da qualidade da assistência. O objetivo deste estudo é avaliar a incidência de eventos adversos cirúrgicos e os fatores contributivos em hospitais do Rio de Janeiro. Esta pesquisa é um estudo de coorte retrospectivo que buscou realizar análise descritiva de dados secundários do banco de dados gerado pelo Programa Computacional Eventos Adversos, que foi desenvolvido para a coleta de dados da pesquisa de avaliação da ocorrência de eventos adversos em três hospitais de ensino localizados no Estado do Rio de Janeiro. A incidência de pacientes hospitalizados com EAs cirúrgicos foi calculada em 3,5% (38 de 1.103 pacientes) (IC 95% 2,4 - 4,4) e a proporção de pacientes submetidos à cirurgia entre os com EAs cirúrgicos 5,9% (38 em 643) (IC 95% 4,1 – 7,6). A proporção de pacientes com EAs cirúrgicos evitáveis foi 65,8% (25 de 38 pacientes) (IC 95% 50,0% a 81,6%) e cerca de 1 em 5 resultaram em incapacidade permanente ou óbito. Mais de 60% dos casos foram classificados como pouco ou nada complexo e de baixo risco de ocorrer um EA relacionado ao cuidado.

Palavras-chave: Eventos adversos, Segurança do paciente, Avaliação de serviços de saúde, Complicações cirúrgicas.

Abstract

Surgical adverse events (AEs) are unfavorable, undesired, and damaging, that impact the patient and contribute significantly to the postoperative morbidity. They are associated to a health care process, rather than a natural disease process. AEs studies have shown the complexity of its analysis, due to the variability of the registrations systems, as well as the large range of definitions for postoperative complications present in the scientific literature. The study of surgical AEs have special relevance for their attendance, in part because they are attributable to deficiencies in health care, the impact on the patient health, the economic repercussions on social spending and health and as an instrument of quality assessment assistance. The aim of this study is evaluate the incidence of surgical adverse events and its contributive factors in hospitals of Rio de Janeiro. This research is a cohort retrospective study that aimed to develop a descriptive analysis of secondary data provided from the Adverse Events software's database. This program was developed for the data gathering concerning the research of evaluation of the occurrence of adverse events in three teaching hospitals in Rio de Janeiro. The incidence of hospitalized patients with surgical AEs was 3,5% (38 of 1.103 patients) (CI 95% 2,4 - 4,4) and the proportion of patients who underwent an operation with surgical AEs was 5,9% (38 of 643) (CI 95% 4,1 - 7,6). The proportion of preventable surgical AEs was 65,8% (25 of 38 patients) (CI 95% 50,0% - 81,6%). Over 60% cases were categorized as of low complexity or not complex and of low risk of occurring an AE related to care.

Key Words: adverse events; patient safety; health care evaluation; surgery complication.

Sumário

Lista de Tabelas	vii
-------------------------	-----

1 Introdução	1
1.1 Segurança do paciente: histórico e relevância do tema	1
1.2 Avaliação da qualidade de serviços de saúde	2
1.3 Teoria do erro humano	4
1.4 Eventos adversos: síntese dos principais estudos	6
1.5 Estudo de eventos adversos em hospitais de ensino do Rio de Janeiro	7
1.6 Eventos adversos cirúrgicos: introdução ao tema e sua relevância	10
2 Objetivos	12
2.1 Objetivo Geral	12
2.2 Objetivos específicos	13
3 Método	13
3.1 Revisão bibliográfica de eventos adversos cirúrgicos	13
3.2 Desenho do estudo	14

4 Resultados	18
4.1 Revisão bibliográfica de eventos adversos cirúrgicos	18
4.1.1 Estudos selecionados	18
4.1.2 Desenho dos estudos	22
4.1.3 Definição de EAs cirúrgicos e de complicações cirúrgicas	26
4.1.4 Classificação de EAs cirúrgicos	27
4.1.5 Resultado dos estudos	31
4.2 Análise descritiva dos EAs cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro	37
5 Discussão	53
6 Referência Bibliográfica	57
Apêndice	61
APÊNDICE - Tabela 3 – Descrição dos casos com eventos adversos cirúrgicos	62
Anexo	76
ANEXO – Formulário de revisão do médico (fase 2)	77

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Número de artigos recuperados por palavra-chave e suas combinações segundo a fonte de pesquisa	19
Tabela 2 – Características dos estudos sobre eventos adversos cirúrgicos	20
Tabela 4 – Distribuição dos pacientes com EAs cirúrgicos, por sexo e idade	38
Tabela 5 – Proporção do caráter da internação dos pacientes com eventos adversos cirúrgicos por sexo	39
Tabela 6 – Proporção de critérios de rastreamento positivos em prontuários de pacientes com EAs cirúrgicos	40
Tabela 7 – Proporção de EAs cirúrgicos com parte do tempo de permanência devida ao evento	42
Tabela 8 – Proporção de local de ocorrência do EA cirúrgico	42
Tabela 9 – Proporção de EAs cirúrgicos detectados e ocorridos em relação ao momento da internação índice	43
Tabela 10 – Proporção de evidência de que o cuidado prestado causou a lesão ou dano	44
Tabela 11 - Proporção de EAs cirúrgicos evitáveis	44
Tabela 12 - Proporção de pacientes com EAs cirúrgicos evitáveis	45
Tabela 13 - Adequação e resposta às medidas adotadas durante a internação índice	45
Tabela 14 - Proporção de falhas encontradas nas anotações dos prontuários, por tipo de falha	46

Tabela 15 - Proporção de óbitos por EA cirúrgico evitável	47
Tabela 16 - Proporção de evidência de possibilidade de evitabilidade dos eventos adversos cirúrgicos	47
Tabela 17 – Proporção do grau de dano físico no momento da alta baseado no julgamento dos dados constantes do prontuário do paciente	48
Tabela 18 - Proporção da classificação da complexidade do caso	49
Tabela 19 - Grau de risco de ocorrer um EA cirúrgico relacionado ao cuidado	49
Tabela 20 – Distribuição dos eventos adversos cirúrgicos por motivo da não prevenção	50
Tabela 21 – Complicação mais importante em pacientes com EAs cirúrgicos	51
Tabela 22 – Fatores que contribuíram para o EA cirúrgico	52
Tabela 23 – Áreas de atenção para prevenir a recorrência do EA cirúrgico	53
Tabela 3 – Descrição dos casos com eventos adversos cirúrgicos	62

1 Introdução

1.1 Segurança do paciente: relevância do tema

Evento Adverso¹ (EA) é definido de acordo com a *International Classification for Patient Safety* proposta pela *World Alliance for Patient Safety* da Organização Mundial de Saúde (OMS) como incidente que resulta em dano (*harm*) ao paciente. Incidente¹ é definido como evento ou circunstância que poderia ter causado ou que resultou desnecessariamente em dano ao paciente e evento¹ como algo que acontece com ou envolve o paciente. Os eventos adversos (EAs) têm estimativa de ocorrência em 4 a 16% de todos os pacientes hospitalizados, sendo que mais de metade nos cuidados cirúrgicos, dos quais acima de 50% são evitáveis². A ocorrência de EAs é considerada um problema de importância internacional sendo crescente o envolvimento de pesquisadores, profissionais de saúde e gestores de saúde na avaliação de EAs e inúmeras as instituições, redes de relacionamento e *websites* referentes ao tema³.

Em 2004, expressando a preocupação mundial com a segurança de pacientes, foi criada pela OMS a *World Alliance for Patient Safety* tendo como elemento central a formulação do *Global Patient Safety Challenge*, que engloba temas representativos dos principais aspectos dos riscos relacionados com a assistência à saúde, considerados relevantes para os países membros da OMS. O primeiro tema selecionado foi infecção associada à prestação de serviço em saúde, seguido de segurança dos cuidados cirúrgicos, tendo como objetivo prevenir erros, evitar danos e salvar vidas^{3,4}.

O número² de cirurgias de maior porte realizadas anualmente no mundo foi estimado pela OMS em 234 milhões, o que corresponde a uma cirurgia para cada 25 pessoas. Cirurgia de maior porte² inclui qualquer procedimento realizado na sala de cirurgia envolvendo incisão, excisão, manipulação, ou sutura de tecido que geralmente requer anestesia geral ou regional, ou sedação profunda para controlar a dor.

Em países industrializados² complicações ocorrem em 3 - 16% dos procedimentos cirúrgicos realizados em pacientes internados, com taxa de mortalidade de 0,4 - 0,8%. Estudos realizados em países em desenvolvimento estimam uma taxa de

mortalidade de 5 a 10% em pacientes submetidos à cirurgia de maior porte. A segurança em cirurgia emerge como importante preocupação para a saúde pública global⁵.

Cirurgia² é um dos mais complexos e caros serviços prestados pelos sistemas de saúde. Nos países em desenvolvimento², o mau estado da infraestrutura e dos equipamentos; os problemas quanto ao suprimento e à qualidade de medicamentos e de material médico-cirúrgico; as falhas na gestão da organização e no controle de infecção; o desempenho insatisfatório dos profissionais devido à baixa motivação ou à deficiência na capacitação técnica; as falhas no correto diagnóstico pré-operatório; as deficiências na consulta pré-anestésica, e o subfinanciamento dos custos operacionais dos serviços de saúde, tornam a probabilidade de ocorrência de eventos adversos muito maior do que em países industrializados.

1.2 Avaliação da qualidade de serviços de saúde

Avaliação pode ser definida como a determinação do valor ou mérito de um objeto de avaliação ou como identificação, esclarecimento e aplicação de critérios defensáveis para determinar o valor, a qualidade, a utilidade, a eficácia ou a importância do objeto avaliado em relação a esses critérios⁶. O objetivo básico da avaliação é produzir julgamentos do valor do que quer que esteja sendo avaliado⁶.

O autor mais importante para a avaliação da qualidade em saúde é Donabedian, cujos primeiros trabalhos datam dos anos 1960, tendo adquirido notoriedade mundial a partir dos anos 1980⁷. As avaliações da qualidade de Donabedian mais conhecidas referem-se à atenção médica, enfatizando efetividade, eficiência e otimização de procedimentos e serviços e utilizando variáveis de estrutura, de processo e de resultado no estabelecimento de relações de causalidade⁷.

De acordo com Donabedian⁸ qualidade pode ser concebida como produto de dois fatores, ciência e tecnologia em saúde e a aplicação desses conhecimentos na prática, sendo a qualidade do cuidado alcançada um produto desses fatores. Esse produto pode ser caracterizado por diferentes atributos, que incluem eficácia, efetividade, eficiência,

acessibilidade, otimização, legitimidade e equidade⁹. Os atributos tomados isoladamente, ou em uma variedade de combinações, constituem a definição de qualidade, e quando mensurados podem expressar sua magnitude⁸.

Cada uma dessas dimensões deve ser especificada para diferentes contextos, pela identificação dos critérios mais apropriados para a situação, considerando suas especificidades, mantendo coerência entre elas, por apresentarem uma interdependência e um movimento que vai do mais específico para o mais geral⁷.

São três as abordagens para a avaliação da qualidade, conforme Donabedian⁸: estrutura, processo e resultado. Estrutura designa as condições sobre as quais a assistência é provida e inclui: recursos materiais (instalações e equipamentos); recursos humanos (número, variedade e qualificação dos profissionais e do pessoal de apoio); características organizacionais (organização do quadro de médicos e enfermeiros, a presença de funções de ensino e pesquisa, modo de supervisão e revisão de desempenho, métodos de pagamento da assistência). Processo significa atividades que constituem a assistência à saúde – incluindo diagnóstico, tratamento, reabilitação, prevenção e educação ao paciente, usualmente realizadas por profissionais, mas também incluindo outras contribuições à assistência, especialmente as dos pacientes e seus familiares. Resultado significa alterações desejáveis ou indesejáveis em indivíduos ou populações, que podem ser atribuídas à assistência à saúde. Resultados incluem: alterações no estado de saúde; alterações no conhecimento adquirido por pacientes e familiares que podem influenciar na assistência futura; alterações no comportamento de pacientes e familiares que podem influenciar a saúde futura; satisfação do paciente e seus familiares com a assistência recebida e seus resultados. Os eventos adversos são resultados indesejáveis da assistência.

Embora a discussão da qualidade do cuidado em serviços de saúde focalize cada vez mais a ocorrência de EAs, poucos são os estudos brasileiros sobre o tema, sendo que os existentes abordam causas específicas de EAs³.

1.3 Teoria do erro humano

O problema do erro humano, de acordo com Reason^{10,11}, pode ser examinado de acordo com duas abordagens: a pessoal e a sistêmica. A abordagem pessoal enfoca os erros dos indivíduos, responsabilizando-os por descuido, negligência, desatenção, falta de conhecimento, de experiência e desmotivação. A abordagem sistêmica se concentra nas condições sob as quais os indivíduos trabalham e busca construir defesas para prevenir erros ou reduzir seus efeitos.

Defesas, barreiras e salvaguardas^{10,11} ocupam uma posição central na abordagem sistêmica. Sistemas de alta tecnologia têm muitas camadas defensivas, sendo algumas projetadas como alarmes, barreiras físicas, paralisação temporária automática, outras, confiadas a pessoas, como cirurgiões e anestesistas, e ainda outras dependentes de procedimentos e controles administrativos. Essas camadas têm como função a proteção de vítimas potenciais, e do patrimônio, quanto aos riscos locais. Na maioria das vezes, funcionam efetivamente, porém sempre existem fragilidades.

Idealmente, segundo o autor, cada camada defensiva deve estar intacta. Mas, na realidade se assemelham a pedaços de queijo suíço, possuindo muitos buracos, que diferentemente do queijo, estão continuamente abrindo, fechando e trocando de lugar. A presença de buracos normalmente não causa um resultado ruim, que ocorre somente quando buracos em muitas camadas momentaneamente se alinham permitindo a trajetória de uma oportunidade de acidente, conduzindo dessa forma um risco em direção a um contato danoso com vítimas.

Esses buracos nas defesas surgem em decorrência de falhas ativas ou de condições latentes. Quase todos os eventos adversos, de acordo com o autor^{10,11}, envolvem a combinação desses dois conjuntos de fatores.

As falhas ativas são atos inseguros cometidos por pessoas que estão em contato direto com o paciente ou com o sistema. Possuem diversas formas como engano, lapso, erros, manuseio desajeitado, violação de procedimentos. Essas falhas têm impacto direto e usualmente de curta duração sobre a integridade das defesas e, além disso, são de difícil previsão.

As condições latentes^{10,11} são os inevitáveis “patógenos residentes” no sistema, que surgem a partir de decisões tomadas por gestores, planejadores e determinações contidas em procedimentos escritos. As decisões estratégicas podem ser equivocadas, possuindo um potencial para introduzir patógenos no sistema. As condições latentes podem permanecer inativas no sistema por muitos anos antes que, em combinação com falhas ativas e disparadores locais, crie uma oportunidade de acidente. Diferentemente das falhas ativas, cujas formas específicas são frequentemente de difícil previsão, as condições latentes podem ser identificadas e corrigidas antes da ocorrência de um evento adverso. Essa compreensão pode conduzir uma gestão do risco pró-ativa, ao invés de reativa.

As preocupações com a qualidade dos serviços de saúde prestados à população constituem tema considerado de interesse há décadas. Avaliar a qualidade das ações e dos serviços é fundamental. O melhor conhecimento do desempenho nos serviços constitui um elemento de grande relevância na caracterização do que deve ser considerado um sistema de saúde desejável e economicamente acessível ao país¹².

1.4 Eventos adversos em hospitais: síntese dos principais estudos

Em revisão sistemática dos estudos voltados para quantificar a ocorrência de EAs no conjunto das ações dos hospitais, baseados em revisão retrospectiva de prontuários, foram comparados os resultados de nove estudos realizados nos EUA nos Estados da Califórnia, Nova York, Utah e Colorado, Austrália, Nova Zelândia, Reino Unido, França, Dinamarca, Canadá¹³.

De acordo com a análise comparativa dos estudos¹³, a proporção de EAs relacionados à cirurgia, entre todos os tipos de EAs, representou 47,7% do total de EAs no *The Harvard Medical Practice Study* (HMPS) (EUA), 44% no *The Utah Colorado Medical Practice Study* (UCMPS) (EUA), 24,3% no *Adverse Events in New Zealand Public Hospitals Study* (AENZS) e 34,1% no *The Canadian Adverse Event Study* (CAES). Alguns estudos relacionaram ainda a incidência de EAs por especialidade. A proporção de EAs detectada em cirurgia geral no *British Adverse Events Study* (BAES)

foi de 16,2%, sendo 43% considerados EAs evitáveis, e no AENZS a proporção foi de 57,5%. A proporção de EA ocorridos na sala de cirurgia foi de 41,0% no HMPS, 39,5% no UCMPS e 71,8% no *The Medical Insurance Feasibility Study (MIFS)*^{13,14,15,16,17}.

O estudo pioneiro de eventos adversos foi o MIFS^{13,18}, que analisou uma amostra de 20.864 prontuários de pacientes internados em 1974 em 23 hospitais do Estado da Califórnia, sendo a incidência de eventos adversos calculada em 4,6% dos pacientes hospitalizados.

Em 1991 foi publicado o *Harvard Medical Practice Study (HMPS)*^{13,14,18}, que foi o primeiro estudo a quantificar empiricamente os danos causados pela assistência à saúde e baseou-se na revisão de 30.121 prontuários de pacientes internados em 1984 em 51 hospitais do Estado de Nova York. A incidência de EAs^{13,14,18} foi calculada em 3,7% das hospitalizações, sendo 27,6% devido à negligência e 14% fatais. As especialidades cirúrgicas tiveram altas taxas de EAs, totalizando 47,7% das ocorrências identificadas. O termo evento adverso tornou-se comum após a publicação desse estudo¹⁹.

Em 1995, o *Quality in Australian Health Care Study*²⁰, baseado no HMPS, calculou que 16,6% das admissões em hospitais na Austrália estão associados com um EA, sendo 39,5% relacionados a especialidades cirúrgicas, que resultaram em incapacidade ou prolongamento do tempo de permanência, sendo metade dos EAs considerados evitáveis²⁰.

Estudos de avaliação de eventos adversos baseados em revisão retrospectiva de prontuários também foram realizados na Holanda²¹, Espanha²² e Suécia²³. No estudo da Holanda²¹ a incidência de EAs foi calculada em 5,7%, sendo 39,6% considerados evitáveis e mais da metade (54%) relacionados com procedimentos cirúrgicos. A incidência de pacientes com EAs foi de 9,3% no estudo da Espanha²² e de 12,3% no estudo da Suécia²³. Nesse último estudo²³, 70% dos EAs foram considerados evitáveis, as especialidades cirúrgicas foram responsáveis por 62% dos EAs e a causa mais comum de EAs evitáveis foi a inadequada realização de procedimentos invasivos (procedimento cirúrgico, cateterismo e endoscopia). No estudo da Espanha²² o risco de sofrer EAs para pacientes admitidos em hospitais de pequeno porte foi 1,4 vezes (Odds ratio 1,44, IC

95% 1,02 a 2,03) maior que o risco para pacientes admitidos em hospitais de grande porte.

Em estudo de eventos adversos realizado em hospitais da Colômbia²⁴ baseado em coorte prospectiva, a incidência acumulada de EAs foi calculada em 4,6%, sendo os EAs mais frequentes as complicações técnicas intraoperatórias (27,6%), complicações não técnicas (15,7%), relacionados com procedimentos obstétricos (16,4%) e infecção de ferida (12,5%).

1.5 Estudo de eventos adversos em hospitais de ensino do Rio de Janeiro

Mendes et al. (2009)²⁵ conduziram estudo de avaliação de eventos adversos em hospitais brasileiros baseado na revisão retrospectiva de prontuários. A incidência de EAs foi estimada em 7,6%, sendo que 66,7% dos casos foram considerados evitáveis. A origem mais frequente de EAs no estudo referido²⁵ foi procedimento cirúrgico, em 36,2% do total de casos. O centro cirúrgico foi o segundo local de maior frequência de EAs onde ocorreram 34,7% dos casos.

Mendes et al. (2009)²⁵ utilizaram como definição de EAs “lesão ou dano (*injury*) não intencional que resultou em incapacidade ou disfunção (*disability*) temporária ou permanente ou prolongamento do tempo de permanência ou morte como consequência do cuidado prestado”. EA evitável foi definido como “um erro no cuidado prestado ao paciente devido a uma falha, individual ou do sistema, em não conformidade com a boa prática”.

A incidência de EAs no estudo²⁵ foi similar a encontrada nas pesquisas que focalizaram a melhoria da qualidade da assistência à saúde, como as realizadas nos seguintes países, com a respectiva incidência de EAs: Nova Zelândia 11,3%, Austrália 16,6%, Inglaterra 10,8%, Dinamarca 9,0%, França 14,5%, Espanha 14,5% e Canadá 7,5%. No entanto, a proporção de EAs evitáveis observada por Mendes et al. (2009)²⁵ foi maior que a observada em outros estudos – Brasil 66,7%, Nova Zelândia 61,6%, Austrália 50%, Dinamarca 40,4%, França 27,6%, Espanha 42,8% e Canadá 37%^{14,15,16,17,25}. Esse resultado sugere a possibilidade de que os problemas relativos à segurança do paciente são mais frequentes nos hospitais brasileiros quando comparados

com países mais desenvolvidos e evidenciou a necessidade de ser avaliada a sua magnitude²⁵.

A abordagem da segurança do paciente em diversos países, inclusive o Brasil, teve uma fase inicial de diagnóstico³. O diagnóstico foi obtido a partir de estudos sobre a ocorrência de EAs em serviços de saúde, que identificaram sua frequência, natureza, principais causas e gravidade. A etapa de diagnóstico cumpre importante papel para destacar a questão da ocorrência de erros em serviços de saúde e para produzir informações detalhadas sobre os EAs, visando orientar a definição de prioridades e a formatação de políticas e intervenções direcionadas para aumentar a segurança dos cuidados à saúde³.

A comparação entre estudos representa importante estratégia na avaliação do desempenho dos sistemas e serviços de saúde, sendo que a comparação de desempenho busca associar os resultados com as características dos sistemas e serviços de saúde visando identificar o potencial de melhoria existente e estratégias para seu alcance³.

O método utilizado nos estudos de ocorrência de EAs mencionados foi o de revisão retrospectiva de prontuários (no estudo da Colômbia o registro de complicações foi prospectivo), que tem limitações metodológicas relacionadas à impraticabilidade de seu uso rotineiro pelos serviços de saúde, à dificuldade de identificação de EAs de menor gravidade e à confiabilidade dos resultados dos revisores de prontuários médicos e não médicos.

Apesar das limitações, essa foi a metodologia empregada na maioria dos estudos voltados para amplos diagnósticos sobre a ocorrência de EAs em hospitais, que fundamentaram o desenvolvimento de estratégias de gestão da segurança do paciente em diversos países.

Embora existam importantes questionamentos quanto à validade dos métodos empregados na mensuração de EAs, os métodos retrospectivos continuam sendo os mais utilizados na fase diagnóstica ou na mensuração de frequência de EAs³.

O estudo de Mendes et al. (2009)²⁵ teve como desenho o método de revisão retrospectiva de prontuários, baseado nos instrumentos de avaliação e nos critérios de rastreamento desenvolvidos pelo *Canadian Adverse Event Study (CAES)*, que foram adaptados para a avaliação da ocorrência de EAs em hospitais brasileiros³, tendo como

estratégia buscar a compatibilização dos instrumentos de avaliação com a cultura médica e hospitalar brasileira, mantendo a comparabilidade dos resultados da pesquisa brasileira com os obtidos em estudos internacionais. A adaptação dos instrumentos de avaliação foi realizada em quatro fases³: tradução inicial dos dois formulários; realização de painel de especialistas para avaliar os critérios de rastreamento a serem utilizados no estudo e para decidir sobre discordância na tradução dos formulários; realização de pré-teste para avaliar prontuários; retrotradução dos formulários adaptados para a análise da equivalência do instrumento nos dois idiomas. A adaptação dos instrumentos de avaliação do CAES promoveu uma melhoria desses instrumentos visando sua adequação à realidade brasileira e permitiu a comparabilidade do estudo brasileiro com os estudos internacionais, especialmente, com o estudo canadense³.

Para a coleta de dados da pesquisa foi desenvolvido o Programa Computacional Eventos Adversos²⁵. A coleta de dados foi realizada através do preenchimento de formulários de revisão de eventos adversos em hospitais brasileiros²⁵, provenientes da adaptação dos instrumentos de avaliação e dos critérios de rastreamento desenvolvidos pelo *Canadian Adverse Event Study (CAES)*³.

O estudo²⁵ foi realizado em três hospitais públicos de ensino localizados no Estado do Rio de Janeiro²⁵. Esses hospitais possuem serviços de urgência e emergência e dois deles serviço de obstetrícia. A população do estudo consistiu de 27350 pacientes admitidos no ano de 2003, sendo selecionada uma amostra aleatória simples dos pacientes internados. Foram excluídos da amostra os pacientes menores de 18 anos, os pacientes que permaneceram internados menos de 24 horas e os pacientes com diagnóstico principal de doenças psiquiátricas. O tamanho final da amostra foi de 1628 pacientes, com 1103 elegíveis para o estudo. A internação índice foi a última internação ocorrida em 2003²⁵.

A avaliação de eventos adversos envolveu duas fases²⁵. A primeira fase foi baseada em uma revisão explícita para rastreamento de potenciais eventos adversos, realizada por enfermeiros. A segunda fase foi realizada por médicos e foi baseada em revisão implícita estruturada para a identificação dos Eas. Primeiramente, os médicos identificaram a ocorrência de lesão ou dano não-intencional e, em seguida, analisaram a

associação entre as lesões e os danos com a incapacidade temporária ou permanente, e ou com prolongamento da permanência hospitalar ou óbito. Por fim, utilizando uma escala de seis pontos do estudo canadense determinaram se a lesão ou dano foi causado pela assistência prestada ao paciente²⁵. Essa escala variou de (1) praticamente nenhuma evidência a (6) evidência praticamente certa. Uma lesão ou dano foi classificado como evento adverso quanto alcançou pontuação na escala de 4 ou mais pontos. A evitabilidade dos eventos adversos foi julgada de acordo com uma escala de seis pontos, sendo um evento adverso classificado como evitável quando alcançou 4 pontos ou mais. Os revisores foram treinados empregando-se prontuários médicos selecionados para esta finalidade. Todos os médicos e enfermeiros tinham mais de 20 anos de experiência²⁵.

1.6 Eventos adversos cirúrgicos: introdução ao tema e sua relevância

O termo EA cirúrgico é relativamente novo, mas o conceito de monitoramento dos resultados cirúrgicos, incluindo complicações pós-operatórias é muito antigo, havendo referência a sistemas de coleta de informações hospitalares existentes em 1732¹⁸. Estatísticas vitais existem na Grã-Bretanha desde 1838. Em 1850 foi estabelecida a associação entre transmissão de infecção e a higiene da mão e em 1854 destacados os riscos aos pacientes relacionados com a má higiene nos hospitais. Em 1910, Ernest Codman^{13,18} apontou a necessidade de avaliação rotineira dos resultados negativos em cirurgias para a melhoria da qualidade da assistência.

Nos anos 90 do século passado¹⁸, continuou a expansão do interesse no campo de erros e danos relacionados com a assistência à saúde, porém com mudança no foco das pesquisas, que inicialmente buscavam estimar a frequência e natureza dos EAs em instituições e mais recentemente uma ênfase dirigida a como lidar melhor com o problema e uma crescente concordância com uma abordagem sistêmica ou organizacional.

EAs cirúrgicos¹⁸ contribuem significativamente para a morbidade pós-operatória, sendo sua avaliação e monitoramento frequentemente imprecisos e com validade incerta. Dada a tendência de redução do tempo de permanência hospitalar e o aumento no uso de

técnicas cirúrgicas inovadoras, especialmente minimamente invasivas e os procedimentos endoscópicos, a avaliação e o monitoramento eficiente dos eventos adversos cirúrgicos tornam-se cruciais.

Alguns atributos comuns foram identificados em recente revisão de eventos adversos¹⁸: EAs são desfavoráveis, indesejáveis e prejudiciais, têm impacto sobre o paciente e estão associados a um processo da assistência à saúde, mais do que a um processo natural de doenças.

Estudos sobre eventos adversos¹³ têm demonstrado a complexidade de sua análise devido à variabilidade dos sistemas de registro e a extensa gama de definições na literatura científica para complicações pós-operatórias. As complicações pós-operatórias resultam da interação de fatores dependentes do paciente, de sua enfermidade e da atenção à saúde recebida. O estudo dos EAs cirúrgicos tem especial relevância por sua frequência, porque em parte são atribuíveis a deficiências na atenção à saúde, pelo impacto considerável sobre a saúde dos pacientes, pela repercussão econômica no gasto social e sanitário e por constituir um instrumento de avaliação da qualidade da assistência.

Os eventos adversos de maior interesse à saúde pública são os evitáveis, suscetíveis a intervenções dirigidas à sua prevenção. Os eventos adversos cirúrgicos estão relacionados com acidentes intra-operatórios cirúrgicos ou anestésicos, com complicações pós-operatórias imediatas ou tardias e com o fracasso da intervenção cirúrgica²⁶.

Os EAs cirúrgicos foram objeto de estudos realizados nos EUA²⁷, Austrália²⁸ e Espanha²⁶. No estudo sobre EAs cirúrgicos em hospitais de Colorado e Utah (EUA) foi calculada a taxa de incidência de 1,9% para o total de pacientes internados. Dentre os pacientes submetidos à cirurgia e nos casos de parto a taxa de incidência de EAs cirúrgicos foi de 3,0%, sendo 54% considerados evitáveis. Foi estimado que 5,6% dos EAs cirúrgicos resultaram em óbito²². No estudo para determinar a taxa de EAs em pacientes cirúrgicos na Austrália²⁸, a prevalência de internações cirúrgicas associadas com um EA foi calculada em 21,9%. Quanto à prevenção, foram classificados como altamente evitáveis 47,6% dos EAs, pouco evitáveis 31,4% e 20,8% não evitáveis. Foi realizado um estudo para descrever os eventos adversos em cirurgias de parede

abdominal e analisar as associações entre os resultados e determinadas características dos pacientes, em um serviço de cirurgia geral em Valencia, Espanha²⁶. Complicações foram identificadas em 16,32% dos pacientes.

A relevância da questão da segurança em cirurgia no Brasil pode ser evidenciada pelos resultados do estudo de Mendes et al. (2009)²⁵, especialmente se considerarmos o volume de internações relacionadas com cirurgia ocorridas no país no ano de 2003, cerca de três milhões, ano de referência do estudo mencionado²⁹. Além disso, poucos hospitais brasileiros cumprem a legislação sanitária para o licenciamento de estabelecimentos hospitalares³⁰. Dados oriundos do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, referentes à inspeção de 743 hospitais realizadas no ano de 2003, demonstram que 52,5% apresentaram condições físicas inadequadas, em desacordo com a legislação sanitária³⁰. Deve ainda ser destacado que os hospitais de pequeno porte, ou seja, com até cinquenta leitos, representam 62% dos estabelecimentos hospitalares e 18% dos leitos existentes no sistema de saúde brasileiro³¹. Esses hospitais estão distribuídos principalmente em municípios de pequeno porte interioranos, são de baixa complexidade e densidade tecnológica, apresentam taxa de ocupação baixa (32,8%) e 89% possuem sala de cirurgia³¹.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Avaliar a incidência de eventos adversos cirúrgicos e os fatores contributivos em hospitais do Rio de Janeiro.

2.2 Objetivos específicos

1. Rever os estudos sobre a avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais, com o objetivo de conhecer a definição e a classificação de EAs cirúrgicos utilizada, a metodologia empregada e os seus resultados.
2. Analisar descritivamente os EAs cirúrgicos e identificar os fatores que contribuíram para a ocorrência dos eventos nos hospitais estudados
3. Comparar os resultados com estudos sobre EAs cirúrgicos realizados em outros países.

3 Método

Esta pesquisa é constituída de uma revisão bibliográfica dos estudos que avaliaram a ocorrência de eventos adversos cirúrgicos e de análise descritiva de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro.

3.1 Revisão bibliográfica de eventos adversos cirúrgicos

Foi realizada pesquisa bibliográfica dos estudos que avaliaram a ocorrência de eventos adversos cirúrgicos utilizando-se as seguintes bases de dados: Medline, COCHRANE, Lilacs, Scielo e o banco de teses e dissertações da Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES. Foram analisados todos os textos publicados de 1990 até outubro de 2009. As palavras-chaves foram pesquisadas empregando-se os termos livres: *surgical adverse events and epidemiology/classification*; evento adverso; *efecto adverso quirúrgico*.

Foram definidos como critérios de inclusão estudos baseados na avaliação de eventos adversos cirúrgicos e complicações cirúrgicas ocorridos em hospitais e de exclusão os estudos que analisaram complicações e eventos adversos relacionados com

cirurgias realizadas em centro cirúrgico ambulatorial e os estudos tendo como objeto um tipo de cirurgia ou de técnica cirúrgica.

Os artigos recuperados foram selecionados em três etapas. Na primeira etapa foram selecionados pela leitura do título. Na segunda, o resumo dos artigos selecionados na primeira etapa foi analisado, sendo excluídos os artigos que não atenderam aos critérios de inclusão. O texto completo dos artigos remanescentes foi analisado na terceira etapa, permanecendo os que atenderam aos critérios de inclusão.

Nos artigos selecionados foram analisados os seguintes aspectos: o tipo de estudo; o tamanho da amostra, a definição de evento adverso cirúrgico e de complicação cirúrgica; a incidência de EA cirúrgico; o desenho da avaliação realizada; os indicadores utilizados; a proporção das variáveis de interesse; a classificação de eventos adversos cirúrgicos e de complicações cirúrgicas.

3.2 Desenho do estudo

Esta pesquisa é um estudo de coorte retrospectivo que buscou realizar análise descritiva de dados secundários do banco de dados gerado pelo Programa Computacional Eventos Adversos, que foi desenvolvido para a coleta de dados da pesquisa de avaliação da ocorrência de eventos adversos em três hospitais de ensino localizados no Estado do Rio de Janeiro, conduzida por Mendes et al. (2009)²⁵. A metodologia do estudo mencionado foi detalhadamente descrita no item 1.5.

Para esta pesquisa de avaliação de eventos adversos cirúrgicos foram gerados quatro bancos de dados do Programa Computacional de Eventos Adversos.

Antes da geração dos bancos de dados foi analisada a descrição de todos os casos com EAs elaborada por Mendes et al. (2009)²⁵, com o objetivo de identificar pacientes submetidos à cirurgia, cujos EAs não foram classificados anteriormente como EAs cirúrgicos, para verificar a pertinência de sua inclusão na amostra da pesquisa. Foram identificadas três pacientes submetidas a parto cesáreo com eventos adversos classificados como obstétricos. Baseado na definição de Bruce et al.¹⁸ para eventos adversos cirúrgicos, os eventos adversos ocorridos em pacientes submetidas a parto

cesáreo, classificados na primeira pesquisa como obstétricos foram considerados como eventos adversos cirúrgicos. Bruce et al.¹⁸ definiram EA cirúrgico ou complicação cirúrgica como “um evento que é atribuível a um procedimento cirúrgico e pode ocorrer em qualquer momento no pós-operatório tão longo quanto a ocorrência é ainda atribuível a uma precedente intervenção cirúrgica anteriormente realizada”.

O primeiro banco de dados gerado contém os dados dos pacientes que tiveram eventos adversos cirúrgicos (35 pacientes) e das três pacientes submetidas a parto cesáreo que tiveram eventos adversos classificados na primeira pesquisa como obstétricos e considerados como cirúrgicos para esta pesquisa, totalizando uma amostra de 38 pacientes.

O segundo banco de dados gerado foi constituído pelo conjunto de eventos adversos cirúrgicos e obstétricos. Nos 38 pacientes selecionados, foram encontrados 41 eventos adversos cirúrgicos, pois cada paciente pode ter tido mais de um evento adverso.

Mais dois bancos de dados foram gerados, um com os dados dos pacientes da coorte submetidos a procedimentos e outro com os dados dos 1103 pacientes da amostra do estudo de Mendes et al. (2009)²⁵.

Foi também gerada pelo Programa Computacional de Eventos Adversos a listagem dos procedimentos realizados nos pacientes, totalizando 855 procedimentos. A listagem dos procedimentos foi analisada em três etapas tendo como objetivo a exclusão dos procedimentos não invasivos e dos procedimentos invasivos não cirúrgicos, para o correto cálculo da proporção de EAs cirúrgicos na população de pacientes submetidos à cirurgia. Na primeira etapa, foram excluídos todos os procedimentos não invasivos. Na segunda etapa, os procedimentos invasivos foram analisados tendo como referência a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do Sistema Único de Saúde – SUS, de 07/11/2004, grupo: 04 – PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS. Foi verificada a presença na tabela de todos os procedimentos invasivos. Na terceira etapa, foi realizada a análise dos procedimentos invasivos inexistentes na tabela, utilizando como referência a descrição de cirurgia de maior porte adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS)² como “qualquer procedimento realizado na sala de cirurgia envolvendo incisão, excisão, manipulação, ou sutura de tecido que geralmente requer anestesia geral ou regional, ou sedação profunda para controlar a dor. Foram excluídos 212 procedimentos

considerados não invasivos ou invasivos não cirúrgicos e criada nova variável procedimento cirúrgico no terceiro banco de dados.

Análise exploratória dos bancos de dados foi realizada com o objetivo de selecionar as variáveis de interesse para esta pesquisa, sendo estudadas todas as observações constantes nos bancos de dados. Para a seleção das variáveis foi também avaliado o formulário de revisão de eventos adversos em hospitais brasileiros (fase 2), em anexo.

As medidas utilizadas nesta pesquisa foram:

- incidência de evento adverso cirúrgico entre os pacientes internados ((número de pacientes com pelo menos um evento adverso cirúrgico / número total de pacientes) x 100);
- proporção de eventos adversos cirúrgicos evitáveis ((número de eventos adversos cirúrgicos evitáveis / número total de eventos adversos cirúrgicos) x 100);
- proporção de pacientes com EAs cirúrgicos evitáveis ((número de pacientes com EAs cirúrgicos evitáveis / número total de pacientes com EAs cirúrgicos) x 100);
- proporção de EA cirúrgico entre pacientes cirúrgicos ((número de cirurgias com pelo menos um EA cirúrgico / número total de cirurgias) x 100), e
- densidade de incidência de eventos adversos cirúrgicos ((número de eventos adversos cirúrgicos / somatório dos dias de permanência de todos os pacientes submetidos à cirurgia) x 100).

Na análise descritiva foram analisados:

- as características demográficas dos pacientes;
- os critérios de rastreamento positivos de prontuários de pacientes com eventos adversos cirúrgicos;
- o caráter da internação;
- a condição de saída dos pacientes;
- o evento mais importante em pacientes com eventos adversos cirúrgicos;
- os fatores que contribuíram para o evento adverso cirúrgico;
- o tempo médio de permanência de pacientes com eventos adversos cirúrgicos;
- parcela do tempo de permanência devida ao evento adverso cirúrgico;
- o grau de dano físico julgado do evento adverso cirúrgico;

- o local de ocorrência do evento adverso cirúrgico;
- a confiança nas evidências de que o cuidado prestado causou a lesão ou dano;
- o momento de detecção e ocorrência do evento adverso cirúrgico em relação à internação índice;
- os fatores contribuintes;
- a classificação da complexidade do caso;
- o grau de risco de ocorrer um evento adverso cirúrgico relacionado ao cuidado;
- a confiança nas evidências de possível evitabilidade dos eventos adversos cirúrgicos;
- a razão da não prevenção do evento adverso cirúrgico;
- as áreas identificadas para esforços para prevenir a recorrência do evento adverso cirúrgico;
- o tipo de erro – por omissão ou ação.

Foi calculada a correlação entre idade e tempo de permanência e a associação entre EA cirúrgico evitável e óbito.

As análises estatísticas foram realizadas utilizando-se o pacote estatístico STATA 10.0.

Foi ainda realizada análise comparando os resultados da pesquisa com resultados dos estudos sobre eventos adversos cirúrgicos selecionados na revisão bibliográfica.

O projeto desta pesquisa foi submetido à Comissão de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ e aprovado com o número de protocolo CAAE – 0200.0.031.000-09. Foram adotados procedimentos para impossibilitar a identificação do indivíduo e para a manutenção da confidencialidade dos dados individuais dos pacientes.

O pesquisador se compromete a não divulgar os resultados encontrados fora do âmbito da pesquisa e a respeitar o anonimato dos indivíduos, em sua estratégia de divulgação.

4 Resultados

4.1 Revisão Bibliográfica

4.1.1 Estudos selecionados

A pesquisa bibliográfica recuperou 1086 artigos e a Tabela 1 mostra o total de artigos recuperados e selecionados por fonte de pesquisa. Foram selecionados 11 artigos sobre avaliação de EAs cirúrgicos^{26,27,28,32,33,34,35,36,37,38,39}. Esses estudos foram conduzidos nos EUA, Holanda, Canadá, Austrália, Suíça e Espanha.

A Tabela 2 descreve as características dos estudos, relativas ao tipo de desenho, a técnica de identificação do EA, a definição de EA / EA cirúrgico / complicação, a classificação de EA cirúrgico ou complicação e os resultados dos estudos.

Dos 11 artigos selecionados 6 (50,0%) são estudos retrospectivos e destes 3 (25,0%) baseados na revisão de prontuário do paciente.

Tabela 1 – Número de artigos recuperados por palavra-chave e suas combinações segundo a fonte de pesquisa

Fonte de pesquisa	Número de Artigos		
	Total	Excluídos	Total
Medline			
Surgical adverse events and epidemiology	838	812	8
Surgical adverse events and classification	183	174	3
Cochrane			
Surgical adverse events and epidemiology	0	0	0
Surgical adverse events and classification	0	0	0
Lilacs			
Efectos adversos quirúrgicos	5	5	0
Scielo			
Evento adverso	9	9	0
Banco de teses da CAPS			
Evento adverso cirúrgico	51	51	0

Tabela 2 – Características dos estudos sobre eventos adversos cirúrgicos

Referência	País/Ano	Desenho	Técnica de identificação de EA	Definição de EA / EA cirúrgico/ Complicação	Classificação de evento adverso cirúrgico / complicação	Resultados
Gawande et al. ²⁷	EUA / 1999	Retrospectivo	Revisão de prontuário do paciente	EA cirúrgico e complicação cirúrgica	EA cirúrgico em 10 categorias e complicação operatória em 13 categorias adicionais	3,0% de Eas cirúrgicos, 54% evitáveis, 15% resultaram em incapacidade permanente e óbito
Veen et al. ³²	Holanda / 1999	Retrospectivo	Revisão de registros diários de complicações	Complicação cirúrgica	Complicação em 4 categorias, 1 com 3 sub-grupos para a categoria 2 e causa em 4 categorias	13% das cirurgias com complicações, 80,24% das complicações com pequeno ou nenhum efeito
Wanzel et al. ³³	Canadá / 2000	Prospectivo	Monitoramento de complicações por revisão diária de prontuários e outros	Complicação e severidade da complicação	EA em 8 categorias, severidade em 4 categorias e 3 tipos de relação com a cirurgia	39% dos pacientes com complicações, 30% das complicações diretamente relacionadas com cirurgia, 1% fatais
Calland et al. ³⁴	EUA / 2001	Retrospectivo	Revisão de prontuário do paciente e análise de banco de dados institucional	Evento adverso	Complicações em 6 categorias	1,9% de óbitos em 30 dias após a cirurgia

continua

Tabela 2 – Características dos estudos sobre eventos adversos cirúrgicos

continuação

Referência	País/Ano	Desenho	Técnica de identificação de EA	Definição de EA / EA cirúrgico/ Complicação	Classificação de evento adverso cirúrgico / complicação	Resultados
Kable et al. ²⁸	Austrália/ 2001	Retrospectivo	Revisão de prontuário do paciente	Evento adverso	Erro de desempenho em 5 categorias, complicações de EA operatórios em 5 categorias	21,9% de EA, 47,6% altamente evitáveis, 31,4% pouco evitáveis, 20,8% não evitáveis
Bellomo et al. ³⁵	Austrália/ 2002	Prospectivo	Monitoramento diário dos pacientes	Evento adverso grave	EAs pós-operatórios graves em 10 categorias	16,9% de EAs graves, mortalidade de 7,1%
Healey et al. ³⁶	EUA / 2002	Prospectivo	Monitoramento diário dos pacientes e análise de banco de dados institucional	Complicação maior	Classificação quanto à duração da seqüela, gravidade, causação e fatores de mitigação ou extenuantes; 12 categorias de complicações consideradas evitáveis	32,1% de complicações, 49% menores, 52% maiores, 30% dos óbitos evitáveis
Gawande et al. ³⁷	EUA / 2003	Retrospectivo	Entrevista com cirurgiões para obter registro sobre EAs cirúrgicos	Evento adverso	Fatores contributivos em 15 categorias	86% dos incidentes por fatores do sistema
Dindo et al. ³⁸	Suíça / 2004	Prospectivo	Análise de dados coletados	Complicação cirúrgica	Complicações cirúrgicas em 7 graus de gravidade com 2 sub-grupos para os graus 3 e 4	16% de complicações, 1,2% de taxa de mortalidade

continua

Tabela 2 – Características dos estudos sobre eventos adversos cirúrgicos*continuação*

Referência	País/Ano	Desenho	Técnica de identificação de EA	Definição de EA / EA cirúrgico/ Complicação	Classificação de evento adverso cirúrgico / complicação	Resultados
Aguiló et al. ²⁶	Espanha / 2005	Prospectivo	Análise de dados do Sistema de informação clínica institucional	EA cirúrgico	Complicações cirúrgicas em 5 categorias e gravidade em 4 categorias	16,32% de complicações, taxa de mortalidade de 1,3/1000 cirurgias programadas e 20,4/1000 em urgências
Veen et al. ³⁹	Holanda / 2005	Retrospectivo	Registro de complicações em banco de dados institucional	Complicação	Complicações cirúrgicas em 15 categorias	35,84% de complicações

4.1.2 Desenho dos estudos

Gawande et al. (1999)²⁷ realizaram estudo tendo como objetivo identificar e analisar EAs cirúrgicos, baseado em revisão retrospectiva de prontuários. Analisaram uma amostra aleatória de 15.000 prontuários de pacientes não psiquiátricos internados em 1992 em 15 hospitais do Estado de Colorado e 13 hospitais do Estado de Utah, nos EUA. A revisão dos prontuários teve dois estágios. No primeiro, enfermeiras treinadas rastream os prontuários para algum dos 18 critérios associados com um EA e no segundo estágio, os prontuários com critérios positivos foram revisados por médicos locais treinados, utilizando uma forma padronizada de análise de EA, detectando EAs cirúrgicos e não cirúrgicos. Após o segundo estágio, um investigador revisou o sumário dos casos de todos os EAs envolvendo complicações técnicas para identificar aqueles que resultaram de falhas da cirurgia. Foram excluídos os EAs detectados na hospitalização subsequente para evitar superestimativa da incidência.

Veen et al. (1999)³² realizaram estudo retrospectivo baseado na análise dos registros oriundos dos relatos diários de residentes e de todas as complicações ocorridas no departamento de cirurgia do hospital distrital *Rode Kruis Ziekenhuis*, na Holanda, sendo as avaliações e classificações realizadas durante os encontros semanais do corpo clínico do departamento. O estudo teve como objetivo documentar a incidência e os resultados de complicações no departamento de cirurgia. No período de janeiro de 1993 a dezembro de 1995, foram admitidos 7455 pacientes no departamento de cirurgia, sendo realizadas 8130 cirurgias, com um total de 1078 complicações registradas e classificadas.

Wanzel et al.³³ realizaram estudo prospectivo para determinar a incidência e natureza de complicações no serviço de cirurgia geral *Wellesley Central Hospital*, no Canadá, e para determinar a confiabilidade dos métodos de registro adotados no hospital, através da comparação dos resultados com os registros e métodos de relatos institucionais pré-existentes. Foram identificados todos os pacientes admitidos ou transferidos para o serviço de cirurgia do hospital no período de 16/06 a 15/08, no ano de 1996 e monitoradas todas as complicações prospectivamente através de revisões diárias de prontuários e relatos de sala de cirurgia, visitas frequentes aos pacientes e entrevistas com cirurgiões, residentes, enfermeiros e outros profissionais de saúde do quadro funcional. Foram observados 192 pacientes por 1277 pacientes-dia.

Foi publicado também em 2001 estudo retrospectivo realizado por Calland et al.³⁴ baseado na revisão de prontuário, complementada com dados registrados em procedimentos de conferência de morbidade e mortalidade e análise de dados de um banco de dados institucional referentes a todos os pacientes que morreram em 30 dias depois de serem submetidos a procedimento cirúrgico no centro cirúrgico principal do *University of Virginia Health Sciences Center*, nos EUA, no período de 01/01/99 a 30/06/99. Os prontuários foram analisados por revisores treinados para identificar a ocorrência de EA e revisados por médicos, sendo realizada a avaliação da validade por concordância dos resultados. Todos os EAs potenciais foram revisados e avaliados quanto à probabilidade do óbito ser atribuído a algum fator que não seja a doença principal e quanto à probabilidade do EA ser resultado de um erro. Foram revisados os prontuários de 6296 pacientes, que foram submetidos a 7379 cirurgias.

Kable et al.²⁸ realizaram estudo de revisão retrospectiva de prontuários de pacientes tendo como amostra 520 prontuários de pacientes internados em 1992 em 28 hospitais de 2 estados da Austrália, excluindo as admissões psiquiátricas e as de hospital-dia. O processo de revisão de prontuários teve dois estágios para determinar a ocorrência de um EA associado com a admissão índice, sendo esta a admissão amostrada. No estágio 1 os prontuários foram rastreados por enfermeiros treinados usando 18 critérios explícitos. No caso de 1 ou mais critérios positivos, o prontuário foi revisado no estágio 2 por 2 médicos utilizando um questionário estruturado com questões sobre dano não intencional e incapacidade para determinar a ocorrência de um EA. Buscaram consenso nas discordâncias a partir da avaliação de um terceiro médico. Os revisores foram 21 médicos com pelo menos 10 anos de experiência (clínicos, anestesistas, obstetras e pediatras).

Foi realizado estudo prospectivo por Bellomo et al.³⁵ tendo como objetivo avaliar a incidência e a natureza de EAs graves em pacientes cirúrgicos e determinar os subgrupos de pacientes que podem ser de maior risco. Avaliaram todos os pacientes internados submetidos à cirurgia no *Austin and Repatriation Medical Center*, na Austrália, no período de dezembro de 1998 e março de 1999, que permaneceram no hospital 48 horas ou mais após a cirurgia, totalizando uma amostra de 1125 pacientes submetidos a 1319 procedimentos. Ocorreram 414 EA graves que afetaram 190 pacientes (16,9%) e 80 pacientes morreram (7,1%). A incidência de EAs graves não variou significativamente com o tipo de cirurgia realizada.

Healey et al.³⁶ realizaram estudo prospectivo em uma amostra de 4743 pacientes admitidos em 4 serviços de cirurgia (cirurgia geral, cirurgia vascular, cirurgia geral e trauma, cirurgia cardiotorácica) do *University of Vermont Teaching Hospital / Level I Trauma Center*, nos EUA, no período de janeiro de 2000 a junho de 2001. O estudo teve como objetivo avaliar a severidade das sequelas e se as complicações nos pacientes cirúrgicos resultaram de erros médicos. A coleta de dados foi baseada na avaliação diária dos pacientes, que foram monitorados para o desenvolvimento de complicações e na alimentação de banco de dados com os dados demográficos e as informações sobre as complicações que ocorreram. A base de dados foi cruzada com o banco de dados de alta hospitalar e de pagamento. Para todos os pacientes com complicações, os dados foram

complementados pelo cirurgião assistente. A proporção de pacientes com complicações variou entre os serviços de 17 a 25% e a taxa de complicações entre 26,9% e 42,4%.

Em 2003, foi publicado estudo realizado por Gawande et al. (2003)³⁷ tendo como método entrevistas confidenciais com 38 cirurgiões de 3 hospitais de ensino de Massachusetts selecionados aleatoriamente, para obterem registros detalhados sobre EAs cirúrgicos resultantes de erros na assistência. Dados sobre as características dos incidentes e fatores que cirurgiões relataram terem contribuído para os erros foram registrados e analisados. Foram relatados 146 incidentes, sendo que 14 incidentes foram relatados por mais de 1 cirurgião.

Dindo et al.³⁸ realizaram estudo com o objetivo de aperfeiçoar a classificação de complicações cirúrgicas elaborada anteriormente por um dos autores, testar essa classificação modificada numa coorte de 6336 pacientes submetidos à cirurgia geral no *University Hospital of Zurich*, na Suíça, no período de 1988 a 1997 com dados coletados prospectivamente e avaliar a aceitabilidade e a reprodutibilidade da classificação, através da análise de 2 questionários enviados para 144 cirurgiões de 10 serviços de cirurgia localizados na Argentina, Ásia, Austrália, EUA e Suíça. Uma ou mais complicações ocorreram em 16,4% dos pacientes na coorte e a taxa de mortalidade foi de 1,2%.

Foi publicado em 2004 estudo de coorte prospectivo realizado por Aguiló et al.²⁶ com o objetivo de descrever os EAs após cirurgia de parede abdominal e analisar as associações entre os resultados e determinadas características dos pacientes e o tipo de admissão. A amostra foi de 6750 pacientes internados no Serviço de Cirurgia Geral do *Hospital Lluís Alcanyís*, na Espanha, submetidos à cirurgia de parede abdominal, em um período de cinco anos. Foram utilizados os dados registrados no sistema de informação clínica referentes às complicações pós-operatórias, reinternações por complicação do procedimento original, mortalidade intra-hospitalar e as reinternações vinculadas ao episódio índice. A incidência de complicações foi de 16,32% (IC 95% 13,94-18,70), com média de 1,58 complicações por caso complicado.

Veen et al. (2005)³⁹ realizaram um estudo retrospectivo baseado na análise de dados de um banco de dados sobre todos os pacientes que tiveram complicações após cirurgia colorretal com anastomose, no período de janeiro de 1995 a dezembro de 2001 no Departamento de Cirurgia do *St Elisabeth Hospital*, na Holanda. O objetivo do estudo

foi obter informações sobre as classificações usadas no processo de registro de complicações e determinar se há uma abordagem consistente para a classificação de complicações. O banco de dados possui dois sistemas para classificação de complicações, o da *Association of Surgery of the Netherlands* (ASN) e o *Trauma Registry of the American College of Surgeons* (TRACS), sendo que ambos não indicam a severidade das complicações. Os dois sistemas demonstraram inconsistência na classificação para o registro de complicação e as diferenças na classificação identificadas dependem da interpretação dos registros dos médicos do serviço.

4.1.3 Definição de EAs cirúrgicos e de complicações cirúrgicas

Foram identificadas nos estudos selecionados três^{28,34,37} definições de EA, duas definições de EA cirúrgico^{26,27}, três^{27,32,38} definições de complicação cirúrgica, duas definições de complicação^{33,39}, uma definição de EAs graves³⁵ e uma definição de complicação maior³⁶.

No estudo de Gawande et al. (1999)²⁷ EA cirúrgico foi definido como “EA relacionado com uma cirurgia ou com um cuidado não operatório realizado por um cirurgião ou que ocorreu dentro de 30 dias após uma cirurgia” e complicações cirúrgicas como “EAs relacionados com uma cirurgia ou que ocorreu dentro de 30 dias após uma cirurgia”.

Veen et al. (1999)³² definiram complicação cirúrgica como “toda evolução indesejada da doença do paciente ou do tratamento da doença do paciente que ocorre na clínica”. Segundo os autores, esta definição foi escolhida devido à incapacidade de registrar complicações relativamente menores, que não tenham efeito sobre a recuperação do paciente. Complicações que ocorreram após a alta hospitalar não foram incluídas na definição. Os autores destacam que a definição de complicação utilizada permitiu a oportunidade de incluir complicações não esperadas.

Complicação foi definida por Wanzel et al.³³ como “um resultado adverso, não intencional, que ocorreu após um procedimento cirúrgico ou cuidado, que não foi

causado pela doença de base e resultou em dano à saúde, incluindo bem-estar físico e mental”.

Bellomo et al.³⁵ utilizaram critérios específicos para definir EAs graves, que foram desenvolvidos após consulta aos especialistas do corpo clínico da Unidade de Terapia Intensiva especificamente para o estudo.

Healey et al.³⁶ conceituaram complicação maior como a que “causou prolongamento da hospitalização, requereu um procedimento invasivo ou resultou em mudança do status funcional”.

Complicações cirúrgicas foram definidas por Dindo et al.³⁸ como “um desvio do curso normal do pós-operatório”. Foram incluídas complicações assintomáticas, como arritmias e atelectasias.

EA cirúrgico foi definido como “um resultado desfavorável atribuível a um procedimento cirúrgico” no estudo realizado por Aguiló et al.²⁶.

Veen et al. (2005)³⁹ utilizaram a definição de complicação da Association of Surgery of the Netherlands (ASN) “uma complicação é uma condição ou evento, desfavorável para a saúde do paciente, que causa dano irreversível ou requer uma mudança na conduta terapêutica”.

4.1.4 Classificação de EAs cirúrgicos

O tipo de EA cirúrgico foi classificado em 10 categorias no estudo de Gawande et al. (1999)²⁷: complicação operatória; EA medicamentoso; relacionado com anestesia, relacionado com queda; relacionado com fratura; diagnóstico incorreto ou demorado; terapêutica incorreta ou demorada; complicação de procedimento médico; relacionado com pós-parto e neonatal. As complicações operatórias foram classificadas em 13 categorias adicionais: infarto agudo do miocárdio; hemorragia; insuficiência cardíaca congestiva; trombose venosa profunda; arritmia; infecção não de ferida; outros eventos não técnicos; outros problemas de ferida; pneumonia; embolia pulmonar; AVC; complicações relacionadas com a técnica, e infecção de ferida.

Veen et al. (1999)³² classificaram cada complicação visando estabelecer o efeito sobre o paciente e possíveis erros em técnicas cirúrgicas ou cuidado dos pacientes utilizando as categorias abaixo mencionadas.

Complicação:

Categoria 1 - complicação menor, sem efeitos a longo prazo;

Categoria 2a - medicação adicional ou transfusão;

2b - reoperação;

2c - prolongamento da permanência no hospital;

Categoria 3 - dano físico irreversível;

Categoria 4 - óbito.

Causa:

Categoria A - erro no cuidado do paciente;

Categoria B - erros na técnica cirúrgica;

Categoria C - doença do paciente;

Categoria D - centro cirúrgico externo.

Complicações sem efeitos a longo prazo: retenção urinária pós-cirúrgica maior que 6 horas; bacteremia por cateter de infusão intravenosa; úlcera de decúbito; hematoma; problemas de ferida cirúrgica menores, e outros.

Complicações que requerem medicação adicional ou transfusão, reoperação ou que prolongam a permanência hospitalar: pneumonia; hemorragia, hematoma; problemas de ferida cirúrgica maiores;

Cada EA foi classificado por Wanzel et al.³³ como direta ou indiretamente relacionado com a cirurgia, ou não relacionado com a cirurgia. Os EAs foram classificados de acordo com as seguintes categorias: óbito; incisão cirúrgica; infecção; hemorragia; relacionado com cateter ou dreno; desordem sistêmica de origem respiratória, cardiovascular, gastrointestinal, genitourinária ou do sistema nervoso central; erro de medicação, ou miscelânea. A severidade da complicação foi definida como: fatal, se outra causa de óbito não pode ser determinada; ameaçadora da vida, se suporte vital ou cirurgia de emergência foram requeridas para ressuscitar o paciente; moderada, se outra terapia foi requerida, ou trivial, se afetou apenas o conforto físico ou emocional. Erros foram definidos como ato não intencional de omissão ou comissão ou

um ato que não alcançou o resultado imediato planejado e classificados como erros no diagnóstico, tratamento, comunicação ou falha de sistema/equipamento.

Os EAs potenciais foram avaliados, no estudo de Calland et al.³⁴, por médicos revisores, utilizando graduação subjetiva, com escala de 5 pontos ordinais, quanto à probabilidade do óbito ser atribuído a algum fator ou a doença primária do paciente. Complicações foram classificadas em 6 categorias: hemorragia, infecção, complicações cardiovasculares, acidente vascular cerebral, insuficiência respiratória e complicação técnica.

Kable et al.²⁸ classificaram as admissões de acordo com o Australian National Diagnosis Related Group (DRG) como cirúrgica ou clínica. Erros sistêmicos foram caracterizados como problemas de comunicação, atrasos ou falha de equipamentos. As categorias de erro utilizadas foram: cirúrgico, sistema, diagnóstico, terapêutico, medicamento, fraturas, procedimento médico, e anestesia. Erros de desempenho para EA cirúrgico foram classificados nas seguintes categorias: erros técnicos; erros baseados na habilidade; erros baseados nas regras; erros baseados no conhecimento, e violações. Oito áreas de atenção que auxiliam na prevenção da ocorrência de EAs operatórios foram codificadas: garantia da qualidade, educação, mudanças no sistema, comunicação, certificação, treinamento, recursos, manutenção dos registros. As complicações dos EAs operatórios foram classificadas como: infecção de ferida, hemorragia, problemas na ferida cirúrgica, trombose venosa profunda / embolia pulmonar e pneumonia.

Bellomo et al.³⁵ utilizaram critérios específicos para definir os seguintes EAs pós-operatórios graves: infarto agudo do miocárdio, embolismo pulmonar, edema agudo de pulmão, traqueostomia não planejada, insuficiência respiratória, parada cardíaca, acidente vascular encefálico, sepsis severa, insuficiência renal aguda, admissão emergencial em UTI.

No estudo de Healey et al.³⁶ as complicações foram avaliadas quanto à: duração da seqüela (temporária ou permanente), gravidade (maior ou menor), causação e fatores de mitigação ou extenuantes. Foi considerada evitável quando avaliada pelos cirurgiões como deficiência na assistência. Óbitos foram avaliados como evitáveis, não evitáveis ou potencialmente evitáveis. Algumas complicações foram consideradas relacionadas com o cuidado e arbitrariamente consideradas evitáveis: pneumonia ou pneumotórax

relacionado com colocação de cateter central; infecção relacionada com cateter central ou periférico; infecção de trato urinário em pacientes com instrumentação do trato urinário; infecções superficiais de ferida quando a pele é fechada primariamente; deiscência de ferida ou hérnia recorrente; dano de nervo periférico não planejado por cirurgia; extubação endotraqueal não planejada requerendo reentubação; hemorragia cirúrgica pós-operatória; falha de anastomose cirúrgica; enxerto ou tela infectado em casos eletivos; cirurgia no lado errado, e retorno não planejado para cirurgia.

Gawande et al. (2003)³⁷ classificaram em 15 categorias os fatores contributivos para os erros na assistência associados com incidentes: interrupção/distração; problemas ergonômicos (como iluminação, barulho, espaço); falha tecnológica; fadiga (atraso e duração do trabalho); sobrecarga de trabalho/ profissionais inadequados (para as tarefas requeridas em um dado momento); falha na acurada transmissão da informação necessária (comunicação) entre o pessoal; protocolos inadequados; falta de supervisão de estagiários; falta de experiência com ou competência para a tarefa; complexidade administrativa / burocrática; cenário eletivo versus emergência; horário do dia; falha de vigilância; falha de memória, e erro de julgamento. Para erros que ocorreram na sala de cirurgia, o horário do incidente foi confirmado, assim como a duração do trabalho.

Dindo et al.³⁸ modificaram uma classificação de complicações cirúrgicas que consistia de 4 graus de gravidade. A nova classificação manteve como pedra angular na atribuição do grau, a terapia utilizada para corrigir uma complicação. Para cada grau foi atribuído uma definição, inclusive aos subgrupos, sendo mencionados exemplos para todos os graus de gravidade. A modificação aumentou o número de graus de 5 para 7, incluindo 2 subgrupos para os graus 3 e 4.

As complicações cirúrgicas foram classificadas por Aguiló et al.²⁶ como: ferida cirúrgica (infecção, hematoma, deiscência e evisceração); complicações da técnica cirúrgica (hemorragia, fístula ou deiscência de anastomose, infecção da cavidade e iatrogenia intra-operatória); complicações sistêmicas (infecção respiratória, infecção urinária, infecção da via central, infarto do miocárdio, trombose venosa profunda e fracassos orgânicos); fracasso cirúrgico pela persistência ou recidiva da enfermidade ou de seus sintomas, e acidentes anestésicos. A gravidade de suas consequências foi classificada como leve, moderada, com risco de vida ou fatal.

Veen et al. (2005)³⁹ utilizaram classificação das complicações cirúrgicas de acordo com 15 tipos: arritmia; insuficiência cardíaca congestiva; choque; pneumonia; sepsis; abscesso intra-abdominal; infecção relacionada com cateter intravascular; infecção do trato urinário; infecção de ferida; insuficiência respiratória; deiscência, e eventos relacionados com cuidado.

4.1.5 Resultado dos estudos

No estudo de Gawande et al. (1999)²⁷ a incidência de EAs cirúrgicos dentre os pacientes submetidos à cirurgia e parto foi calculada em 3,0% (IC 95% 2,7% a 3,4%), sendo 54% (IC 95% 48,9% a 58,9%) considerados evitáveis e 15% (IC 95% 11,8% a 18,9%) resultaram em incapacidade permanente e óbito. A taxa de incidência de EA cirúrgico evitável dentre as admissões cirúrgicas foi calculada em 1,9% (IC 95% 1,6% a 2,2%). Calcularam que 5,6% (IC 95% 3,7% a 8,3%) dos EAs cirúrgicos resultaram em óbito. Em análise multivariada ajustada por idade, sexo, raça e o Índice de Comorbidade de Charlson, o aumento do risco de EAs cirúrgicos foi associado com idade avançada (Odds ratio (OR) 5,0, 64 anos de idade versus idade < 15 anos, IC 95% 3,0 a 8,4)) e índice de Comorbidade de Charlson maior que 4 (OR 1,57 versus grau 0, IC 95% 1,03 a 2,39), sendo que apenas idade apresentou correlação significativa com um aumento do risco de um EA evitável. O cálculo do nível de confiança que o dano foi resultado dos cuidados identificou: mais provável que não em 39% dos casos; fortes evidências em 45% e evidência virtualmente certa em 16%. Três tipos de EAs cirúrgicos constituíram cerca da metade de todos os eventos: complicações relacionadas com a técnica, 24,2% (68% evitáveis); infecções de ferida cirúrgica, 11,2% (23% evitáveis), e hemorragia pós-operatória, 10,8% (85% evitáveis). Dentre as complicações relacionadas com a técnica, 35% resultaram de falhas da cirurgia em alcançar o propósito intencionado. Foi estimado que 74,1% (IC 95% 69,6% a 78,1%) dos danos ocorreram no centro cirúrgico ou na sala de parto.

Veen et al. (1999)³² estimaram em 13% a proporção de complicações em cirurgias (1078/8130). Identificaram que 80,24% (865/1078) das complicações analisadas

tiveram pequenos ou nenhum efeito no paciente e não interferiram com a recuperação esperada da cirurgia. Dos 141 óbitos registrados, 11 (8%) foram relacionados com erro de técnica cirúrgica ou cuidados com o paciente.

No estudo de Wanzel et al.³³ foi identificado que 75 pacientes (39%) sofreram um total de 144 complicações, sendo que 47 (63%) uma única complicação, 26 (35%) entre 2 e 9 complicações e 2 pacientes tiveram 10 complicações. Em relação ao sexo, 41 (44%) de 93 homens sofreram 89 complicações e 34 (34%) de 99 mulheres sofreram 55 complicações. Quanto ao caráter da admissão 27 (37%) de 73 pacientes com admissão eletiva sofreram uma complicação, 35 (34,65%) de 101 pacientes com admissão na sala de emergência e 13 (72%) de 18 pacientes transferidos como emergência de outros hospitais ($p<0,001$). Calcularam que 171 (89%) de 192 pacientes foram submetidos à cirurgia durante sua hospitalização, sendo que 62 (36%) pacientes sofreram 120 (83%) de 144 complicações. Trinta e seis (30%) complicações foram diretamente relacionadas com a cirurgia, 76 (63%) indiretamente relacionadas e 8 (7%) não foram relacionadas com a cirurgia. Trinta e sete (27%) de 137 pacientes submetidos à cirurgia eletiva sofreram complicações, comparados com 25 (74%) de 34 pacientes submetidos à cirurgia de urgência ou emergência ($p<0,001$). Os tipos de complicações mais frequentes foram: respiratória (16%), ferida cirúrgica (11,8%), geniturinária (11,1%) e gastrointestinal (9,7%). Quanto à severidade 2 (1%) foram fatais, 10 (7%) ameaçadoras da vida, 90 (63%) moderadas e 42 (29%) triviais. Vinte e seis (18%) complicações foram consideradas como potencialmente resultantes de erro. Identificaram que 95 (66%) de 144 complicações não foram documentadas no prontuário do paciente.

No estudo de Calland et al.³⁴ foi identificado que 119 pacientes (1,9%) morreram dentre 30 dias após a cirurgia. Esses pacientes eram os mais idosos ($p<0,0001$), tinha grau ASA elevado ($p<0,0001$), provavelmente foram submetidos à cirurgia de emergência e, provavelmente, a cirurgia principal índice foi realizada à noite e no fim de semana ($p<0,0001$). A taxa de óbito foi maior nos serviços de cirurgia torácica / cardiovascular e plástica/queimados (3,9% e 2,9% respectivamente). Cirurgias realizadas à noite e nos fins de semana não foram preditores independentes de óbito após realização de análise de regressão logística multivariada ajustada por ASA e caráter da internação eletiva ou emergência ($p=0,97$ e $p=0,26$, respectivamente). Vinte e três (19%) de 119

óbitos tiveram forte probabilidade de resultarem de danos não-intencionais associados com os cuidados médicos (EA). A causa do óbito foi indeterminada em 10 (8,4%) pacientes. A complicação mais comum foi hemorragia observada em 8 (34,8%) pacientes no grupo EA (6,7% de todos os óbitos), seguida por infecção (5 pacientes, 21,7% dos EAs), complicações cardiovasculares e AVC (4 pacientes, 17,4% dos EAs para ambos). O óbito de 15 pacientes (12,6% de todos os óbitos e 65,2% dos óbitos com EAs) foi associado com erro nos cuidados, afetando 0,24% da população cirúrgica. Os erros técnicos foram os mais comuns, sendo associados com óbito em 6 pacientes (26,1% dos pacientes com EAs e 40,0% dos casos envolvendo erros). Erros envolvendo óbito ocorreram mais frequentemente na sala de cirurgia. Sessenta e cinco por cento dos óbitos não foram atribuídos às doenças principais e pelo menos um erro foi identificado nos registros. Definido pela coexistência de um EA e um erro identificável, o EA identificado mais comum potencialmente evitável foi hemorragia intra e pós-cirúrgica, considerada potencialmente evitável em 7 de 8 ocorrências (81,5%). Complicações por infecção e cardiovasculares foram EAs comuns identificados e foram julgados potencialmente evitáveis em 80,0% e 75,0% dos casos, respectivamente. A capacidade de determinar a ocorrência de um EA ou erro, quantitativa e qualitativamente, depende da documentação médica. A qualidade da documentação da equipe de cirurgia principal foi julgada adequada em 15,7% dos casos no momento do próprio EA e em 21% no seguimento das investigações do EA. Na maioria das situações, não havia documentação de evolução (*follow-up*) da equipe cirúrgica principal e em muitas situações, documentação detalhada do EA foi derivada das anotações da enfermagem.

A prevalência de admissões cirúrgicas associadas com um EA foi de 21,9% (IC 95% 20,8-23,0) no estudo de Kable et al.²⁸. Identificaram que 43% das admissões cirúrgicas foram positivas para 1 ou mais dos 18 critérios de rastreamento e nesses foi identificado EA em 51%. Cinco critérios foram considerados pelos autores como relacionados com procedimentos cirúrgicos: retorno não planejado a sala de cirurgia; infecção hospitalar ou sepsis; outras complicações (infarto agudo do miocárdio, AVC, embolia pulmonar); remoção, dano ou reparo de órgão não planejado durante cirurgia, e desenvolvimento de déficit neurológico. Calcularam que 18% das admissões cirúrgicas foram positivas para 1 ou mais desses critérios e contaram com 49% dos EAs. O grau de

incapacidade existente na saída foi registrado para 94% dos EAs cirúrgicos. Incapacidade mínima (definida no estudo como EA resolvido em 1 mês) ocorreu em 46,9% dos EAs, 36,1% das incapacidades foram resolvidas entre 1-12 meses e 17% foram permanentes, das quais 4% contribuíram para o óbito. Foram classificados como altamente evitáveis 47,6% dos EAs, pouco evitáveis 31,4% e 20,8% não evitáveis. A proporção de EAs cirúrgicos altamente evitáveis aumentou com o nível de incapacidade e com a idade ($p < 0,0002$ e $p < 0,0001$). O tempo de permanência hospitalar foi um preditor estatisticamente significativo da ocorrência de um EA ($p < 0,00001$). No estudo, o tempo médio de permanência para admissões sem EA foi de 4 dias e para admissões com EA de 8 dias. A proporção de erros sistêmicos foi de 11,5% para todos os EAs, dos quais 76% foram altamente evitáveis. 52% dos erros sistêmicos foram codificados como ausência ou falha no uso de uma política, protocolo ou plano, 17% foram relatos inadequados e 14% foram associados com inadequado treinamento ou supervisão do staff. O cálculo do tipo de complicação teve como resultado: infecção de ferida 2,1%; hemorragia 1,4%; problemas na ferida 1,2%; trombose venosa profunda / embolia pulmonar 0,35%, e pneumonia 0,25%. A proporção de erro de desempenho que contribuiu para os EAs cirúrgicos foi: erro técnico (procedimento correto e indicado) 52%; erro de habilidade/capacidade 18%, e erro em regras (seguir protocolos) 16%. Razões para falha na prevenção foram relatadas em 73% dos EAs cirúrgicos e razões explícitas em 54%, sendo falha na prevenção de dano acidental em 29% dos EAs a principal. As principais áreas de atenção para a prevenção da recorrência do EAs foram: garantia da qualidade 57,4%; educação 21,6%, e mudanças no sistema 8,3%.

No estudo de Bellomo et al.³⁵ 1125 pacientes estudados foram submetidos a 1319 procedimentos, sendo 58,8% homens e 41,2% mulheres, com média de idade de 61,3 anos. Quanto à programação da cirurgia, 62,1% foram programadas e 37,9% não programadas. Ocorreram 414 EA graves que afetaram 190 pacientes (16,9%). A mortalidade foi calculada em 7,1% (80 pacientes). A incidência de EAs graves não variou significativamente com o tipo de cirurgia realizada, embora cirurgia vascular seja a mais elevada e incida em 20% dos pacientes. Análise por regressão logística multivariada revelou que sexo do paciente e especialidade cirúrgica não tiveram efeito sobre a incidência de EAs grave, que foi afetada pela idade (OR 1,02, IC 95%, 1,01-1,03) e por

cirurgia não programada (OR 2,28, IC 95%, 1,63-3,19). A incidência de EAs graves, incluindo óbito, foi mais elevada em pacientes com mais de 75 anos. De 135 pacientes com mais de 75 anos com cirurgia não programada em 27 (20%) ocorreu óbito. Cirurgia não programada foi independentemente associada com uma alta incidência de EAs graves (22,5% v 13,4%; $p < 0,0001$). O tempo médio de permanência hospitalar foi de 21,8 dias (IC 95%, 18,7-24,9) e entre os pacientes com EAs graves foi de 38,5 dias (IC 95%, 35,3-41,7), comparada com 18,4 dias (IC 95%, 15,4-21,4) dos pacientes que não tiveram EAs grave ($p < 0,0001$).

No estudo de Healey et al.³⁶ de 4658 pacientes avaliados, 925 (20%) tiveram 1495 complicações, com taxa de complicação calculada em 32,1%. Dessas complicações, 98,7% foram julgadas. A proporção de pacientes com complicações variou entre os serviços de 17 a 25% (calculada pelo nº de pacientes com uma ou mais complicações dividido pelo nº total de pacientes) e a taxa de complicações entre 26,9% e 42,4% (calculada pelo nº total de complicações dividido pelo nº total de pacientes). Pacientes admitidos no serviço de cirurgia vascular apresentaram maior taxa de complicações, complicações múltiplas e óbito. As 10 mais frequentes complicações foram: óbito (2,70%), outras miscelâneas (2,17%), infecção de ferida (1,89%), readmissão (1,59%), infecção do trato urinário (1,40%), pneumonia (1,29%), arritmia (1,18%), outras complicações gastrointestinais (1,12%), outras complicações vasculares (0,86%), insuficiência respiratória (0,79). A proporção de complicações classificadas como menores foi 46%, sendo 49% dessas evitáveis. A causa mais comum de complicação menor evitável foi erro técnico. A proporção de complicações classificadas como maiores foi 52% e dessas 49% foram consideradas evitáveis, sendo também o erro técnico (68%) a causa mais frequente. De 128 óbitos, 38 (30%) foram considerados potencialmente evitáveis, sendo que erro técnico contribuiu para 17 (45%) desses óbitos.

No estudo de Gawandee et al. (2003)³⁷ os cirurgiões relataram que fatores do sistema contribuíram para erros em 86% dos incidentes, com média de 4 fatores do sistema envolvendo cuidados de emergência ($p < 0,001$ quando comparado com incidentes envolvendo cuidados eletivos). Inexperiência ou ausência de competência com uma particular atividade cirúrgica foi o fator mais comumente citado, relatado em 53% dos incidentes. Falhas de comunicação foram relatadas em 43% dos casos e carga de trabalho

excessiva e/ou fadiga em 33% dos casos. Um ou mais desse grupo de fatores contribuíram para erro em 83% dos incidentes. Fatores cognitivos individuais também foram comumente citados (86% dos incidentes), com cirurgiões citando falhas de julgamento e vigilância na maioria dos incidentes. Diversos fatores do sistema foram mais relatados em casos de emergência, incluindo inexperiência, falha de comunicação, ausência de supervisão (emergência 42%, não emergência 14%, $p < 0,001$) e fadiga. Em cerca da metade dos 75 casos relacionados com inexperiência, esta foi devido a treinamento. Nesses casos, cirurgiões relataram ausência de adequada supervisão ou procedimento novo. Foram testadas possíveis relações entre os fatores do sistema e os dois fatores cognitivos mais comuns e encontraram fortes e significativas associações. Falha de julgamento foi associada com relatos de supervisão inadequada (OR 3,4; IC 95% 1,2-9,6), enquanto falha de vigilância foi inversamente associada com inexperiência (OR 0,51; IC 95% 0,3-1,0).

Dindo et al.³⁸ calcularam que 1 ou mais complicações ocorreram em 16,4% dos pacientes submetidos à cirurgia geral. A taxa de mortalidade foi calculada em 1,2%. Identificaram correlação estatisticamente significativa entre o grau atribuído na classificação das complicações e o tempo de permanência hospitalar ($p < 0,0001$, teste de correlação de Spearman). O tempo médio de permanência hospitalar em pacientes sem complicações foi de 7 dias (faixa de 1 a 28) e em pacientes com complicações foi progressivamente maior com o aumento do grau de classificação da complicação. Foi ainda identificada uma correlação estatisticamente significativa entre a complexidade da cirurgia e os resultados da cirurgia, de acordo com a classificação de complicações modificada pelos autores ($p < 0,0001$, teste de correlação de Spearman).

Complicações foram identificadas em 16,32% dos pacientes no estudo de Aguiló et al.²⁶. Identificaram tendência de aumento das complicações com a idade ($p < 0,05$), sendo a proporção de complicações maior que 20% para os pacientes com mais de 65 anos e a mortalidade para maiores de 79 anos foi calculada em 5% ($p < 0,05$). Foram identificadas diferenças significativas na proporção de EAs em função do tipo de admissão (urgência ou programada), sendo maior no caso de urgências, onde 1 em cada 4 pacientes admitidos apresentou alguma complicação, enquanto que para as internações programadas a relação foi de 1 para cada 7,3 pacientes. A taxa de mortalidade foi

calculada em 1,3 para 1.000 intervenções cirúrgicas programadas e 20,4 para 1.000 intervenções urgentes. Em análise por regressão logística para avaliar os fatores associados com a presença de complicações, os pacientes com idade superior a 46 anos apresentaram o dobro ou o triplo da proporção de complicações, a internação urgente apresentou risco de complicação 80% maior que a programada (OR=1,81), assim como anestesia locorregional (OR=1,81) e geral (OR=1,99) apresentaram risco maior que a anestesia local. Identificaram ausência de associação de risco de complicação com o procedimento cirúrgico, o tipo de cirurgia (programada ou urgente) e a experiência do cirurgião responsável pela intervenção. Para avaliar os fatores associados com a presença de complicações, realizaram análise por regressão logística, e identificaram que os grupos com idade superior a 46 anos dobram ou triplicam a porcentagem de complicações, os homens têm o dobro das complicações das mulheres e a admissão urgente teve risco de complicação 85% maior que as programadas.

Durante o estudo de Veen et al. (2005)³⁹ 505 pacientes foram submetidos à cirurgia colorretal com anastomose. Em 181 (35,84%) pacientes foram relatadas 437 complicações. A maioria das complicações foi relacionada com infecção (47%) e 9% com complicações pulmonares e cardiovasculares. Os dois sistemas de classificação utilizados demonstraram inconsistência no registro das complicações. Ruptura de anastomose (n=40), a mais séria complicação após cirurgia colorretal, foi registrada como deiscência 32 vezes (80%) no ASN e como fístula de anastomose 24 vezes (60%) no TRACS. As diferenças na classificação dependeram, segundo os autores, da interpretação dos registros dos médicos.

4.2 Análise descritiva dos EAs cirúrgicos dos hospitais do Rio de Janeiro

Um total de 38 pacientes do estudo brasileiro de EAs de uma população de 1.103 pacientes teve 41 EAs cirúrgicos. A incidência de pacientes com EAs cirúrgicos na população total de pacientes internados foi 3,5% (38 de 1.103 pacientes) (IC 95% 2,4 - 4,4). A proporção de pacientes submetidos à cirurgia com EAs cirúrgicos foi 5,9% (38 em 643) (IC 95% 4,1 - 7,6). Dentre os pacientes com EA cirúrgico, 3 (7,9%) tiveram

mais de um EA, uma média de 1,1 eventos por paciente. A densidade de incidência de EA cirúrgico em pacientes submetidos à cirurgia foi de 0,5 em 100 pacientes-dia (41 EAs cirúrgicos em 7.597 pacientes-dia).

Para uma melhor compreensão dos casos dos pacientes com eventos adversos cirúrgicos foi elaborado um sumário dos casos (Tabela 3), disponível no Apêndice.

Dos 38 pacientes, 23 (60,4%) foram mulheres e 15 (39,5%) homens. Os casos não obstétricos foram 33 (86,7%) e 5 foram obstétricos (13,2%). A idade média dos pacientes foi aproximadamente 55 anos (IC 95% 49,9 – 60,5), sendo 26 anos a menor idade e 82 a maior e 52 anos a mediana. Cerca de 60% (23/38) dos pacientes estavam na faixa etária de 18-60 anos (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos pacientes com EAs cirúrgicos, por sexo e idade

Faixa etária	Sexo		N	Total de pacientes N (%)
	Masculino (%)	Feminino (%)		
18-60 anos	7 (46,7)	16 (69,6)		23 (60,4)
> 61 anos	8 (53,2)	7 (30,4)		15 (39,6)
Total	15 (100,0)	23 (100,0)		38 (100,0)

Do total de pacientes, 22 (57,9%) tiveram internação com caráter eletivo e 16 (42,1) internação de emergência (Tabela 5).

Tabela 5 – Proporção do caráter da internação dos pacientes com eventos adversos cirúrgicos por sexo

Caráter da internação	Sexo		Total de pacientes (%)	N
	Masculino N (%)	Feminino N (%)		
Eletiva	9 (60,0)	13 (56,5)	22 (57, 9)	
Emergência	6 (40,0)	10 (43,5)	16 (42,1)	
Total	15(100,0)	23 (100,0)	38 (100,0)	

Os pacientes que tiveram pelo menos um dos 19 critérios de rastreamento positivo para EA potencial estão relacionados na Tabela 6. Os critérios mais frequentes foram: critério 3, em 42,1% (16/38); critério 9, em 36,7% (14/38); critério 15, em 36,7% (14/38), e critério 7, em 28,9% (11/38).

Tabela 6 - Proporção de critérios de rastreamento positivos em prontuários de pacientes com EAs cirúrgicos

Nº	Critério de rastreamento	Frequência
1	Internação não planejada (incluindo reinternação) como resultado de qualquer cuidado de saúde prestado durante 1 ano anterior à internação índice	21,1 (8/38)
2	Internação não planejada em qualquer hospital durante 1 ano subsequente à alta da internação índice	5,3 (2/38)
3	Ocorrência de lesão no paciente durante a internação (inclusive qualquer dano, lesão ou trauma ocorrido durante a internação índice)	42,1 (16/38)
4	Reação adversa a medicamento	5,3 (2/38)
5	Transferência não planejada para unidade de cuidados intensivos ou semi-intensivos	18,3 (7/38)
6	Transferência não planejada para outro hospital de cuidados agudos (excluindo as transferências para exames, procedimentos, ou cuidados especializados não disponíveis no hospital de origem)	5,3 (2/38)
7	Retorno não planejado à sala de cirurgia	28,9 (11/38)
8	Remoção, lesão ou correção não planejada de um órgão ou estrutura durante cirurgia, procedimento invasivo ou parto vaginal	5,3 (2/38)
9	Outras complicações inesperadas ocorridas durante a internação em referência que não sejam um desenvolvimento normal da doença do paciente ou um resultado esperado do tratamento	36,7 (14/38)

continua

Tabela 6 - Proporção de critérios de rastreamento positivos em prontuários de pacientes com EAs cirúrgicos *continuação*

Nº	Critério de rastreamento	Frequência
10	Desenvolvimento de alteração neurológica ausente na admissão, mas presente no momento da saída da internação índice (inclui alterações neurológicas relacionadas aos procedimentos, tratamentos ou investigações)	5,3 (2/38)
11	Óbito	18,3 (7/38)
12	Alta hospitalar inapropriada / planejamento de alta inadequado para a internação índice (exclui alta à revelia)	5,3 (2/38)
13	Parada cardiorrespiratória revertida	5,3 (2/38)
14	Lesão relacionada ao aborto ou trabalho de parto e parto	5,3 (2/38)
15	Infecção/septicemia hospitalar (excluir infecções/septicemia ocorridas em menos de 72 horas após a admissão)	36,7 (14/38)
16	Insatisfação com o cuidado recebido documentada no prontuário ou evidência de queixa apresentada	2,5 (1/38)
17	Documentação ou correspondência indicando litígio seja somente intenção ou ação efetiva	-
18	Partindo de uma creatinina normal na internação, houve duplicação do seu valor durante a permanência no hospital?	5,3 (2/38)
19	Quaisquer outros eventos indesejados não mencionados acima	26,2 (10/38)

O tempo médio de permanência dos pacientes com EAs cirúrgicos foi 30,1 dias (desvio padrão 4,6, IC 95% 20,4 a 39,5), com tempo de permanência mínimo de 2 dias e máximo de 130 dias. Foi avaliado pelos revisores se parte do tempo de permanência hospitalar deveu-se ao EA cirúrgico. Esta avaliação foi baseada no cálculo do tempo médio de permanência esperado para o caso do paciente, o tempo de permanência de cada paciente, sendo positivo em 25 eventos (60,9%) (Tabela 7).

O número de dias que o paciente ficou internado a mais devido ao EA cirúrgico foi avaliado em 19 eventos (46,2%), sendo calculada a média de 14,1 dias (desvio padrão 3,3, IC 95% 7,2 a 21,0), com aumento de 1 dia no mínimo e 64 dias no máximo. Foi realizada análise por regressão linear de correlação entre idade dos pacientes e tempo de permanência hospitalar, que demonstrou não haver correlação estatisticamente significativa (coeficiente 0,1, desvio padrão 0,1, IC 95% -0,1 a 0,2).

Tabela 7 - Proporção de EAs cirúrgicos com parte do tempo de permanência devida ao evento

Parte do tempo de permanência no hospital devida ao EA cirúrgico	Total de EAs cirúrgicos N (%)
Sim	25 (60,9)
Não	16 (39,1)
Total	41 (100,0)

O local mais frequente de ocorrência de EA cirúrgico foi o centro cirúrgico, onde ocorreram 32 eventos (78,1%) (Tabela 8).

Tabela 8 – Proporção de local de ocorrência do EA cirúrgico

Local*	Total de EAs cirúrgicos N (%)
Centro Cirúrgico	32 (78,1)
Enfermaria	6 (14,6)
UTI	2 (4,9)
Ambulatório do hospital	1 (2,4)
Total	41 (100,0)

Nota: *Não houve ocorrência de EA cirúrgico na emergência

Quanto ao momento de detecção do EA cirúrgico em relação à internação índice, 36 eventos (87,8 %) foram detectados durante a internação índice. Em relação ao momento de ocorrência do EA cirúrgico, 32 (78,0 %) ocorreram durante a internação índice (Tabela 9).

O EA cirúrgico foi registrado no prontuário em 6 eventos (14,6%) e não registrado em 35 (85,4%).

Tabela 9 – Proporção de EAs cirúrgicos detectados e ocorridos em relação ao momento da internação índice

Momento*	Total de EAs detectados N (%)	Total de ocorrência de EAs N (%)
Antes da internação índice	5 (12,2)	9 (22,0)
Durante a internação índice	36 (87,8)	32 (78,0)
Total	41 (100,0)	41 (100,0)

Nota: *Não houve detecção e ocorrência de EA cirúrgico após a internação índice

Foi avaliado se o paciente sofreu lesão ou dano ou complicação não intencional, sendo considerado que em 100% dos eventos a lesão ou dano foram não intencionais e não houve nenhum paciente quase lesionado (*near miss*).

A evidência de que o cuidado prestado causou a lesão ou dano foi considerada praticamente certa em 32 EAs cirúrgicos (78,1%) (Tabela 10).

Tabela 10 – Proporção de evidência de que o cuidado prestado causou a lesão ou dano

Evidência*	Total de EAs cirúrgicos N (%)
Praticamente certa	32 (78,1)
Moderada a forte	5 (12,1)
Provável, pouco mais do que 50%	4 (9,8)
Total	41 (100,0)

Nota: *Não houve EA cirúrgico com evidência: praticamente nenhuma evidência; mínima a moderada, e improvável, pouco menos do que 50 %.

A proporção de EAs cirúrgicos evitáveis foi estimada em 68,3% (28/41 eventos) com desvio padrão 7,3% e IC 95% 53,3% a 83,2% (Tabela 11) e a proporção de pacientes com EAs cirúrgicos evitáveis foi calculada em 65,8% (25/38 pacientes) com desvio padrão 7,8% e IC 95% 50,0% a 81,6% (Tabela 12).

Tabela 11 - Proporção de EAs cirúrgicos evitáveis

EA cirúrgico evitável	Total de EAs cirúrgicos N (%)	Intervalo de Confiança 95%
Sim	28 (68,3)	53,3 - 83,2
Não	13 (31,7)	16,7 - 46,6
Total	41 (100,0)	..

Tabela 12 - Proporção de pacientes com EAs cirúrgicos evitáveis

Paciente com EA cirúrgico evitável	Total de pacientes com EAs cirúrgicos N (%)	Intervalo de Confiança 95%
Sim	25 (65,8)	50,0 - 81,6
Não	13 (34,2)	18,4 - 50,0
Total	38 (100,0)	..

A adequação e resposta às medidas adotadas durante a internação índice foi considerada adequada em 39 eventos (95,0%) e a resposta da lesão ou dano às medidas adotadas foi calculada como positiva em 34 (83,0%) (Tabela 13).

Tabela 13 - Adequação e resposta às medidas adotadas durante a internação índice

Medidas adotadas	Total de EAs cirúrgicos N (%)
Adequação das medidas*	
Sim	39 (95,0)
Não	2 (5,0)
Total	41 (100,0)
Resposta da lesão ou dano às medidas	
Sim	34 (83,0)
Não	3 (7,3)
Possivelmente	3 (7,3)
Não se aplica	1 (2,4)
Total	41 (100,0)

Nota: *Para nenhum EA cirúrgico foi considerado, que não foi necessária a adoção de qualquer medida.

Foi considerado que em 30 (79,0%) prontuários dos pacientes não existem falhas claras nas anotações (Tabela 14).

Tabela 14 - Proporção de falhas encontradas nas anotações dos prontuários, por tipo de falha

Tipo de falha*	Total de pacientes % (n)
Não há falhas claras	79,0 (30)
Falta de arquivamento em ordem cronológica	13,2 (5)
Falta de clareza sobre avaliação e decisão	2,6 (1)
Plano de alta inadequado	2,6 (1)
Outros	2,6 (1)
Total	100,0 (38)

Nota: *Não foram selecionados como tipos de falha: correspondência fora de ordem cronológica, e nenhuma folha contendo listas de problemas em curso.

A taxa de mortalidade dos pacientes com eventos adversos cirúrgicos foi estimada em 18,4 % (IC 95% 5,5 a 31,3) (7 de 38 pacientes). A proporção de EAs cirúrgicos que resultaram em óbito foi calculada em 17,1% (IC 95% 5,0 a 29,1) (7 de 41 EAs cirúrgicos) e a proporção de EAs cirúrgicos evitáveis que resultaram em óbito, 17,9% (5 de 28 EA cirúrgicos evitáveis) (Tabela 15), não havendo associação estatisticamente significativa (Teste de Fisher = 1, p-valor = 0,6). Não houve caso de óbito materno.

Tabela 15 - Proporção de óbitos por EA cirúrgico evitável

Óbito	EA cirúrgico evitável		Total N (%)
	Sim N (%)	Não N (%)	
Sim	5 (71,4)	2 (28,6)	7 (100,0)
Não	23 (67,6)	11 (32,4)	34 (100,0)
Total	28 (68,3)	13 (31,7)	41 (100,0)

Os revisores avaliaram o grau de evidência de evitabilidade dos EAs cirúrgicos: 16 (39,0%) provável, pouco mais do que 50%; 5 (12,2%) moderada a forte, e 3 (7,3%) praticamente certa (Tabela 16).

Tabela 16 - Proporção de evidência de evitabilidade dos eventos adversos cirúrgicos

Evidência	Total de EAs cirúrgicos N (%)
Praticamente nenhuma evidência	1 (2,4)
Mínima a moderada	13 (31,7)
Improvável: pouco menos do que 50 %	3 (7,3)
Provável, pouco mais do que 50%	16 (39,0)
Moderada a forte	5 (12,2)
Praticamente certa	3 (7,3)
Total	41 (100,0)

O grau de dano físico do EA cirúrgico no momento da alta foi julgado pelos revisores, baseados nos dados constantes do prontuário do paciente: nenhum dano ou incapacidade física em 23 (56,1%); danos mínimos e /ou com recuperação em um mês

em 5 (12,2%), e danos permanentes em 9 (21,9%), dos quais 7 (17,1%) foram óbitos (Tabela 17).

Tabela 17 – Proporção do grau de dano físico no momento da alta baseado no julgamento dos dados constantes do prontuário do paciente

Grau de dano físico	Total de EAs cirúrgicos N (%)
Nenhum dano ou incapacidade física	23 (56,1)
Dano Mínimo e/ou recuperação em um mês	5 (12,2)
Dano Moderado, recuperação entre um e seis meses	2 (4,9)
Dano Moderado, recuperação entre seis meses e um ano	1 (2,4)
Dano permanente, incapacidade ou disfunção 1-50%	1 (2,4)
Dano permanente, incapacidade ou disfunção >50%	1 (2,4)
Óbito	7 (17,1)
Indeterminado	1 (2,4)
Total	41 (100,0)

Em relação à complexidade do caso, 10 EAs cirúrgicos (24,4%) ocorreram em casos classificados como um pouco complexo e 15 (36,6%) em casos classificados como nada complexo, ou seja, cerca de 60% dos eventos ocorreram em casos de baixa complexidade (Tabela 18).

Tabela 18 - Proporção da classificação da complexidade do caso

Classificação da complexidade do caso	Total de EAs cirúrgicos N (%)
Nada complexo	15 (36,6)
Um pouco complexo	10 (24,4)
Moderadamente complexo	11 (26,8)
Muito complexo	5 (12,2)
Total	100,0 (41)

O risco de ocorrer um EA cirúrgico relacionado ao cuidado foi considerado baixo em 27 eventos (65,8%) (Tabela 19).

Tabela 19 - Grau de risco de ocorrer um EA cirúrgico relacionado ao cuidado

Grau de risco	Total de EAs cirúrgicos N (%)
Alto	6 (14,6)
Moderado	8 (19,5)
Baixo	27 (65,9)
Total	41 (100,0)

A razão da não prevenção do EA cirúrgico foi avaliada em 95,1% (39/ 41) dos EAs cirúrgicos, sendo a mais frequente falha em tomar precauções para evitar lesões acidentais, em 27 (69,2%) eventos (Tabela 20).

Tabela 20 – Distribuição dos eventos adversos cirúrgicos* por motivo da não prevenção

Motivo da não prevenção**	Total de EAs cirúrgicos N (%)
Falha em tomar precauções para evitar lesões acidentais	27 (69,2)
Falha na realização da anamnese ou exame físico adequadamente.	3 (7,7)
Falha em basear o cuidado em razões claramente definidas	2 (5,1)
Falha ao agir diante dos achados ou exames	1 (2,6)
Outros erros de prevenção	6 (15,4)
Total	39 (100,0)

Nota:

* Houve perda da resposta sobre o motivo da não prevenção do EA cirúrgico em 4,9% (2 / 41) dos EAs cirúrgicos.

**Nenhum evento foi atribuído aos seguintes motivos: atraso no tratamento; prática de médicos ou outros profissionais fora da área de conhecimento ou abaixo do nível de competência; falha na verificação equipamentos, medicamentos, etc; falha em fazer um diagnóstico diferencial; falha em utilizar os exames indicados, e uso de exames inadequados ou obsoletos.

A complicação mais importante em pacientes com EAs cirúrgicos foi avaliada em 100% dos eventos, sendo as mais frequentes as relacionadas com a ferida cirúrgica, que ocorreram em 19 EAs cirúrgicos (46,3%) sendo destes 8 (19,5 %) por infecção de ferida cirúrgica e 11 (26,8%) por outro problema com a ferida cirúrgica. Infecção não relacionada à ferida cirúrgica ocorreu em 6 EAs cirúrgicos (14,6 %) e hemorragias em 5 (12,2%) eventos, sendo 4 (9,8 %) graves (Tabela 21).

Tabela 21 – Complicação mais importante em pacientes com EAs cirúrgicos

Complicação*	Total de EAs cirúrgicos N (%)
Ferida cirúrgica	
Infecção de ferida cirúrgica	8 (19,5)
Outros problemas com a ferida cirúrgica	11 (26,8)
Sub-total	19 (46,3)
Hemorragia	
Hemorragia grave	4 (9,8)
Hemorragia leve	1 (2,4)
Sub-total	5 (12,2)
Infecção não relacionada à ferida cirúrgica	6 (14,6)
Problema técnico	3 (7,3)
Perfuração	2 (4,9)
Relacionada com a colocação de prótese	1 (2,4)
Acidente Vascular Cerebral	1 (2,4)
Outros eventos	4 (9,8)
Total	41 (100,0)

Nota: *Nenhum EA cirúrgico teve como complicação mais importante: ruptura de anastomose; dificuldade na definição anatômica; insuficiência cardíaca congestiva; infarto do miocárdio; trombose venosa profunda; pneumonia, e embolia pulmonar.

Foram avaliados os fatores que contribuíram para os EAs cirúrgicos, sendo indeterminado em 33,3% (14/41). O fator norma - não verificou ou não seguiu protocolo contribuiu em 31,0% dos eventos (13/ 41) e habilidade - erros ou descuidos em 14,3% (6/ 41) (Tabela 22), portanto em 45,3% (20/41) dos EAs cirúrgicos os fatores contribuintes foram evitáveis.

Tabela 22 – Fatores que contribuíram para o EA cirúrgico

Fator*	Frequência
Indeterminado	33,3 (14/41)
Norma - não verificou ou não seguiu protocolo	31,0 (13/41)
Habilidade - erros ou descuidos	14,3 (6/41)
Nenhuma causa subjacente (salvo a resposta do paciente)	11,9 (5/41)
Erro técnico (procedimento correto e/ou indicado)	9,5 (4/41)

Nota: * Não foram selecionados como fatores que contribuíram para os EAs cirúrgicos: falta de conhecimento, e infração por descumprimento deliberado de normas ou protocolo.

A proporção dos erros por omissão foi 12,2% (5/41) e em decorrência da ação 87,8% (36/41).

As principais áreas de atenção para a prevenção da recorrência do EA cirúrgico foram educação em 63,4% (26/41) dos eventos e garantia da qualidade / revisão por pares em 53,7% (22/41) (Tabela 23).

Tabela 23 – Áreas de atenção para prevenir a recorrência do EA cirúrgico

Área	Frequência
Educação	63,4 (26/41)
Garantia de qualidade/Revisão por pares	53,7 (22/41)
Sistema	7,3 (3/41)
Reciclagem	4,9 (2/41)
Comunicação	4,9 (2/41)
Credenciamento	2,4 (1/41)
Outros	17,1 (7/41)

Deve ser ressaltado que mais de uma área de atenção pode ser indicada pelos revisores para cada evento.

5 Discussão

A incidência de pacientes com EAs cirúrgicos na população total de pacientes internados encontrada neste estudo foi estimada em 3,4% e a proporção de EAs cirúrgicos em cirurgias 5,9%. A proporção de EAs cirúrgicos em pacientes submetidos à cirurgia variou nos estudos selecionados^{26,27,28,32,33,35,36,38,39} de 3,0% a 35,8%. Os estudos tiveram desenho, técnica de identificação de EA e definições distintas.

No estudo de Gawande et al. (1999)²⁷ a proporção de EAs cirúrgicos que resultaram em óbito foi estimada em 5,6% (IC 95% 3,7% a 8,3%), estando incluída no intervalo de confiança da proporção encontrada neste estudo, que variou de 5,0% a 29,1%. A proporção de EAs cirúrgicos evitáveis, no estudo acima mencionado²⁷, que resultaram em óbito foi calculada em 15% (IC 95% 11,8% a 18,9%), semelhante ao resultado deste estudo, 17,9%.

Consistentemente com outros estudos^{27,28}, mais de 60% dos EAs cirúrgicos foram evitáveis e cerca de 1 em 5 resultaram em incapacidade permanente ou óbito.

O incidente não foi registrado em 85,4% dos prontuários, o que indica a baixa qualidade dos registros de incidentes nos prontuários analisados. Proporção elevada de incidentes não registrados também foi identificada no estudo de Wanzel et al.³³ (66%).

O local mais frequente de ocorrência de EAs cirúrgicos foi o centro cirúrgico, onde ocorreram 78,1% dos eventos, semelhante ao encontrado por Gawande et al. (1999)²⁷, que identificou que 74,1% dos EAs cirúrgicos (IC 69,6% a 78,1%) se deram na sala de cirurgia ou na sala de parto. Esse achado revela a importância da adoção de medidas de segurança e monitoramento dos pacientes no centro cirúrgico.

Deve ser destacado que mais de 60% dos casos foram classificados como pouco ou nada complexo e de baixo risco de ocorrer um EA relacionado ao cuidado. Em cerca de 70% dos EAs cirúrgicos a razão da não prevenção identificada foi “falha em tomar precauções para evitar lesões acidentais”, muito superior à identificada por Kable et al.²⁸, que identificaram a mesma razão em 29% dos eventos. Além disso, 46% das complicações foram relacionadas com a ferida cirúrgica. Intervenções profiláticas para infecções e hemorragias, baseadas em orientações terapêuticas podem contribuir para a redução da ocorrência de EAs cirúrgicos²⁸.

Os EAs cirúrgicos contribuíram para o aumento dos custos da assistência hospitalar, pois em mais de 60% dos eventos parte do tempo de permanência foi atribuída ao EA cirúrgico e em cerca de 45% dos EAs cirúrgicos, o paciente teve acréscimo em média de 14 dias de internação.

Onze critérios de rastreamento pouco contribuíram para a identificação de EA cirúrgico (critérios 2, 4, 6, 8, 10, 12, 13, 14, 16, 17 e 18), enquanto cinco apresentaram frequência mais expressiva no rastreamento positivo de prontuários de pacientes (critério 1 – internação não planejada (incluindo reinternação) como resultado de qualquer cuidado de saúde prestado durante 1 ano interior à internação índice; critério 3 – ocorrência de lesão no paciente durante a internação; critério 7 – retorno não planejado à sala de cirurgia; critério 9 – outras complicações inesperadas ocorridas durante a internação em referência que não sejam um desenvolvimento normal da doença do paciente ou um resultado esperado do tratamento, e critério 15 – infecção/septicemia

hospitalar). Dos cinco critérios considerados por Kable et al.²⁸ como relacionados com procedimentos cirúrgicos (retorno não planejado a sala de cirurgia; infecção hospitalar ou sepsis; outras complicações (infarto agudo do miocárdio, AVC, embolia pulmonar); remoção, dano ou reparo de órgão não planejado durante cirurgia, e desenvolvimento de déficit neurológico), três tiveram frequência acima de 25% como critério positivo de rastreamento de EA. Os critérios de rastreamento considerados como relacionados com cirurgia podem constituir uma ferramenta importante para a identificação de pacientes com maior risco potencial de sofrer um EA cirúrgico.

Dentre os fatores que contribuíram para os EAs cirúrgicos “norma - não verificou ou não seguiu protocolo” ocorreu em cerca de 30% dos eventos, o que revela a importância do monitoramento da implementação de uma política de garantia da qualidade, em relação à adesão aos protocolos clínicos.

As principais áreas de atenção para a prevenção da recorrência do EA cirúrgico identificadas foram educação e garantia da qualidade, sendo que ambas também foram destacadas por Kable et al.²⁸ e são coerentes com o não seguimento de protocolo em 1/3 dos eventos e com 14,3% dos EAs cirúrgicos terem como fator contributivo “habilidade – erros e descuidos”.

Os resultados do estudo são limitados por ter se baseado em dados oriundos de revisão retrospectiva de prontuários e pela falta de algumas informações nos prontuários, especialmente em referência aos EAs cirúrgicos, só havendo captura de EAs documentados nos prontuários, o que possibilita a subestimação das taxas de incidência^{27,28}. Outra limitação é que determinadas complicações se manifestam após a alta do paciente e se não causam uma nova internação, não são registradas, em outras ocasiões o óbito ocorre no domicílio do paciente devido à doença terminal ou por evolução desfavorável e não é detectada como EA, além disso, reinternações podem ocorrer em outro hospital²⁶.

A ausência de uma taxonomia bem estabelecida de classificação de EAs cirúrgicos e a natureza subjetiva de determinar EA e erro, além da ausência de um padrão³⁴ e métodos consistentes para rastrear, reconhecer, julgar e relatar são limitações do estudo³⁶.

Complicações são admitidas na literatura cirúrgica³³ como uma importante medida de resultado e são usadas como indicadores de qualidade dos cuidados cirúrgicos, sendo a base para melhoria da qualidade. Métodos inconsistentes de registro de complicações³⁹ tornam o seu uso como medida de qualidade não confiável, devido à grande variabilidade de definições^{27,32,33,36,38,39} e sistemas de classificação^{26,27,28,32,33,34,35,36,37,38,39}, sendo o ponto frágil do uso de complicação com esse objetivo a confiabilidade do processo de registro.

A incidência de complicações registradas depende da validade das definições e do sistema de registro utilizados³⁹. Complicações podem ser classificadas de acordo com diferentes sistemas de classificação. Um sistema ótimo de classificação deveria ser claro e permitir uniformidade na classificação de complicações cirúrgicas³⁹.

A comparação de incidências é dificultada, principalmente de complicações de diferentes instituições, por não haver definições e populações de pacientes uniformes³³. Nenhuma cirurgia é isenta de riscos, assim uma complicação cirúrgica não é necessariamente resultante de um erro. A uniformidade dos sistemas de classificação de complicações cirúrgicas é necessária para permitir a comparação dos resultados entre diferentes instituições.

Porém, na prática são muitas as dificuldades para ser alcançada a uniformidade de registro e de classificação, pelas diferenças entre os pacientes, dificuldades no diagnóstico das complicações e falta de consenso e clareza das definições sobre as complicações³⁴ e EAs cirúrgicos.

Bruce et al.¹⁸ realizaram estudo de revisão de metodologia para monitoramento de EAs cirúrgicos, tendo como objetivo selecionar EAs cirúrgicos comuns e potencialmente evitáveis e avaliar se esses eventos podem ser medidos de forma confiável e válida. Quatro EAs cirúrgicos foram selecionados: infecção de ferida cirúrgica, ruptura de anastomose; trombose venosa profunda, e mortalidade cirúrgica. Um total de 41 definições e 13 escalas de graduação de infecção de ferida cirúrgica foi identificado em 82 estudos, 40 definições de ruptura de anastomose em 107 estudos, o que corrobora a falta de consenso nas definições de complicações cirúrgicas. Para os autores, os termos

EA cirúrgico e complicação cirúrgica foram considerados intercambiáveis, embora o ponto no qual uma complicação cirúrgica se torna um EA seja um tema para debates.

A elevada taxa de incidência de EAs cirúrgicos indica a necessidade de monitoramento e estratégias de intervenção²⁸. As complicações de cirurgia são fatores potencialmente controláveis³³, que contribuem para os altos custos da assistência à saúde, assim como para a morbidade e mortalidade dos pacientes. Embora complicações possam refletir os riscos associados com a moderna assistência à saúde, os erros são evitáveis, sendo uma importante tarefa na melhoria da qualidade dos cuidados com o paciente a identificação, monitoramento e registro da incidência e natureza das complicações e o desenvolvimento de métodos para a sua prevenção^{33,34}. No início do século 20³³, Codman declarou que os resultados médicos e cirúrgicos devem ser monitorados, sendo sugerido que esse objetivo pode ser alcançado de forma mais econômica através da concentração nas complicações, onde se encontram as mais importantes lições.

Na literatura científica³⁷ há descrição de uma ampla variedade de fatores organizacionais e humanos que contribuem para resultados cirúrgicos desfavoráveis, incluindo inexperiência do cirurgião, pequeno volume hospitalar de cirurgias, excessiva carga de trabalho, fadiga, tecnologia desfavorável, insuficiente supervisão de estagiários, sistemas hospitalares inadequados, comunicação entre profissionais do quadro desfavorável, hora do dia e falhas administrativas ou burocráticas. A identificação de quais desses fatores estão implicados mais frequentemente em erros cirúrgicos deve ser alvo de intervenções e políticas clínicas, administrativas e regulatórias³⁷.

6 Referências Bibliográficas

1. Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Schaaf TVD, Sherman H, Lewalle P. *Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms*. International Journal for Quality in Health Care 2009; 21 (1): 18-26.
2. World Health Organization. World Alliance for patient safety. *The Second Global Patient Safety Challenge: Safe Surgery Saves Lives*. Genebra, 2008.

3. Mendes W, Travassos C, Martins M, Marques P. *Adaptação dos instrumentos de avaliação de eventos adversos para uso em hospitais brasileiros*. Rev Bras Epidemiol 2008; 11:55-66.
4. World Health Organization. *World Alliance for Patient Safety: Forward Programme*. Genebra, 2005
5. World Health Organization. *Guidelines for Safe Surgery*. Genebra, 2008.
6. Worthen BR, Sanders JR, Fitzpatrick JL. *Avaliação de programas: concepções e práticas*; tradução Dinah de Abreu Azevedo. São Paulo: Editora Gente, 2004.
7. Novaes HMD. *Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde*. Rev. Saúde Pública 2000; 34(5):547-59.
8. Donabedian A. *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford: Oxford University Press, 2003.
9. Donabedian A. *The seven pillars of quality*. Arch Pathol Lab Med 1990 Nov; 114(11):1115-8.
10. Reason J. *Human error*. New York: Cambridge University Press, 1990.
11. Reason J. *Human error: models and management*. BMJ 2000; 320: 768-70.
12. Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2006.
13. Mendes W, Travassos C, Martins M, Noronha JC. *Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais*. Rev Bras Epidemiol 2005; 8(4):393-406.
14. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio, Lawthers AG, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt HH. *Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I*. Qual. Saf. Health Care 2004;13:145-151.
15. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, Etchells E, Ghali WA, Hébert P, Majumdar SR, O'Beirne M, Palacios-Derflingher L, Reid RJ, Sheps S, Tamblyn R. *The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canadá*. CMAJ 2004; 170:1678-86.
16. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. *Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review*. BMJ 2001; 322:517-519.

17. Briant R, Buchanan J, Lav-Yee R, Davis P. *Representative case series from New Zealand public hospital admissions in 1998 – III: adverse events and death*. *Ann Surg* 2003; 237(6): 844-852.
18. Bruce J, Russell EM, Mollison J, Krukowski ZH. *The measurement and monitoring of surgical adverse events*. *Health Technology Assessment* 2001; 5 (22).
19. Leape LL. *Scope of problem and history of patient safety*. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2008; 35:1-10.
20. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. *The quality in Australian health care study*. *The Medical Journal of Australia* 1995; 163:458-471.
21. Zegers M, Bruijne MC, Wagner C, Hoonhout LHF, Waaijman R, Smits M, Hout FAG, Zwaan L, Christiaans-Dingelhoff I, Timmermans DRM, Groenewegen PP, Wal G. *Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study*. *Qual Saf Health Care* 2009;18:297-302.
22. Aranaz-Andrés JM, Albar-Remón C, Vitaller-Murillo J, Ruiz-López P, Limón-Ramírez R, Terol García E , ENEAS work group. *Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanish National Study of Adverse Events*. *J Epidemiol Community Health* 2008; 62:1022-1029.
23. Soop M, Fryksmark U, Koster M, Haglund B. *The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study*. *International Journal for Quality in Health Care* 2009; 21(4):285-291.
24. Gaitán-Duarte H, Eslava-Schmalbach J, Rodríguez-Malagon N, Forero-Supelano V, Santofimio-Sierra D, Altahona H. *Incidencia y evitabilidad de eventos adversos en pacientes hospitalizados en tres instituciones hospitalarias en Colombia, 2006*. *Rev. Salud Pública* 2008; 10(2):215-226.
25. Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. *The assessment of adverse events in Brazilian hospitals*. *International Journal for Quality in Health Care* 2009 :1-6.
26. Aguiló J, Peiró S, Caño JG, Muñoz C, Garay M, Viciano V. *Experiência em El estudio de efectos adversos em um serviço de cirurgia general*. *Rev Calidad Asistencial* 2005; 20(4):185-192.

27. Gawandee AA, Thomas EJ, Zinner MJ, Brennan TA. *The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah en 1992*. Surgery 1999; 126:66-75.
28. Kable AK, Gibberd RW, Spigelman AD. *Adverse event in surgical patients in Australia*. International Journal for Quality in Health Care 2002; 14 (4):269-276.
29. Porto SM, Santos IS, Ugá MAD. *A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento*. Ciência & Saúde Coletiva 2006; 11(4):895-910.
30. La Forgia GM, Couttolenc BF. *Hospital Performance in Brazil: the search for excellence*. The World Bank. Washington, D.C., 2008.
31. Ugá MAD, López EM. *Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS*. Ciência & Saúde Coletiva 2007; 12(4):915-928.
32. Veen MR, Lardenoye JWHP, Kastelein GW, Breslau PJ. *Recording and classification of complications in a surgical practice*. Eur J Surg 1999;165:421-424.
33. Wanzel KR, Jamieson CG, Bohnen JMA. *Complications on a general surgery service: incidence and reporting*. Canadian Journal of Surgery 2000; 43:113-17
34. Calland JF, Adams RB, Benjamin DK, O'Connor MJ, Chandrasekhara V, Guerlain S, Jones RS. *Thirty-day postoperative death rate at an academic medical center*. Ann. Surg 2002; 235:690-698.
35. Bellomo R, Goldsmith D, Russell S, Uchino S. *Postoperative serious adverse events in a teaching hospital: a prospective study*. MJA 2002;176:216-218.
36. Healey MA, Shackford SR, Osler TM, Rogers FB, Burns E. *Complications in surgical patients*. Arch Surg 2002; 137:611-617.
37. Gawande AA, Zinner MJ, Studdert DM, Brennan TA. *Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals*. Surgery 2003; 133:614-21.
38. Dindo D, Demartines N, Clavien PA. *Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey*. Ann Surg 2004; 240:205-213.
39. Veen EJ, Steenbruggen J, Roukema JA. *Classifying surgical complications: a critical appraisal*. Arch Surg. 2005; 140:1078-1083.

APÊNDICE

Tabela 3 – Descrição dos casos com eventos adversos cirúrgicos

Nº	Evitabilidade do EA Cirúrgico	Descrição
1	Evitável	Mulher de 82 anos internada em caráter de emergência com colecistite, submetida no mesmo dia à colecistectomia por videolaparoscopia tendo como intercorrência ruptura de vesícula com extravasamento do conteúdo biliar na cavidade abdominal. Alta para o domicílio 4 dias após a cirurgia.
2	Não evitável	Homem de 60 anos internado em caráter eletivo com suboclusão intestinal por adenocarcinoma de reto, submetido seis dias após a internação à ressecção abdominoperineal de reto por videolaparoscopia, evoluindo com obstrução intestinal por acotovelamento de alças intestinais na pelve, sendo realizada 28 dias após a primeira cirurgia laparotomia exploradora. Alta para o domicílio com 15 dias de pós-operatório
3	Não evitável	Homem de 70 anos, diabético, submetido à prostatectomia radical, evoluiu com estenose do colo vesical. Reinternado em caráter eletivo após 4 meses foi submetido à correção colovesical (uretrotomia) por via endoscópica, tendo alta para o domicílio no dia seguinte à cirurgia.
4	Evitável	Mulher de 49 anos internada em caráter eletivo com miomatose uterina e cisto folicular de ovário E, submetida 7 dias a internação à histerectomia total abdominal e anexectomia E. Apresentou no 3º dia de pós-operatório febre, dor local e diarreia, sendo diagnosticado abscesso de parede. Alta para o domicílio 17 dias após a cirurgia. Houve prolongamento do tempo de internação em 13 dias devido ao EA cirúrgico.

continua

Tabela 3 – Descrição dos casos com eventos adversos cirúrgicos *continuação*

Nº	Evitabilidade do EA Cirúrgico	Descrição
5	Evitável	Mulher de 75 anos, hipertensa, submetida à cirurgia eletiva para correção de incontinência urinária, teve como complicação lesão da artéria uterina, que levou à suspensão da cirurgia. Foi reinternada em caráter de emergência após 2 semanas por fístula vésico-vaginal, sendo submetida à uretoscopia 2 meses depois da reinternação para correção da fístula. Alta para o domicílio no 7º dia de pós-operatório.
6	Não evitável	Mulher de 26 anos, hipertensa, internada em caráter de emergência com diagnóstico principal de cirrose hepática e hepatite autoimune, submetida na mesma data a transplante hepático. No pós-operatório apresentou volumoso hematoma subcapsular hepático. Foi realizado no dia seguinte capsotomia exploradora com revisão das anastomoses, não sendo evidenciados problemas. Apresentou 4 dias após crise hipertensiva. Evoluiu com sangramento vultoso e disfunção hepática rapidamente progressiva evoluindo para o óbito no 8º dia de pós-operatório.
7	Evitável	Mulher de 82 anos, hipertensa, internada em caráter de emergência com diagnóstico principal de fratura de colo de fêmur, submetida 17 dias após a internação à osteossíntese transtrocanteriana de fêmur. Evoluiu com infecção em ferida cirúrgica, sendo reinternada 19 dias depois da alta hospitalar e submetida a sucessivas intervenções com lavagem e debridamento cirúrgico no 1º, 4º e 10º dia de reinternação. Alta para domicílio 8 dias após o último debridamento cirúrgico.

continua

Tabela 3 – Descrição dos casos com eventos adversos cirúrgicos *continuação*

Nº	Evitabilidade do EA Cirúrgico	Descrição
8	1º EA: Evitável 2º EA: Evitável	Homem de 66 anos, hipertenso, com DPOC e insuficiência renal crônica, foi submetido a transplante renal, recebendo alta no 7º de pós-operatório. Evoluiu com abscesso perinefrético e choque séptico, sendo reinternado 2 meses após a alta em caráter de emergência. No 4º de reinternação teve queda da própria altura e apresentou hemorragia digestiva. Dois dias depois ocorreu PCR durante hemodiálise, sendo realizada IOT e transferência para unidade de cuidados intensivos. Foi submetido no 7º dia de reinternação à drenagem de abscesso perinefrético e de coleção pré-vesical, evoluindo 2 dias depois para o óbito.
9	Não Evitável	Mulher de 59 anos submetida a transplante de córnea evoluiu com hemorragia subconjuntival, sendo reinternada um dia depois da alta em caráter eletivo com deiscência de sutura de OE, sendo submetida 7 dias após a reinternação à ressutura de córnea, tendo alta para domicílio no dia seguinte. Houve prolongamento do tempo de internação em 4 dias devido ao EA cirúrgico.
10	Evitável	Mulher de 40 anos internada em caráter eletivo com diagnóstico principal de hérnia discal lombar, submetida dois dias após a internação à laminectomia e discectomia. Evoluiu com neuropraxia em raiz de L5 pós-laminectomia, identificada no 5º dia de pós-operatório. Alta para domicílio 20 dias após a cirurgia.

continua

Tabela 3 – Descrição dos casos com eventos adversos cirúrgicos *continuação*

Nº	Evitabilidade do EA Cirúrgico	Descrição
11	1º EA: Evitável 2º EA: Evitável	Homem de 71 anos internado em caráter eletivo com diagnóstico de nódulo pulmonar em LSD, submetido na mesma data à segmentectomia pulmonar. Evoluiu com empiema, apresentando secreção pelo óstéo do dreno posterior no 13º dia de pós-operatório e com úlcera por pressão. No 34º dia de pós-operatório apresentou enfisema subcutâneo atingindo todo o HTD, dreno pulmonar com fuga aérea, edema de membros inferiores e hematúria, evoluindo para o óbito após 24 dias.
12	Evitável	Mulher de 43 anos internada em caráter eletivo com diagnóstico principal de tumor de ovário bilateral, submetida no mesmo dia à histerectomia total abdominal e anexectomia bilateral, ocorrendo pequena laceração de alça de sigmóide, sendo realizada sutura, tendo alta após 3 dias. Foi reinternada 16 dias após a alta por deiscência de sutura de parede abdominal, sendo submetida à ressutura da deiscência de parede abdominal. Alta para o domicílio 2 semanas após a cirurgia.
13	Evitável	Homem de 74 anos internado em caráter de emergência com diagnóstico principal de infarto agudo do miocárdio, submetido 22 dias após a internação a cateterismo cardíaco. Foi transferido para outro hospital após 3 meses, onde foi submetido à revascularização do miocárdio. Apresentou infecção da ferida cirúrgica e respiratória, evoluindo para sepsis e óbito 23 dias após a cirurgia. Houve prolongamento do tempo de internação em 21 dias devido ao EA cirúrgico.

continua

Tabela 3 – Descrição dos casos com eventos adversos cirúrgicos *continuação*

Nº	Evitabilidade do EA Cirúrgico	Descrição
14	1º EA: Evitável 2º EA: Não evitável	Mulher de 81 anos, hipertensa, com glaucoma, alopecia androgenética e ceratose actínica, internada em caráter de emergência com diagnóstico principal de tumor polipóide de papila duodenal, submetida no mesmo dia à colecistectomia e drenagem de Kerr. Foi identificado 6 dias após a cirurgia fístula biliar estercorácea após dissolução de aderências abdominais. Foi submetida no 21º dia de pós-operatório à Hepatojejunoanastomose Y Roux, gastrojejunostomia e derivação bíleo-digestiva. Apresentou deiscência de sutura, com drenagem de abscesso intraperitoneal 16 dias após a 2ª cirurgia e infecção urinária após duas semanas de uso de sonda urinária. Evoluiu para sepsis e óbito 27 dias após a 3ª cirurgia. Houve prolongamento do tempo de internação em 12 dias devido aos Eas cirúrgicos.
15	Evitável	Mulher de 69 anos internada em caráter eletivo com diagnóstico principal de adenoma túbulo viloso de ângulo esplênico, submetida no 7º dia de internação à hemicolectomia E com anastomose transversosigmóide. Evoluiu com fístula colônica no 10º dia de pós-operatório. Alta para domicílio 21 dias após a cirurgia. Houve prolongamento do tempo de internação em 15 dias devido ao EA cirúrgico.

continua

Tabela 3 – Descrição dos casos com eventos adversos cirúrgicos *continuação*

Nº	Evitabilidade do EA Cirúrgico	Descrição
16	Não evitável	Homem de 47 anos internado em caráter eletivo com lesão de tendão por trauma de tornozelo, sendo submetido 39 dias após a internação à tenorrafia de tendão de Aquiles direito com enxerto orgânico. Foi reinternado 5 meses depois da alta devido à infecção no enxerto e submetido 3 dias após a reinternação a debridamento mecânico-cirúrgico, com remoção do enxerto. Alta para domicílio no dia seguinte. Houve prolongamento do tempo de internação em 4 dias devido ao EA cirúrgico.
17	Evitável	Homem de 64 anos internado em caráter de emergência com trauma de abdômen e fratura exposta de membro inferior esquerdo por politraumatismo, sendo os primeiros socorros realizados em outro hospital. Foi submetido à laparotomia exploradora e à redução de fratura de membro inferior esquerdo. Apresentou infecção respiratória e após 8 dias foi realizada troca de tubo orotraqueal devido à obstrução por secreção traqueal. Foi submetido à broncoscopia e traqueostomia no 13º de internação. Foi realizado antibioticoterapia, evoluindo com melhora clínica, tendo alta para domicílio no 16º de internação.
18	Evitável	Mulher de 31 anos internada em caráter de emergência em trabalho de parto com desproporção céfalo-pélvica, submetida no dia seguinte a parto cesáreo, ocorrendo laceração de bordo inferior do miométrio, sendo realizada histerorrafia. Alta para domicílio após 1 dia.

continua

Tabela 3 – Descrição dos casos com eventos adversos cirúrgicos *continuação*

Nº	Evitabilidade do EA Cirúrgico	Descrição
19	Não evitável	Homem de 43 anos internado em caráter de emergência com apendicite retrocecal sub-hepática, submetido no dia seguinte à apendicectomia. Evoluiu com abscesso de parede no 3º dia de pós-operatório, sendo iniciada antibioticoterapia. Alta para domicílio após 6 dias. Houve prolongamento do tempo de internação em 4 dias devido ao EA cirúrgico.
20	Não evitável	Mulher de 76 anos internada em caráter eletivo com cristalino luxado OD, submetida no mesmo dia à vitrectomia via <i>pars plana</i> (VVPP) e remoção do núcleo do OD. Foi reinternada 2 meses depois da alta com diagnóstico de descolamento de retina, sendo realizado VVPP total. Alta para domicílio no 3º dia de pós-operatório. Houve prolongamento do tempo de internação em 4 dias devido ao EA cirúrgico.
21	Evitável	Homem de 49 anos, diabético, internado em caráter eletivo com empiema pleural, foi submetido 7 dias depois da internação à toracocentese. Após 24 horas, apresentou intenso sangramento (cerca de 500 ml) pelo dreno e escarro sanguinolento com quadro de hipotensão arterial palidez, astenia e ansiedade, evoluindo para choque. Foi realizado toracotomia exploradora e pleurostomia no 8º dia de pós-operatório, tendo 6 dias após alta para domicílio.
22	Evitável	Mulher de 58 anos, hipertensa, submetida à ressecção de massa estroma de ovário e colostomia e reinternada após 8 meses em caráter eletivo com diagnóstico de nódulos de tireóide, sendo realizada tireoidectomia total. Evoluiu com arritmia cardíaca e hipocalcemia em surtos após a tireoidectomia. Alta para domicílio no 4º dia de pós-operatório.

continua

Tabela 3 – Descrição dos casos com eventos adversos cirúrgicos *continuação*

Nº	Evitabilidade do EA Cirúrgico	Descrição
23	Evitável	Mulher de 48 anos, hipertensa, internada em caráter eletivo com adenocarcinoma de cólon, submetida 10 dias depois da internação à hemicolectomia D. Evoluiu com deiscência de sutura, peritonite e abscesso subfrênico, sendo realizada no 6º dia de pós-operatório laparotomia exploradora. Apresentava problemas nutricionais pela perda ponderal de cerca de 10 kg em um ano. Evoluiu com infecção pulmonar, taquicardia, febre, hipotensão arterial, queda do nível de consciência, leucocitose. Óbito no 22º dia depois da segunda cirurgia. Houve prolongamento do tempo de internação em 21 dias devido ao EA cirúrgico.
24	1º EA: Evitável 2º EA: Evitável	Homem de 69 anos, hipertenso, com DPOC, internado em caráter eletivo com abscesso pulmonar a D, submetido no 8º dia de internação à broncoscopia. Foi realizado implante de filtro de veia cava no 28º dia de internação e depois de 3 dias dissecação de veia. Evoluiu com obstrução da veia dissecada em menos de 24 h e celulite em MSE na região da dissecação de veia, sendo trocado o acesso venoso e iniciada antibioticoterapia. Alta para domicílio no 28º dia de internação.
25	Evitável	Mulher de 47 anos, diabética, com insuficiência renal crônica, mioma uterino, neuropatia diabética, anemia, tuberculose óssea e caquexia, internada em caráter eletivo com diagnóstico principal de rejeição a transplante renal. Foi realizada transplantectomia que evoluiu com linfocele em 48 horas de pós-operatório, com drenagem de material sero-sanguinolento, progressivamente mais abundante nos dias subsequentes. Pico febril no dia da alta para domicílio no 44º dia de internação.

continua

Tabela 3 – Descrição dos casos com eventos adversos cirúrgicos *continuação*

Nº	Evitabilidade do EA Cirúrgico	Descrição
26	Não evitável	Mulher de 53 anos, hipertensa, com distúrbio cardiovascular (extrassístole), incontinência urinária e hiperlipemia foi internada em caráter eletivo com diagnóstico principal de hérnia incisional após cirurgia ginecológica (Operação de Burch) para correção de incontinência urinária de esforço, ocorrida há 1 ano . Foi submetida 2 dias depois da reinternação à herniorrafia com tela. Alta para domicílio no 2º dia de pós-operatório. Houve prolongamento do tempo de internação em 4 dias devido ao EA cirúrgico.
27	1º EA: Evitável 2º EA: Não evitável 3º EA: Evitável	Mulher de 41 anos, hipertensa, com insuficiência renal crônica, hidronefrose e esquizofrenia, em uso de neuroléptico, internada em caráter eletivo com diagnóstico principal de doença hipertensiva específica da gravidez. No 16º dia de internação ocorreu queda em rampa na maternidade com fratura de rádio, que consolidou de forma viciosa, sendo submetida após 15 dias à redução incruenta e fixação percutânea de radio E. Foi submetida no 48º dia de internação à cesariana. Evoluiu com deiscência de sutura em cicatriz de cesariana, sendo submetida no 12º dia de pós-operatório à resutura da ferida cirúrgica. Teve queda da própria altura com fratura dental 12 dias após a 2ª cirurgia. Alta à revelia no 98º dia de internação.

continua

Tabela 3 – Descrição dos casos com eventos adversos cirúrgicos *continuação*

Nº	Evitabilidade do EA Cirúrgico	Descrição
28	Evitável	Mulher de 40 anos, hipertensa, com insuficiência cardíaca congestiva e bronquite, internada em caráter de emergência com mola hidatiforme, submetida no mesmo dia à Wintercuretagem e no dia seguinte à histerectomia e salpingooforectomia bilateral. Evoluiu com deiscência de sutura, peritonite e infecção de parede, sendo submetida 9 dias depois à lavagem de cavidade e ressutura de parede abdominal. Alta para residência 53 dias depois da última cirurgia. Houve prolongamento do tempo de internação em 64 dias devido ao EA cirúrgico.
29	1º EA: Evitável 2º EA: Não evitável	Homem de 64 anos, hipertenso, internado em caráter de emergência com apendicite aguda, submetido na mesma data à apendicectomia. Evoluiu com deiscência de aponevrose na ferida cirúrgica e íleo paralítico pós-operatório, sendo realizado tratamento clínico. Alta para domicílio no 11º dia de internação. Houve prolongamento do tempo de internação em 8 dias devido ao EA cirúrgico.
30	Não evitável	Mulher de 49 anos, hipertensa, internada em caráter eletivo com mioma uterino, submetida no dia seguinte à miomectomia e anexectomia bilateral, evoluiu com dor e distensão abdominal. Exame de ultrassonografia mostrou coleção sanguínea parietal. No 3º dia de pós-operatório foi realizada drenagem da ferida cirúrgica. Alta para domicílio no 10º dia de internação. Houve prolongamento do tempo de internação em 6 dias devido ao EA cirúrgico.

Tabela 3 – Descrição dos casos com eventos adversos cirúrgicos *continuação*

Nº	Evitabilidade do EA Cirúrgico	Descrição
31	Não evitável	Homem de 38 anos internado em caráter eletivo com diagnóstico principal de dupla lesão mitral e aórtica e febre reumática, submetido no 9º dia de internação à dupla troca mitral-aórtica mecânica. Evoluiu no 3º dia de pós-operatório com sangramento na incisão cirúrgica e hematoma retroesternal, sendo realizado tratamento clínico. Alta para domicílio no 65º dia de internação. Houve prolongamento do tempo de internação em 20 dias devido ao EA cirúrgico.
32	Evitável	Mulher de 33 anos, HIV positivo, internada em caráter de emergência com DHEG – Doença Hipertensiva Específica da Gravidez foi submetida no dia seguinte à cesariana. Evoluiu com abscesso intra-abdominal, sendo realizada no 3º dia de pós-operatório drenagem do abscesso, no 6º dia de pós-operatório revisão de cavidade e dessíntese de parede e após 12 dias ressíntese de parede e colocação de tela. Alta para domicílio 4 dias após a última cirurgia. Houve prolongamento do tempo de internação em 20 dias devido ao EA cirúrgico.

continua

Tabela 3 – Descrição dos casos com eventos adversos cirúrgicos *continuação*

Nº	Evitabilidade do EA Cirúrgico	Descrição
33	Evitável	Mulher de 28 anos, hipertensa, internada em caráter de emergência com DHEG foi submetida no mesmo dia à cesariana. Evoluiu com sangramento intenso, sendo realizada no dia seguinte drenagem abdominal de hematoma. No 4º dia de internação foi submetida à intubação orotraqueal e à punção venosa de subclávia D, sendo transferida 3 dias depois para UTI. Houve infecção da ferida cirúrgica evidenciada pelo surgimento de secreção fétida no 7º dia de pós-operatório, sendo iniciado antibioticoterapia. Alta para domicílio no 28º dia de internação. Houve prolongamento do tempo de internação em 9 dias devido ao EA cirúrgico.
34	Evitável	Homem de 51 anos internado em caráter eletivo com insuficiência renal aguda e pancreatite aguda, foi reinternado 4 meses após a alta com cisto adenoma de cabeça de Pâncreas, sendo submetido no dia seguinte à Cirurgia de Whipple – Duodenopancreatectomia. Evoluiu com peritonite e sepsis. Foi submetido no 10º dia de pós-operatório à laparotomia exploradora, devido à deiscência de sutura e perfuração de alça de intestino delgado, sendo realizado gastrostomia, drenagem da cavidade e sutura da gastroenteroanastomose. Foram realizados após 6 dias revisão da cavidade abdominal e fechamento da parede abdominal. Alta para domicílio no 47º dia de internação. Foi reinternado após 4 meses com diagnóstico de suboclusão intestinal. Houve prolongamento do tempo de internação em 30 dias devido ao EA cirúrgico.

Tabela 3 – Descrição dos casos com eventos adversos cirúrgicos *continuação*

Nº	Evitabilidade do EA Cirúrgico	Descrição
35	1º EA: Evitável 2º EA: Não evitável	Mulher de 29 anos internada em caráter de emergência com amniorrexe prematura, submetida no dia seguinte à cesariana. Dois dias após a cirurgia apresentou hiperemia e vesículas em região sacra e no 3º dia de pós-operatório edema e hiperemia em ferida cirúrgica, por provável hipersensibilidade a antisséptico. Parecer solicitado à Dermatologia não realizado. Alta para domicílio no 7º dia de internação.
36	Não evitável	Homem de 65 anos, hipertenso, internado em caráter eletivo com diagnóstico principal de neoplasia de laringe, submetido 6 dias após a internação à laringectomia parcial Horiz com esvaziamento cervical. Evoluiu com infecção do sítio cirúrgico, apresentando abaulamento cervical submentoniano e drenagem de secreção com odor fétido, sendo iniciado antibioticoterapia. Alta para domicílio no 33º dia de pós-operatório.
37	Não evitável	Mulher de 65 anos internada em caráter eletivo com diagnóstico principal de catarata senil OE, submetida no dia seguinte à facectomia e LIO OE. Evoluiu com soltura de ponto em 11 horas, com ressutura um dia após facectomia. Alta para domicílio no 3º dia de internação. Houve prolongamento do tempo de internação em 1 dia devido ao EA cirúrgico.

continua

Tabela 3 – Descrição dos casos com eventos adversos cirúrgicos *continuação*

Nº	Evitabilidade do EA Cirúrgico	Descrição
38	Não evitável	Homem de 38 anos internado em caráter de emergência com diagnóstico de tumor de reto estenosante perfurado, peritonite purulenta e fígado plurimetastático, submetido 2 dias após a internação à laparotomia exploradora. Apresentou no 21º dia de pós-operatório deiscência de terço inferior da ferida cirúrgica, edema em bolsa escrotal e região peniana. Óbito no 23º dia de pós-operatório.

ANEXO

Inclusão no estudo		Identificação do revisor:	
Hospital:	Numero do prontuário	Repetir o numero do prontuário	

Tempo de Revisão:		
Horário de Início:	Horário de Finalização:	Tempo Total de Revisão: (calculado automaticamente)

Dados Demográficos do Paciente			
Idade:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Escolaridade:	Ocupação
Data de nascimento		Raça/cor de pele:	

Internação		
Data de admissão no hospital: <i>preenchido a partir da revisão do enfermeiro</i> DD/MM/AAAA	Data da saída do hospital: <i>preenchido a partir da revisão do enfermeiro</i> DD/MM/AAAA	Caráter da admissão: <input type="checkbox"/> Eletiva <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Emergência <i>Preenchido a partir da revisão do enfermeiro</i>

Breve Resumo Clínico do Médico

Breve Resumo Clínico da Fase 1

Diagnóstico de admissão: <i>preenchido a partir da revisão do enfermeiro</i>	Diagnóstico de saída: <i>preenchido a partir da revisão do enfermeiro</i>	Diagnósticos secundários:
1. <i>preenchido a partir da revisão do enfermeiro</i>	2. <i>preenchido a partir da revisão do enfermeiro</i>	3. <i>preenchido a partir da revisão do enfermeiro</i>
4. <i>preenchido a partir da revisão do enfermeiro</i>	5. <i>preenchido a partir da revisão do enfermeiro</i>	6. <i>preenchido a partir da revisão do enfermeiro</i>
Procedimentos realizados: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <i>preenchido a partir da revisão do enfermeiro</i>	Se Sim' – Data: <i>preenchido a partir da revisão do enfermeiro</i>	Se Sim' – Tipo do Procedimento: <i>preenchido a partir da revisão do enfermeiro</i>

Condição de saída: <input type="checkbox"/> Morto <input type="checkbox"/> Vivo <i>preenchido a partir da revisão do enfermeiro</i>
Se vivo ' Alta para: <i>preenchido a partir da revisão do enfermeiro</i>
<input type="checkbox"/> Cuidado agudo <input type="checkbox"/> Cuidado crônico <input type="checkbox"/> Cuidado domiciliar <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Domicílio e reabilitação ambulatorial
<input type="checkbox"/> Internação para Reabilitação <input type="checkbox"/> Cuidado de longa permanência <input type="checkbox"/> Cuidado paliativo <input type="checkbox"/> Sem inf

Avaliação do Médico sobre a Revisão do Enfermeiro
<input type="checkbox"/> Usar Resumo da Fase I preenchido pelo Enfermeiro como está
<input type="checkbox"/> Usar Resumo da Fase I preenchido pelo Enfermeiro com comentários médicos registrados abaixo
<input type="checkbox"/> NÃO USAR Resumo da Fase I preenchido pelo Enfermeiro e permitir que o médico faça alterações e acrescente comentários
Comentários do médico

Critérios de rastreamento selecionados na fase 1

1. Internação não planejada (incluindo reinternação) como resultado de qualquer cuidado de saúde prestado durante 1 ano anterior à internação índice.	Mostrar se selecionado
2. Internação não planejada em qualquer hospital durante 1 ano subsequente à alta da internação índice:	Mostrar se selecionado
3. Ocorrência de lesão no paciente durante a internação (inclusive qualquer dano, lesão ou trauma ocorridos durante a internação índice):	Mostrar se selecionado
4. Reação adversa ao medicamento	Mostrar se selecionado
5. Transferência não planejada para unidade de cuidados intensivos ou semi-intensivo:	Mostrar se selecionado
6. Transferência não planejada para outro hospital de cuidados agudos, (excluindo as transferências para exames, procedimentos, ou cuidados especializados não disponíveis no hospital de origem):	Mostrar se selecionado
7. Retorno não planejado à sala de cirurgia:	Mostrar se selecionado
8. Remoção, lesão ou correção não planejada de um órgão ou estrutura durante cirurgia, procedimento invasivo ou parto vaginal:	Mostrar se selecionado
9. Outras complicações inesperadas ocorridas durante a internação em referência que NÃO sejam um desenvolvimento normal da doença do paciente ou um resultado esperado do tratamento):	Mostrar se selecionado
10. Desenvolvimento de alteração neurológica ausente na admissão, mas presente no momento da saída da internação índice (incluindo alterações neurológicas relacionadas aos procedimentos, tratamentos ou investigações):	Mostrar se selecionado
11. Óbito	Mostrar se selecionado
12. Alta hospitalar inapropriada / planejamento de alta inadequado para a internação índice (exclui alta à revelia)	Mostrar se selecionado
13. Parada cardio-respiratória revertida:	Mostrar se selecionado
14. Lesão relacionada ao aborto ou trabalho de parto e parto	Mostrar se selecionado
15. Infecção/septicemia hospitalar (excluir infecções/septicemia ocorridas em menos de 72 horas após a admissão):	Mostrar se selecionado
16. Insatisfação com o cuidado recebido documentada no prontuário ou evidência de queixa apresentada (incluindo documentos, queixas documentadas, conflitos entre o paciente/família e os profissionais e alta à revelia):	Mostrar se selecionado
17. Documentação ou correspondência indicando litígio, seja somente intenção ou ação efetiva.	Mostrar se selecionado
18. Partindo de uma creatinina normal na internação, houve duplicação do seu valor durante a permanência no hospital?	Mostrar se selecionado
19. Quaisquer outros eventos indesejados não mencionados acima:	Mostrar se selecionado

Critérios de rastreamento de potenciais eventos adversos.

1. Internação não planejada (incluindo reinternação) como resultado de qualquer cuidado de saúde prestado durante 1 ano anterior à internação índice.	<p>Concorda? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Se não – Comentar</p> <p>Se sim – O médico confirma os detalhes?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Descrição do dano, lesão ou trauma, seu tratamento e resultado.</p>
2. Internação não planejada em qualquer hospital durante 1 ano subsequente à alta da internação índice:	<p>Concorda? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Se não – Comentar</p> <p>Se sim – O médico confirma os detalhes?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Descrição do dano, lesão ou trauma, seu tratamento e resultado.</p>
3. Ocorrência de lesão no paciente durante a internação (inclusive qualquer dano, lesão ou trauma ocorridos durante a internação índice):	<p>Concorda? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Se não – Comentar</p> <p>Se sim – O médico confirma os detalhes?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Descrição do dano, lesão ou trauma, seu tratamento e resultado.</p>
4. Reação adversa ao medicamento	<p>Concorda? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Se não – Comentar</p> <p>Se sim – O médico confirma os detalhes?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Medicação administrada</p> <p>Momento da administração</p> <p><input type="checkbox"/> Antes da internação índice. <input type="checkbox"/> Durante a internação índice.</p> <p>Data da reação ao medicamento:</p> <p>Descrição da reação ao medicamento, seu tratamento e resultado.</p>

5. Transferência não planejada para unidade de cuidados intensivos ou semi-intensivo:	<p>Concorda? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p><i>Se não</i> – Comentar</p> <p><i>Se sim</i> – O médico confirma os detalhes?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Data da transferência:</p> <p>Razão da transferência e o resultado do cuidado na unidade de cuidados:</p>
6. Transferência não planejada para outro hospital de cuidados agudos, (excluindo as transferências para exames, procedimentos, ou cuidados especializados não disponíveis no hospital de origem):	<p>Concorda? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p><i>Se não</i> – Comentar</p> <p><i>Se sim</i> – O médico confirma os detalhes?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Diagnóstico da saída do hospital de origem:</p> <p>Data da transferência:</p> <p>Motivo da transferência:</p> <p>Hospital em referência recebeu ou transferiu o paciente:</p> <p><input type="checkbox"/> Recebeu <input type="checkbox"/> Transferiu</p> <p>Nome do outro hospital:</p>
7. Retorno não planejado à sala de cirurgia	<p>Concorda? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p><i>Se não</i> – Comentar</p> <p><i>Se sim</i> – O médico confirma os detalhes?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Data da cirurgia inicial:</p> <p>Data do retorno à sala de cirurgia:</p> <p>Motivo e causa do retorno à sala cirúrgica:</p>
8. Remoção, lesão ou correção não planejada de um órgão ou estrutura durante cirurgia, procedimento invasivo ou parto vaginal:	<p>Concorda? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p><i>Se não</i> – Comentar</p> <p><i>Se sim</i> – O médico confirma os detalhes?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Data do procedimento:</p> <p>Nome do procedimento realizado:</p> <p>Natureza da lesão ou dano:</p>
9. Outras complicações inesperadas ocorridas durante a internação em referência que NÃO sejam um desenvolvimento normal da doença do paciente ou um resultado esperado do tratamento)	<p>Concorda? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p><i>Se não</i> – Comentar</p> <p><i>Se sim</i> – O médico confirma os detalhes?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Data da complicação:</p> <p>Natureza da complicação:</p>
10. Desenvolvimento de alteração neurológica ausente na admissão, mas presente no momento da saída da internação índice (inclui alterações neurológicas relacionadas aos procedimentos, tratamentos ou investigações):	<p>Concorda? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p><i>Se não</i> – Comentar</p> <p><i>Se sim</i> – O médico confirma os detalhes?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Data de detecção da nova alteração:</p> <p>Natureza do dano e sua consequência:</p>
11. Óbito	<p>Concorda? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p><i>Se não</i> – Comentar</p> <p><i>Se sim</i> – O médico confirma os detalhes?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Data do óbito:</p> <p>Descreva as circunstâncias relacionadas ao óbito:</p>
12. Alta hospitalar inapropriada / planejamento de alta inadequado para a internação índice (exclui alta à revelia)	<p>Concorda? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p><i>Se não</i> – Comentar</p> <p><i>Se sim</i> – O médico confirma os detalhes?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Data de alta programada (se disponível):</p> <p>Descreva as circunstâncias relacionadas à alta inadequada:</p>
13. Parada cardio-respiratória revertida:	<p>Concorda? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p><i>Se não</i> – Comentar</p> <p><i>Se sim</i> – O médico confirma os detalhes?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Data da parada:</p> <p>Descrever os resultados da parada:</p>
13. Lesão relacionada ao aborto ou trabalho de parto e parto	<p>Concorda? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p><i>Se não</i> – Comentar</p> <p><i>Se sim</i> – O médico confirma os detalhes?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Data da lesão:</p> <p>Natureza e resultado da lesão ou dano:</p>

<p>15. Infecção/septicemia hospitalar (excluir infecções/septicemia ocorridas em menos de 72 horas após a admissão):</p>	<p>Concorda? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <i>Se não</i> – Comentar <i>Se sim</i> – O médico confirma os detalhes? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Data da infecção: Natureza da infecção, seu tratamento e resultado do tratamento.</p>
<p>16. Insatisfação com o cuidado recebido documentada no prontuário ou evidência de queixa apresentada (incluir documentos, queixa documentadas, conflitos entre o paciente/família e profissionais e alta à revelia):</p>	<p>Concorda? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <i>Se não</i> – Comentar <i>Se sim</i> – O médico confirma os detalhes? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Data do primeiro registro da insatisfação: Declarada por: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Familiares Natureza/causa da insatisfação:</p>
<p>17. Documentação ou correspondência indicando litígio, seja somente intenção ou ação efetiva:</p>	<p>Concorda? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <i>Se não</i> – Comentar <i>Se sim</i> – O médico confirma os detalhes? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Data da documentação (intenção/ação efetiva) Tipo de lesão ou dano:</p>
<p>18. Partindo de uma creatinina normal na internação, houve duplicação do seu valor durante a permanência no hospital?</p>	<p>Concorda? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <i>Se não</i> – Comentar <i>Se sim</i> – O médico confirma os detalhes? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Data e primeiro resultado do nível de creatinina: Data e resultado do maior nível de creatinina: Data e resultado do último nível de creatinina: Conduta clínica frente ao achado:</p>
<p>19. Quaisquer outros eventos indesejados não mencionados acima:</p>	<p>Concorda? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <i>Se não</i> – Comentar <i>Se sim</i> – O médico confirma os detalhes? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Data do evento: Natureza e resultado do evento:</p>

Se o Enfermeiro Revisor indicou a existência de “Registro de Incidentes” no prontuário: O Registro de Incidentes continha informações adicionais sobre o EA potencial que não tivessem sido encontradas em alguma outra parte do prontuário? Não Sim

Constatação do EA.

Definição:
 O paciente sofreu uma lesão ou dano não intencional que tenha resultado em incapacidade ou disfunção temporária ou permanente e/ou internação prolongada em consequência do cuidado prestado?
 Todos eventos adversos devem preencher os seguintes três critérios: *lesão ou dano* não intencional, *incapacidade ou disfunção* temporária ou permanente e/ou prolongamento do tempo de permanência ou óbito *causada* pelo cuidado prestado.

Fazer uma avaliação completa desde a ocorrência da lesão ou dano à sua prevenção para todas as Suspeitas de Lesão ou dano de acordo com as seguintes regras: PARAR A REVISÃO SE: ‘Lesão’ = Não; ou ‘Incapacidade’ = Nenhuma das Opções Acima; ou ‘Causa’= Virtualmente sem evidências de causa derivada do cuidado; nesses casos, parar a revisão. Somente assinalar ‘Lesão’, ‘Incapacidade’ e ‘Causa’ se ‘Lesão’= Quase Lesionado; ou ‘Incapacidade’= Intervenção ou tratamento sem seqüelas ou consultas ambulatoriais.

Suspeita de Lesão nº. 1	Suspeita de Lesão nº. 4	Suspeita de Lesão nº. 7
Suspeita de Lesão nº. 2	Suspeita de Lesão nº. 5	Suspeita de Lesão nº. 8
Suspeita de Lesão nº. 3	Suspeita de Lesão nº. 6	Suspeita de Lesão nº. 9

Lesão O paciente sofreu lesão, ou dano ou complicação não intencional? Sim Não Quase lesionado
Se ‘Não’ Marcar Revisão ‘Completa’

Se ‘Sim’ ou ‘Quase Lesionado’ – Descrever Contexto /Evento Clínico:

Incapacidade **A lesão ou dano ou a complicação resultou em:** (selecionar todas as aplicáveis)
 Incapacidade ou disfunção no momento da saída Prolongamento do tempo de permanência no hospital Reinternação posterior a saída da internação indice Óbito Intervenção ou tratamento sem sequelas listadas acima Consulta ambulatorial Nenhuma das opções acima (sem EA)

Para todas as respostas exceto ‘Nenhuma das Opções Acima’ – Descrever impacto no paciente em termos de incapacidade, prolongamento da permanência, lesão/complicação temporária:

<p>Parte do tempo de permanência no hospital foi devida ao EA? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>	<p><i>Se ‘Sim’ Que parte do tempo total de permanência no hospital foi devida ao EA?</i> <input type="checkbox"/> Parte <input type="checkbox"/> Toda <input type="checkbox"/> Indeterminado</p>
--	---

Quantos dias se deveram ao EA? (Se a resposta acima for Toda', informar aqui o tempo total de internação – Data da Alta - Data da Internação; caso contrário, informar o número total de dias relacionados ao EA.

<p>Em algum momento o paciente poderia voltar à sua condição pré-hospitalar em relação a:</p> <p>1. Trabalho <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Indeterminado</p> <p>2. Autonomia <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Indeterminado</p>	<p><input type="checkbox"/> Nenhum dano ou incapacidade física</p> <p><input type="checkbox"/> Dano Mínimo e/ou recuperação em um mês</p> <p><input type="checkbox"/> Dano Moderado, recuperação entre um e seis meses.</p> <p><input type="checkbox"/> Dano Moderado, recuperação entre seis meses e um ano.</p> <p><input type="checkbox"/> Dano permanente, incapacidade ou disfunção 1-50%</p> <p><input type="checkbox"/> Dano permanente, incapacidade ou disfunção >50%</p> <p><input type="checkbox"/> Óbito</p> <p><input type="checkbox"/> Indeterminado.</p>
<p>No dia da saída qual o grau de dano físico gerado no paciente pelo evento adverso além da incapacidade ou disfunção ocasionada pela doença em tratamento conforme RELATADO no prontuário do paciente?:</p>	<p><input type="checkbox"/> Nenhum dano ou incapacidade física</p> <p><input type="checkbox"/> Dano Mínimo e/ou recuperação em um mês</p> <p><input type="checkbox"/> Dano Moderado, recuperação entre um e seis meses.</p> <p><input type="checkbox"/> Dano Moderado, recuperação entre seis meses e um ano.</p> <p><input type="checkbox"/> Dano permanente, incapacidade ou disfunção 1-50%</p> <p><input type="checkbox"/> Dano permanente, incapacidade ou disfunção >50%</p> <p><input type="checkbox"/> Óbito</p> <p><input type="checkbox"/> Indeterminado.</p>
<p>Baseado nos dados constantes do prontuário médico, como você JULGARIA o grau de dano físico atribuível pelo evento adverso no dia da saída?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sem consequência</p> <p><input type="checkbox"/> Somente necessidade de usar aparelhos de apoio</p> <p><input type="checkbox"/> Cuidado em tempo parcial - fora de instituição</p> <p><input type="checkbox"/> Cuidado em tempo integral - fora de instituição</p> <p><input type="checkbox"/> Cuidado institucional.</p> <p><input type="checkbox"/> Indeterminado.</p>
<p>No dia da saída, qual foi a consequência de dano físico atribuível ao <i>Evento Adverso</i> para além da incapacidade ou disfunção do paciente provocada pela doença de base tal como RELATADA no prontuário?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sem consequência</p> <p><input type="checkbox"/> Somente necessidade de usar aparelhos de apoio</p> <p><input type="checkbox"/> Cuidado em tempo parcial - fora de instituição</p> <p><input type="checkbox"/> Cuidado em tempo integral - fora de instituição</p> <p><input type="checkbox"/> Cuidado institucional.</p> <p><input type="checkbox"/> Indeterminado.</p>
<p>Com base nos dados constantes do prontuário médico, como você JULGARIA a consequência do dano físico atribuível ao evento adverso no dia da saída?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sem consequência</p> <p><input type="checkbox"/> Somente necessidade de usar aparelhos de apoio</p> <p><input type="checkbox"/> Cuidado em tempo parcial - fora de instituição</p> <p><input type="checkbox"/> Cuidado em tempo integral - fora de instituição</p> <p><input type="checkbox"/> Cuidado institucional.</p> <p><input type="checkbox"/> Indeterminado.</p>

Causação	<p>Na sua avaliação, há evidência de que o cuidado prestado tenha causado a lesão ou dano do paciente? Ao responder a esta pergunta e sempre que for relevante, considere as seguintes questões e responda (selecione todas as que forem aplicáveis)</p>
<p>Há alguma anotação no prontuário indicando que o cuidado prestado tenha causado a lesão ou dano? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>	
<p>Há alguma anotação no prontuário sugerindo a possibilidade de lesão ou dano decorrente da doença de base do paciente? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>	
<p>O momento de ocorrência do evento sugere que a lesão ou dano está relacionada com o tratamento? <input type="checkbox"/> Provável <input type="checkbox"/> Possível <input type="checkbox"/> Improvável</p>	
<p>O momento de ocorrência do evento sugere que a lesão ou dano está relacionada à ausência de tratamento?: <input type="checkbox"/> Provável <input type="checkbox"/> Possível <input type="checkbox"/> Improvável</p>	
<p>Existe alguma outra explicação plausível indicando a causa da lesão ou dano?: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Possível</p>	
<p>Antes da ocorrência da lesão ou dano, houve oportunidade para alguma intervenção que poderia tê-la evitada? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Possível</p>	
<p>A ausência ou a demora no tratamento é causa reconhecida desse tipo de lesão ou dano?: <input type="checkbox"/> Amplamente reconhecida <input type="checkbox"/> Reconhecida por outros especialistas <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica</p>	
<p>A ausência ou a demora no diagnóstico é causa reconhecida desse tipo de lesão ou dano?: <input type="checkbox"/> Amplamente reconhecida <input type="checkbox"/> Reconhecida por outros especialistas <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica</p>	
<p>O tratamento dado ao paciente é reconhecido como causa desse tipo de lesão ou dano?: <input type="checkbox"/> Amplamente reconhecida <input type="checkbox"/> Reconhecida por outros especialistas <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica</p>	
<p>A lesão ou dano em questão é reconhecida como complicação esperada da doença de base do paciente?: <input type="checkbox"/> Amplamente reconhecida <input type="checkbox"/> Reconhecida por outros especialistas <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica</p>	
<p>A lesão ou dano foi reconhecida durante a internação indice? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>	

Se 'Sim', Adotaram-se as medidas apropriadas durante a internação índice?
 Não Sim Não foi necessária qualquer medida

Se 'Sim', A lesão ou dano respondeu às medidas tomadas?: Não Sim Possivelmente Não se aplica

Após as devidas considerações dos detalhes clínicos do cuidado prestado ao paciente, *independentemente das possibilidades de prevenção*, e considerando as suas respostas às questões acima.

Com que nível de confiança você diria que CUIDADO PRESTADO causou a lesão ou dano? (escolha uma das respostas)

Praticamente nenhuma evidência de que cuidado foi a causa da lesão ou dano. (Sem *Evento Adverso* – PARAR a revisão)

Evidência mínima a moderada de que cuidado foi a causa da lesão **ou dano**.

Evidência improvável: **pouco menos** do que 50 % de que cuidado foi a causa da lesão **ou dano**

Evidência provável, **pouco mais** do que 50% de que cuidado foi a causa da lesão **ou dano**.

Evidência de moderada a forte de que cuidado foi a causa da lesão **ou dano**.

Evidência praticamente certa de que cuidado foi a causa da lesão **ou dano**.

Momento da ocorrência do Evento Adverso:

O cuidado que contribuiu com o Evento Adverso ocorreu: <input type="checkbox"/> Antes da internação índice <input type="checkbox"/> Durante a internação índice <input type="checkbox"/> Após a internação índice	O EA foi detectado: <input type="checkbox"/> Antes da internação índice <input type="checkbox"/> Durante a internação índice <input type="checkbox"/> Após a internação índice
---	--

Local de ocorrência do Evento Adverso e Especialidade

Onde foi prestado o cuidado que contribuiu para a ocorrência do Evento Adverso? (selecione todos os aplicáveis) Fora do hospital Dentro do hospital

Se 'Fora do Hospital': (selecione todos os aplicáveis) Unidade ambulatorial fora do hospital Consultório médico Domicílio
 Casa de repouso Outro (especifique):

Se 'Dentro do Hospital': (selecione todos os aplicáveis)
 Unidade transfusional Laboratório de Cateterismo Cardíaco Serviço de emergência Banheiro do hospital Ambulatório do hospital
 UTI Quarto ou Enfermaria Anatomia Patologia Laboratório de Análises Clínicas Área de Serviço (escadas, corredores, elevador)
 Centro Cirúrgico Serviço de Imagem Sala de Recuperação Pós-Anestésica Farmácia Sala de fisioterapia e reabilitação
 Sala de Pré-Parto e Parto Sala de Procedimentos Outros (especifique):

Qual era o serviço mais responsável no momento do EA? (escolha um) Cirurgia Clínica Outros

Se 'Cirurgia': Anestesia Cirurgia Cardíaca Proctologia Cirurgia Geral Ginecologia Neuro-cirurgia Oftalmologia
 Ortopedia Otorrinolaringologia Cirurgia Plástica Cirurgia Torácica Cirurgia vascular Urologia Outros (especifique):

Se 'Clínica': Cardiologia Dermatologia Emergência Endocrinologia Gastroenterologia Hematologia Imunologia e alergia
 Doenças infecciosas Intensivista Internista Oncologia clínica Nefrologia Neurologia Fisiatria
 Psiquiatria Radioterapia Radiologia Pneumologia Reumatologia Outros (especifique):

Se 'Outros': Odontologia Nutrição Enfermagem Fisioterapia e terapia ocupacional Instalação Física do Hospital Farmácia
 Serviços de Suporte ao Transporte Outros (especifique):

Classificação do EA

Diagnóstico	O Evento Adverso resultou de erro de diagnóstico – errado ou demorado? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<i>Se 'Sim' – Data</i>	Local: <input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Unidade de observação <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Centro cirúrgico/Procedimento <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Outro
Cirúrgico	O Evento Adverso teve relação com cirurgia - ocorrendo durante a cirurgia ou no pós-operatório imediato (30 dias)? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<i>Se 'Sim' – Data</i>	Local: <input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Unidade de observação <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Centro cirúrgico/Procedimento <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Outro
Fraturas	O Evento Adverso teve relação com fratura? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<i>Se 'Sim' – Data</i>	Local: <input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Unidade de observação <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Centro cirúrgico/Procedimento <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Outro
Anestésico	O EA teve relação com anestesia? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<i>Se 'Sim' – Data</i>	Local: <input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Unidade de observação <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Centro cirúrgico/Procedimento <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Outro

Obstétrico	O Evento Adverso teve relação com cuidados obstétricos? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Se 'Sim' - Data	Local: <input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Unidade de observação <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Centro cirurgico/Procedimento <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Outro
Procedimentos médicos	O EA teve relação com alguma lesão ou dano decorrente de procedimento não-cirúrgico? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Se 'Sim' - Data	Local: <input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Unidade de observação <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Centro cirurgico/Procedimento <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Outro
Medicamentoso	O EA foi alguma lesão ou dano relacionada a medicamentos/infusões? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Se 'Sim' - Data	Local: <input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Unidade de observação <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Centro cirurgico/Procedimento <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Outro
EA não citados em outros itens	O evento adverso não foi citado em outros itens? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Se 'Sim' - Data	Local: <input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Unidade de observação <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Centro cirurgico/Procedimento <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Outro
Eventos do Sistema	O evento foi referente ao sistema? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Se 'Sim' - Data	Local: <input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Unidade de observação <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Centro cirurgico/Procedimento <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Outro

Diagnóstico	Se respondeu 'Sim' ao item 'Diagnóstico' - Descreva o Contexto/Evento Clínico:
Fonte do erro diagnóstico (selecione todos aplicáveis) <input type="checkbox"/> Erro diagnóstico inevitável apesar da realização dos procedimentos diagnósticos adequados. <input type="checkbox"/> Falha em obter anamnese e ou exame físico adequados <input type="checkbox"/> Falha ou atraso na realização do exame indicado <input type="checkbox"/> Realização de exames inadequados ou obsoletos <input type="checkbox"/> Realização de exame de maneira incorreta <input type="checkbox"/> Resultados dos exames incorretamente documentados. <input type="checkbox"/> Falha ou atraso em agir diante do resultado dos exames ou achados <input type="checkbox"/> Falha em chegar a conclusões sensíveis/ razoáveis ou estabelecer diagnóstico diferencial <input type="checkbox"/> Falha ou atraso na obtenção de parecer de especialista: <input type="checkbox"/> chefe de serviço <input type="checkbox"/> clínico especialista <input type="checkbox"/> especialista não-clínico incluir sobre o exame . <input type="checkbox"/> Parecer incorreto do especialista <input type="checkbox"/> Atraso no diagnóstico <input type="checkbox"/> Prática de médicos ou outros profissionais fora da área de conhecimento ou abaixo do nível de competência e (especifique):	
Outros erros de diagnósticos? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Se 'Sim' - Descreva o contexto/ evento clínico:
Avaliação diagnóstica realizada por: (selecione todos os aplicáveis)	
<input type="checkbox"/> Anestesia	Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo
<input type="checkbox"/> Emergencista	Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo
<input type="checkbox"/> Medicina interna geral	Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo
<input type="checkbox"/> Internista outro serviço de sub-especialidade	Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo
<input type="checkbox"/> Cirurgia geral	Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo
<input type="checkbox"/> Cirurgião - outro serviço de sub-especialidade	Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo
<input type="checkbox"/> Ortopedia	Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo
<input type="checkbox"/> Obstetrícia	Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo
<input type="checkbox"/> Enfermagem	Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo
<input type="checkbox"/> Auxiliar /técnico de enfermagem	Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo
<input type="checkbox"/> Nutricionista	Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo
<input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional	Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo
<input type="checkbox"/> Farmacêutico	Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo
<input type="checkbox"/> Fisioterapia	Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo
<input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo	Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo
<input type="checkbox"/> Assistente Social	Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo
<input type="checkbox"/> Outros (especifique)	<input type="checkbox"/> Indeterminado
Fatores que contribuíram para o EA (selecione todos que se aplicam) <input type="checkbox"/> Falta de conhecimento <input type="checkbox"/> Norma - não verificou ou não seguiu protocolo <input type="checkbox"/> Habilidade - erros ou descuidos <input type="checkbox"/> Erro técnico (procedimento (procedimento correto e indicado) <input type="checkbox"/> Infração - descumprimento deliberado de normas ou protocolo <input type="checkbox"/> Nenhuma causa subjacente (salvo a resposta do paciente) <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Outros (especifique):	

Cirúrgico	Se 'Sim' – Procedimento realizado:		
Evento mais importante: (selecionar apenas um) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Problema técnico (especifique) <input type="checkbox"/> Hemorragia grave <input type="checkbox"/> Hemorragia leve <input type="checkbox"/> Infecção de ferida cirúrgica <input type="checkbox"/> Infecção não relacionada a ferida cirúrgica – e.g. abscesso <input type="checkbox"/> Outros problemas com a ferida cirúrgica - e.g deiscência (especifique) <input type="checkbox"/> Ruptura de anastomose <input type="checkbox"/> Dificuldade na definição anatômica (especifique): <input type="checkbox"/> Perfuração (especifique a natureza) <input type="checkbox"/> Colocação de prótese <input type="checkbox"/> Acidente Vascular Cerebral <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca Congestiva <input type="checkbox"/> Infarto do Miocárdio <input type="checkbox"/> Trombose venosa profunda <input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar <input type="checkbox"/> Outros eventos ou comentários (especifique) 			
Outro(s) evento(s) correlato(s): (selecione todos os aplicáveis) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Problema técnico (especifique) <input type="checkbox"/> Hemorragia grave <input type="checkbox"/> Hemorragia leve <input type="checkbox"/> Infecção de ferida cirúrgica <input type="checkbox"/> Infecção não relacionada a ferida cirúrgica – e.g. abscesso <input type="checkbox"/> Outros problemas com a ferida cirúrgica - e.g deiscência (especifique) <input type="checkbox"/> Ruptura de anastomose <input type="checkbox"/> Dificuldade na definição anatômica (especifique): <input type="checkbox"/> Perfuração (especifique a natureza) <input type="checkbox"/> Colocação de prótese <input type="checkbox"/> Acidente Vascular Cerebral <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca Congestiva <input type="checkbox"/> Infarto do Miocárdio <input type="checkbox"/> Trombose venosa profunda <input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar <input type="checkbox"/> Outros eventos ou comentários (especifique): 			
Outros problemas relacionados a procedimentos cirúrgicos?:		Se 'Sim' – Descreva o evento:	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
Que processo(s) de cuidado(s) que contribuíram para o EA? (selecione todos os aplicáveis) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aparentemente nenhum processo de cuidado contribuiu com o EA. <input type="radio"/> Adequação do consentimento informado e.g. procedimentos alternativos <input type="radio"/> Atraso em administrar tratamento <input type="radio"/> Monitoramento/supervisão inadequada do paciente após procedimento <input type="radio"/> Uso de terapia inadequada ou obsoleta (especifique) <input type="checkbox"/> Procedimento ineficaz – falhou em aliviar sintomas <input type="radio"/> Preparo inadequado do paciente antes do procedimento <input type="radio"/> Prática de médicos ou outros profissionais fora da área de conhecimento ou abaixo do nível de competência (especifique): <input type="radio"/> Ineficiência ou falha de comunicação <input type="radio"/> Lesão cirúrgica <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="radio"/> Outros eventos ou comentários (especifique): 			
Outros erros de desempenho? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Se 'Sim' – Descreva o evento:	
		Situação do procedimento: <input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Eletivo <input type="checkbox"/> Indeterminado	
Data do procedimento:			
Procedimento realizado por: (selecionar todos que se aplicam)			
<input type="checkbox"/> Anestesia	Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado		
<input type="checkbox"/> Emergencista	Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado		

<input type="checkbox"/> Medicina interna geral	<i>Se sim</i> - Nível de experiência: (<i>selecionar todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Internista outro serviço de sub-especialidade	<i>Se sim</i> - Nível de experiência: (<i>selecionar todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Cirurgia geral	<i>Se sim</i> - Nível de experiência: (<i>selecionar todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Cirurgião – outro serviço de sub-especialidade	<i>Se sim</i> - Nível de experiência: (<i>selecionar todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Ortopedia	<i>Se sim</i> - Nível de experiência: (<i>selecionar todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Obstetrícia	<i>Se sim</i> - Nível de experiência: (<i>selecionar todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Enfermagem	<i>Se sim</i> - Nível de experiência: (<i>selecionar todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Auxiliar/técnico de enfermagem	<i>Se sim</i> - Nível de experiência: (<i>selecionar todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Nutricionista	<i>Se sim</i> - Nível de experiência: (<i>selecionar todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional	<i>Se sim</i> - Nível de experiência: (<i>selecionar todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Farmacêutico	<i>Se sim</i> - Nível de experiência: (<i>selecionar todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Fisioterapia	<i>Se sim</i> - Nível de experiência: (<i>selecionar todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo	<i>Se sim</i> - Nível de experiência: (<i>selecionar todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Assistente Social	<i>Se sim</i> - Nível de experiência: (<i>selecionar todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Outros (<i>especifique</i>)	<input type="checkbox"/> Indeterminado
Havia algum assistente de cirurgia? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Nível do assistente: <input type="checkbox"/> Médico externo ao corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Estudante de enfermagem <input type="checkbox"/> Estudante de medicina <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
Fatores que contribuíram para o EA (<i>selecione todos que se aplicam</i>): <input type="checkbox"/> Falta de conhecimento <input type="checkbox"/> Norma - não verificou ou não seguiu protocolo <input type="checkbox"/> Habilidade - erros ou descuidos <input type="checkbox"/> Erro técnico (procedimento correto e/ou indicado) <input type="checkbox"/> Infração – descumprimento deliberado de normas ou protocolo <input type="checkbox"/> Nenhuma causa subjacente (salvo a resposta do paciente) <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Outros (<i>especifique</i>):	

Fraturas (incluindo não cirúrgicas)	<i>Se 'Sim'</i> – Localização antômica da fratura:
Natureza do Evento Relativo a Fratura: <input type="checkbox"/> Reoperação <input type="checkbox"/> Falha da prótese <input type="checkbox"/> Relativo a Cirurgia <input type="checkbox"/> Não Relativo a Cirurgia <input type="checkbox"/> Outro	
Descrever os detalhes do EA relacionado à fratura:	
Carácter do Procedimento: <input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Eletivo <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Não se aplica	Data do procedimento:
Procedimento realizado por: (<i>selecionar todos que se aplicam</i>)	
<input type="checkbox"/> Anestesia	<i>Se sim</i> - Nível de experiência: (<i>selecionar todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Emergencista	<i>Se sim</i> - Nível de experiência: (<i>selecionar todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Medicina interna geral	<i>Se sim</i> - Nível de experiência: (<i>selecionar todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Internista outro serviço de sub-especialidade	<i>Se sim</i> - Nível de experiência: (<i>selecionar todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Cirurgia geral	<i>Se sim</i> - Nível de experiência: (<i>selecionar todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Cirurgião – outro serviço de sub-especialidade	<i>Se sim</i> - Nível de experiência: (<i>selecionar todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Ortopedia	<i>Se sim</i> - Nível de experiência: (<i>selecionar todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Obstetrícia	<i>Se sim</i> - Nível de experiência: (<i>selecionar todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado

<input type="checkbox"/> Enfermagem	<i>Se sim</i> - Nível de experiência: (<i>selecionar todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Auxiliar /técnico de enfermagem	<i>Se sim</i> - Nível de experiência: (<i>selecionar todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Nutricionista	<i>Se sim</i> - Nível de experiência: (<i>selecionar todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional	<i>Se sim</i> - Nível de experiência: (<i>selecionar todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Farmacêutico	<i>Se sim</i> - Nível de experiência: (<i>selecionar todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Fisioterapia	<i>Se sim</i> - Nível de experiência: (<i>selecionar todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo	<i>Se sim</i> - Nível de experiência: (<i>selecionar todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Assistente Social	<i>Se sim</i> - Nível de experiência: (<i>selecionar todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Outros (<i>especifique</i>)	
Havia algum assistente de cirurgia?	Nível do assistente: <input type="checkbox"/> Médico externo ao corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Estudante de enfermagem <input type="checkbox"/> Estudante de medicina <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Fatores que contribuíram para o EA (seleccione todos que se aplicam)	
<input type="checkbox"/> Falta de conhecimento <input type="checkbox"/> Norma - não verificou ou não seguiu protocolo <input type="checkbox"/> Habilidade - erros ou descuidos <input type="checkbox"/> Erro técnico (procedimento correto e/ou indicado) <input type="checkbox"/> Infração – descumprimento deliberado de normas ou protocolo <input type="checkbox"/> Nenhuma causa subjacente (salvo a resposta do paciente) <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Outros (<i>especifique</i>):	

Anestesia	<i>Se 'Sim'</i> – Cirurgia realizada:
<i>Se 'Sim'</i> – Origem de EA: <input type="checkbox"/> Sem origem aparente <input type="checkbox"/> Complicação devida ao agente anestésico <input type="checkbox"/> Falha no equipamento <input type="checkbox"/> Intubação <input type="checkbox"/> Monitoramento durante o procedimento <input type="checkbox"/> Avaliação pré-operatória <input type="checkbox"/> Outros (<i>especifique</i>):	
Anestesia realizada por: (<i>selecionar todos que se aplicam</i>)	
<input type="checkbox"/> Anestesia	<i>Se sim</i> - Nível de experiência: (<i>selecionar todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Emergencista	<i>Se sim</i> - Nível de experiência: (<i>selecionar todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Medicina interna geral	<i>Se sim</i> - Nível de experiência: (<i>selecionar todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Internista outro serviço de sub-especialidade	<i>Se sim</i> - Nível de experiência: (<i>selecionar todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Cirurgia geral	<i>Se sim</i> - Nível de experiência: (<i>selecionar todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Cirurgião – outro serviço de sub-especialidade	<i>Se sim</i> - Nível de experiência: (<i>selecionar todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Ortopedia	<i>Se sim</i> - Nível de experiência: (<i>selecionar todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Obstetrícia	<i>Se sim</i> - Nível de experiência: (<i>selecionar todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Enfermagem	<i>Se sim</i> - Nível de experiência: (<i>selecionar todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Auxiliar /técnico de enfermagem	<i>Se sim</i> - Nível de experiência: (<i>selecionar todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Nutricionista	<i>Se sim</i> - Nível de experiência: (<i>selecionar todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional	<i>Se sim</i> - Nível de experiência: (<i>selecionar todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Farmacêutico	<i>Se sim</i> - Nível de experiência: (<i>selecionar todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Fisioterapia	<i>Se sim</i> - Nível de experiência: (<i>selecionar todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo	<i>Se sim</i> - Nível de experiência: (<i>selecionar todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Assistente Social	<i>Se sim</i> - Nível de experiência: (<i>selecionar todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Outros (<i>especifique</i>)	

Fatores que contribuíram para o EA (selecione todos que se aplicam)

- Falta de conhecimento Norma - não verificou ou não seguiu protocolo Habilidade - erros ou descuidos Erro técnico (procedimento correto e/ou indicado) Infração – descumprimento deliberado de normas ou protocolo Nenhuma causa subjacente (salvo a resposta do paciente) Indeterminado Outros (*especifique*):

Obstétrico	Se 'Sim' – Em que fase ocorreu a lesão ou dano?: <input type="checkbox"/> Pré-natal <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Pós-parto	Se o evento não foi "Pré-natal" - Modalidade de Parto <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Assistido por instrumento <input type="checkbox"/> Cesariana
Descreva o contexto/ evento clínico		
Parto realizado por: (<i>selecione todos que se aplicam</i>)		
<input type="checkbox"/> Anestesia	Se sim - Nível de experiência: (<i>selecione todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado	
<input type="checkbox"/> Emergencista	Se sim - Nível de experiência: (<i>selecione todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado	
<input type="checkbox"/> Medicina interna geral	Se sim - Nível de experiência: (<i>selecione todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado	
<input type="checkbox"/> Internista outro serviço de sub-especialidade	Se sim - Nível de experiência: (<i>selecione todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado	
<input type="checkbox"/> Cirurgia geral	Se sim - Nível de experiência: (<i>selecione todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado	
<input type="checkbox"/> Cirurgia – outro serviço de sub-especialidade	Se sim - Nível de experiência: (<i>selecione todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado	
<input type="checkbox"/> Ortopedia	Se sim - Nível de experiência: (<i>selecione todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado	
<input type="checkbox"/> Obstetrícia	Se sim - Nível de experiência: (<i>selecione todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado	
<input type="checkbox"/> Enfermagem	Se sim - Nível de experiência: (<i>selecione todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado	
<input type="checkbox"/> Auxiliar /técnico de enfermagem	Se sim - Nível de experiência: (<i>selecione todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado	
<input type="checkbox"/> Nutricionista	Se sim - Nível de experiência: (<i>selecione todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado	
<input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional	Se sim - Nível de experiência: (<i>selecione todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado	
<input type="checkbox"/> Farmacêutico	Se sim - Nível de experiência: (<i>selecione todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado	
<input type="checkbox"/> Fisioterapia	Se sim - Nível de experiência: (<i>selecione todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado	
<input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo	Se sim - Nível de experiência: (<i>selecione todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado	
<input type="checkbox"/> Assistente Social	Se sim - Nível de experiência: (<i>selecione todos os aplicáveis</i>) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado	
<input type="checkbox"/> Outros (<i>especifique</i>)		
Fatores que contribuíram para o EA (selecione todos que se aplicam)		
<input type="checkbox"/> Falta de conhecimento <input type="checkbox"/> Norma - não verificou ou não seguiu protocolo <input type="checkbox"/> Habilidade - erros ou descuidos <input type="checkbox"/> Erro técnico (procedimento correto e/ou indicado) <input type="checkbox"/> Infração – descumprimento deliberado de normas ou protocolo <input type="checkbox"/> Nenhuma causa subjacente (salvo a resposta do paciente) <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Outros (<i>especifique</i>):		

Procedimento médico	<i>Se 'Sim' Procedimento realizado:</i>
Evento mais importante: <i>(selecionar apenas um)</i> <input type="checkbox"/> Problema técnico <i>(especifique)</i> <input type="checkbox"/> Hemorragia grave <input type="checkbox"/> Hemorragia leve <input type="checkbox"/> Infecção de ferida cirúrgica <input type="checkbox"/> Infecção não relacionada a ferida cirúrgica – e.g. abscesso <input type="checkbox"/> Outros problemas com a ferida cirúrgica - e.g deiscência <i>(especifique)</i> <input type="checkbox"/> Extravasamento de Anastomose <input type="checkbox"/> Acidente Vascular Cerebral <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca Congestiva <input type="checkbox"/> Infarto do Miocárdio <input type="checkbox"/> Trombose venosa profunda <input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar <input type="checkbox"/> Medicina Suplementar/Alternativo <input type="checkbox"/> Outros eventos ou comentários <i>(especifique):</i>	
Outro(s) evento(s) correlato(s): <i>(selecione todos os aplicáveis)</i> <input type="checkbox"/> Problema técnico <i>(especifique)</i> <input type="checkbox"/> Hemorragia grave <input type="checkbox"/> Hemorragia leve <input type="checkbox"/> Infecção de ferida cirúrgica <input type="checkbox"/> Infecção não relacionada a ferida cirúrgica – e.g. abscesso <input type="checkbox"/> Outros problemas com a ferida cirúrgica - e.g deiscência <i>(especifique)</i> <input type="checkbox"/> Extravasamento de Anastomose <input type="checkbox"/> Acidente Vascular Cerebral <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca Congestiva <input type="checkbox"/> Infarto do Miocárdio <input type="checkbox"/> Trombose venosa profunda <input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar <input type="checkbox"/> Medicina Suplementar/Alternativo <input type="checkbox"/> Outros eventos ou comentários <i>(especifique):</i>	
Outros problemas relativos ao procedimento?: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<i>Se 'Sim' – Descreva o evento:</i>
Que processo(s) de cuidado(s) que contribuíram para o EA? <i>(selecione todos os aplicáveis)</i> <input type="checkbox"/> Aparentemente nenhum processo de cuidado contribuiu com o EA. <input type="radio"/> Adequação do consentimento informado e.g. procedimentos alternativos <input type="radio"/> Atraso em administrar tratamento <input type="radio"/> Monitoramento/supervisão inadequada do paciente após procedimento <input type="radio"/> Uso de terapia inadequada ou obsoleta <i>(especifique)</i> <input type="checkbox"/> Procedimento ineficaz – falhou em aliviar sintomas <input type="radio"/> Preparo inadequado do paciente antes do procedimento <input type="radio"/> Prática de médicos ou outros profissionais fora da área de conhecimento ou abaixo do nível de competência <i>(especifique):</i> <input type="radio"/> Ineficiência ou falha de comunicação <input type="radio"/> Lesão cirúrgica <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="radio"/> Outros eventos ou comentários <i>(especifique):</i>	
Outros erros de desempenho? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<i>Se 'Sim' – Descreva o evento:</i>
Procedimento médico realizado por: <i>(selecionar todos que se aplicam)</i>	
<input type="checkbox"/> Anestesia	<i>Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis)</i> <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Emergencista	<i>Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis)</i> <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Medicina interna geral	<i>Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis)</i> <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Internista outro serviço de sub-especialidade	<i>Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis)</i> <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Cirurgia geral	<i>Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis)</i> <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado

<input type="checkbox"/> Cirurgião – outro serviço de sub-especialidade	Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Ortopedia	Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Obstetrícia	Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Enfermagem	Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Auxiliar /técnico de enfermagem	Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Nutricionista	Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional	Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Farmacêutico	Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Fisioterapia	Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo	Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Assistente Social	Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Outros (especifique)	
Se o procedimento médico não foi realizado por um médico do corpo clínico do hospital - Existiu assistência ou supervisão para o treinando (estudante, residente ou bolsista)?	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Indeterminado	
Fatores que contribuíram para o EA (selecione todos que se aplicam)	
<input type="checkbox"/> Falta de conhecimento <input type="checkbox"/> Norma - não verificou ou não seguiu protocolo <input type="checkbox"/> Habilidade - erros ou descuidos <input type="checkbox"/> Erro técnico (procedimento correto e/ou indicado) <input type="checkbox"/> Infração – descumprimento deliberado de normas ou protocolo <input type="checkbox"/> Nenhuma causa subjacente (salvo a resposta do paciente) <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Outros (especifique):	

Medicamento	Se 'Sim' Descreva o contexto/ evento clínico:
Categoria do medicamento	
Escolha uma	
<input type="checkbox"/> Anti-asmático <input type="checkbox"/> Antibiótico <input type="checkbox"/> Anticoagulante <input type="checkbox"/> Anti-depressivo <input type="checkbox"/> Antihipertensivo <input type="checkbox"/> Antineoplásico <input type="checkbox"/> Antiplaquetário <input type="checkbox"/> Antipsicótico <input type="checkbox"/> Anticonvulsivante <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Medicina Suplementar/Alternativa <input type="checkbox"/> Diurético <input type="checkbox"/> Insulina ou Hipoglicemiante oral <input type="checkbox"/> Narcótico <input type="checkbox"/> Antiinflamatório não esteróide <input type="checkbox"/> Medicamento para úlcera péptica <input type="checkbox"/> Potássio <input type="checkbox"/> Sedativo ou Hipnótico <input type="checkbox"/> Outros (especifique):	
Nome genérico:	
Qual o fator que mais contribuiu para lesão ou dano causada pelo medicamento? Retirar (selecione o mais importante)	
<input type="checkbox"/> Reação alérgica <input type="checkbox"/> Atraso na administração <input type="checkbox"/> Atraso na prescrição <input type="checkbox"/> Interação medicamentosa <input type="checkbox"/> Déficit no volume de fluido <input type="checkbox"/> Excesso do volume de fluido <input type="checkbox"/> Monitoramento inadequado <input type="checkbox"/> Erros de transcrição <input type="checkbox"/> Incompreensão da prescrição <input type="checkbox"/> Dose errada <input type="checkbox"/> Medicamento errado <input type="checkbox"/> Duração da terapia errada <input type="checkbox"/> Via de administração errada <input type="checkbox"/> Horário errado <input type="checkbox"/> Nenhuma outra causa subjacente (salvo da resposta do paciente) <input type="checkbox"/> Outros (especifique):	

Outro(s) fator(es) importante(s) que contribuiu(ram) para a lesão ou dano por medicação/fluido RETIRAR ? (selecione todos os aplicáveis)

- Nenhum outro fator contribuiu
- Reação alérgica
- Atraso na administração
- Atraso na prescrição
- Interação medicamentosa
- Déficit no volume de fluido
- Excesso do volume de fluido
- Monitoramento inadequado
- Erros de transcrição
- Incompreensão da prescrição
- Dose errada
- Medicamento errado
- Duração da terapia errada
- Via de administração errada
- Horário errado
- Nenhuma outra causa subjacente (salvo da resposta do paciente)
- Outros (especifique):

Outros erros de tratamento medicamentoso? Não Sim Se 'Sim' – Nome genérico:

Lesão ou dano relativa com o medicamento/fluido RETIRAR ocasionada por: (selecione todos os aplicáveis)

<input type="checkbox"/> Anestesia	Se sim - Nível de experiência: (selecione todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Emergencista	Se sim - Nível de experiência: (selecione todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Medicina interna geral	Se sim - Nível de experiência: (selecione todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Internista outro serviço de sub-especialidade	Se sim - Nível de experiência: (selecione todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Cirurgia geral	Se sim - Nível de experiência: (selecione todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Cirurgiã – outro serviço de sub-especialidade	Se sim - Nível de experiência: (selecione todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Ortopedia	Se sim - Nível de experiência: (selecione todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Obstetrícia	Se sim - Nível de experiência: (selecione todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Enfermagem	Se sim - Nível de experiência: (selecione todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Auxiliar /técnico de enfermagem	Se sim - Nível de experiência: (selecione todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Nutricionista	Se sim - Nível de experiência: (selecione todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional	Se sim - Nível de experiência: (selecione todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Farmacêutico	Se sim - Nível de experiência: (selecione todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Fisioterapia	Se sim - Nível de experiência: (selecione todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo	Se sim - Nível de experiência: (selecione todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Assistente Social	Se sim - Nível de experiência: (selecione todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Outros (especifique)	<input type="checkbox"/> Indeterminado

Fatores que contribuíram para o EA (selecione todos que se aplicam)

- Falta de conhecimento Norma - não verificou ou não seguiu protocolo Habilidade - erros ou descuidos Erro técnico (procedimento correto e/ou indicado) Infração – descumprimento deliberado de normas ou protocolo Falha técnica Nenhuma causa subjacente (salvo a resposta do paciente) Indeterminado Outros (especifique):

Houve erros na administração de líquidos ou eletrólitos? Não Sim Se 'Sim' – Descreva o evento clínico:

Eventos Adversos não citados em outros itens	<i>Se 'Sim' Descreva o contexto/evento clínico:</i>
EAs não citados em outros itens atendidos por: <i>(selecione todos os aplicáveis)</i>	
<input type="checkbox"/> Anestesia	<i>Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis)</i> <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Emergencista	<i>Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis)</i> <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Medicina interna geral	<i>Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis)</i> <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Internista outro serviço de sub-especialidade	<i>Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis)</i> <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Cirurgia geral	<i>Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis)</i> <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Cirurgia – outro serviço de sub-especialidade	<i>Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis)</i> <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Ortopedia	<i>Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis)</i> <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Obstetrícia	<i>Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis)</i> <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Enfermagem	<i>Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis)</i> <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Auxiliar /técnico de enfermagem	<i>Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis)</i> <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Nutricionista	<i>Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis)</i> <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional	<i>Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis)</i> <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Farmacêutico	<i>Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis)</i> <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Fisioterapia	<i>Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis)</i> <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo	<i>Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis)</i> <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Assistente Social	<i>Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis)</i> <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Outros <i>(especifique)</i>	<input type="checkbox"/> Indeterminado
Fatores que contribuíram para o EA (selecione todos que se aplicam)	
<input type="checkbox"/> Falta de conhecimento <input type="checkbox"/> Norma - não verificou ou não seguiu protocolo <input type="checkbox"/> Habilidade - erros ou descuidos <input type="checkbox"/> Erro técnico (procedimento correto e/ou indicado) <input type="checkbox"/> Infração – descumprimento deliberado de normas ou protocolo <input type="checkbox"/> Nenhuma causa subjacente (salvo a resposta do paciente) <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Outros <i>(especifique)</i> :	
Como o cuidado clínico foi insatisfatório?	
<input type="checkbox"/> Não houve cuidado clínico considerado satisfatório <input type="checkbox"/> Houve falha na anotação de dados de rotina, como por exemplo: sinais vitais, avaliação neurológica, balanço hídrico (verificar se prontuário está completo) <input type="checkbox"/> Atraso no registro no prontuário de resultados de exames complementares <input type="checkbox"/> Não tomou conhecimento de resultados relevantes de exames complementares <input type="checkbox"/> Ação inapropriada em função do resultado dos exames complementares <input type="checkbox"/> Anotações inadequadas <input type="checkbox"/> Passagem inadequada do caso <input type="checkbox"/> Falta de interação entre os membros da equipe <input type="checkbox"/> Atendimento inadequado em horários fora do expediente (noite, final de semana e feriado). <input type="checkbox"/> Falha de adesão à rotina/ protocolo (seja por ausência ou por não adesão aos existentes no hospital) <i>(especifique)</i> _____ <input type="checkbox"/> Falha aparente no reconhecimento da piora da condição clínica do paciente. <input type="checkbox"/> Reconhecimento da piora da condição clínica do paciente sem prestação do cuidado necessário (p.ex. UTI) <i>(especifique)</i> _____ <input type="checkbox"/> Falha na solicitação de ajuda: <input type="radio"/> Médica <input type="radio"/> de enfermagem <input type="radio"/> Outros <i>(especifique)</i> _____ <input type="checkbox"/> Outros <i>(especifique)</i> _____	

Eventos do Sistema	
Equipamento ou material com defeito <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Indeterminado	Se 'Sim' – Descreva o problema:
Equipamento ou material indisponível <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Indeterminado	Se 'Sim' – Descreva o problema:
Relatórios ou comunicação inadequados <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Indeterminado	Se 'Sim' – Descreva o problema:
Treinamento ou supervisão inadequada de médicos ou outros funcionários <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Indeterminado	Se 'Sim' – Descreva o problema:
Atraso na prestação ou agendamento de serviços, e.g. exames, Raios x, segmento <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Indeterminado	Se 'Sim' – Descreva o problema:
Equipe inadequada <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Indeterminado	Se 'Sim' – Descreva o problema:
Funcionamento inadequado de serviços hospitalares, eg. farmácia, unidade transfusional, hotelaria <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Indeterminado	Se 'Sim' – Descreva o problema:
Ausência de protocolo/política ou falha na implementação de plano ou protocolo <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Indeterminado	Se 'Sim' – Descreva o problema:
Ausência de trabalho em equipe <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Indeterminado	Se 'Sim' – Descreva o problema:
Fatores ligados ao paciente, e.g. não-adesão <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Indeterminado	Se 'Sim' – Descreva o problema:
Plano de alta inadequado para a continuidade do cuidado <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Indeterminado	Se 'Sim' – Tipo de falha do plano de alta:
<input type="checkbox"/> Falha na educação do paciente para adesão aos protocolos, como por exemplo: asma, insuficiência cardíaca congestiva, diabetes etc. <input type="checkbox"/> Falha na avaliação do paciente no momento que antecede a sua saída do hospital, como por exemplo: condição, medicações, mobilidade. <input type="checkbox"/> Falha em mostrar evidencia que a educação que a alta para casa foi apropriada e.g. plano de atenção <input type="checkbox"/> Falha em demonstrar que a condição clínica do paciente na alta é adaptável as suas condições de moradia, como por exemplo: ações educativas e plano de cuidado no domicílio. <input type="checkbox"/> Falha na comunicação com o médico da família/particular/ambulatorio/posto de saúde <input type="checkbox"/> Falha de articulação adequada entre os profissionais de saúde. <input type="checkbox"/> Outros (especifique):	
Outros eventos sistêmicos: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Se 'Sim' – Descreva o evento:
Grupos mais diretamente envolvidos nos erros de sistema: (selecione todos os aplicáveis)	
<input type="checkbox"/> Anestesia	Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Emergencista	Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Medicina interna geral	Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Internista outro serviço de sub-especialidade	Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Cirurgia geral	Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Cirurgião – outro serviço de sub-especialidade	Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Ortopedia	Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Obstetrícia	Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Enfermagem	Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Auxiliar /técnico de enfermagem	Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Nutricionista	Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional	Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Farmacêutico	Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Fisioterapia	Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo	Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Assistente Social	Se sim - Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Residente/Bolsista <input type="checkbox"/> Médico do corpo clínico do hospital <input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Administrador do Hospital	Se sim – Nível de experiência: (selecionar todos os aplicáveis) <input type="checkbox"/> ≥ Vice-diretor <input type="checkbox"/> < Vice-diretor
<input type="checkbox"/> Paciente/Família	
<input type="checkbox"/> Evento não associado a ação de um indivíduo	
<input type="checkbox"/> Outros (especifique)	

Fatores contribuintes	<i>A ocorrência de um EA, bem como as ações e omissões de pessoas envolvidas podem ser afetadas por muitos fatores contribuintes. Muitos dos quais só podem ser avaliados satisfatoriamente mediante entrevista dos profissionais envolvidos com o cuidado da paciente. Indique, se possível os prováveis fatores causais..</i>
1. Características do paciente	
O paciente não conseguiu entender/comunicar-se com a equipe clínica/de enfermagem (p.ex. surdez, derrame, dificuldades com idioma na ausência de intérprete, ou diferenças culturais) <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Improvável <input type="checkbox"/> Possivelmente relevante <input type="checkbox"/> Relevante <input type="checkbox"/> Muito relevante	
Fatores sociais ou de personalidade <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Improvável <input type="checkbox"/> Possivelmente relevante <input type="checkbox"/> Relevante <input type="checkbox"/> Muito relevante	
A co-morbidade foi um importante fator contribuinte? <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Improvável <input type="checkbox"/> Possivelmente relevante <input type="checkbox"/> Relevante <input type="checkbox"/> Muito relevante	
Outras características do paciente (especifique) _____ <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Improvável <input type="checkbox"/> Possivelmente relevante <input type="checkbox"/> Relevante <input type="checkbox"/> Muito relevante	
2. Fatores ligados aos procedimentos ou tarefas	
Tarefa ou procedimento novo ou não testado <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Improvável <input type="checkbox"/> Possivelmente relevante <input type="checkbox"/> Relevante <input type="checkbox"/> Muito relevante	
Tarefa ou procedimento difícil de ser realizado <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Improvável <input type="checkbox"/> Possivelmente relevante <input type="checkbox"/> Relevante <input type="checkbox"/> Muito relevante	
Evidência da falta de rotinas/protocolos ou do seu uso <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Improvável <input type="checkbox"/> Possivelmente relevante <input type="checkbox"/> Relevante <input type="checkbox"/> Muito relevante	
Resultados de exames indisponíveis, difícil de interpretar ou imprecisos <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Improvável <input type="checkbox"/> Possivelmente relevante <input type="checkbox"/> Relevante <input type="checkbox"/> Muito relevante	
Desenho ou estrutura da tarefa deficiente <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Improvável <input type="checkbox"/> Possivelmente relevante <input type="checkbox"/> Relevante <input type="checkbox"/> Muito relevante	
Outros fatores ligados a tarefas (especifique) _____ <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Improvável <input type="checkbox"/> Possivelmente relevante <input type="checkbox"/> Relevante <input type="checkbox"/> Muito relevante	
3. Fatores individuais	
Profissionais de saúde trabalhando fora da sua área de especialização <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Improvável <input type="checkbox"/> Possivelmente relevante <input type="checkbox"/> Relevante <input type="checkbox"/> Muito relevante	
Falta de conhecimento dos indivíduos <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Improvável <input type="checkbox"/> Possivelmente relevante <input type="checkbox"/> Relevante <input type="checkbox"/> Muito relevante	
Falta de habilidade dos indivíduos <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Improvável <input type="checkbox"/> Possivelmente relevante <input type="checkbox"/> Relevante <input type="checkbox"/> Muito relevante	
Problemas de atitude ou de motivação <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Improvável <input type="checkbox"/> Possivelmente relevante <input type="checkbox"/> Relevante <input type="checkbox"/> Muito relevante	
Outros fatores individuais dos profissionais de saúde (especifique) _____	
4. Fatores Referentes à Equipe	
Trabalho em equipe deficiente <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Improvável <input type="checkbox"/> Possivelmente relevante <input type="checkbox"/> Relevante <input type="checkbox"/> Muito relevante	
Supervisão inadequada <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Improvável <input type="checkbox"/> Possivelmente relevante <input type="checkbox"/> Relevante <input type="checkbox"/> Muito relevante	
Comunicação verbal deficiente <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Improvável <input type="checkbox"/> Possivelmente relevante <input type="checkbox"/> Relevante <input type="checkbox"/> Muito relevante	
Passagem inadequada do caso <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Improvável <input type="checkbox"/> Possivelmente relevante <input type="checkbox"/> Relevante <input type="checkbox"/> Muito relevante	
Comunicação escrita deficiente (e.g. falhas nas anotações) <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Improvável <input type="checkbox"/> Possivelmente relevante <input type="checkbox"/> Relevante <input type="checkbox"/> Muito relevante	
Outros fatores relativos à equipe (especifique) _____	
5. Ambiente de trabalho	
Equipamentos com defeitos ou indisponíveis <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Improvável <input type="checkbox"/> Possivelmente relevante <input type="checkbox"/> Relevante <input type="checkbox"/> Muito relevante	
Problemas com a prestação ou agendamento dos serviços <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Improvável <input type="checkbox"/> Possivelmente relevante <input type="checkbox"/> Relevante <input type="checkbox"/> Muito relevante	
Funcionamento inadequado dos serviços de apoio terapêutico e diagnóstico <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Improvável <input type="checkbox"/> Possivelmente relevante <input type="checkbox"/> Relevante <input type="checkbox"/> Muito relevante	
Equipe inadequada no momento do EA <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Improvável <input type="checkbox"/> Possivelmente relevante <input type="checkbox"/> Relevante <input type="checkbox"/> Muito relevante	
Outros fatores relativos ao ambiente de trabalho (especifique) _____	
6. Fatores organizacionais ou administrativos	
Falta de recursos essenciais (e.g. leitos de UTI) <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Improvável <input type="checkbox"/> Possivelmente relevante <input type="checkbox"/> Relevante <input type="checkbox"/> Muito relevante	
Coordenação deficiente dos serviços gerais <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Improvável <input type="checkbox"/> Possivelmente relevante <input type="checkbox"/> Relevante <input type="checkbox"/> Muito relevante	
Falta de liderança médica senior <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Improvável <input type="checkbox"/> Possivelmente relevante <input type="checkbox"/> Relevante <input type="checkbox"/> Muito relevante	
Falta de liderança de outros membros sênior (diretor geral, chefe da enfermagem) <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Improvável <input type="checkbox"/> Possivelmente relevante <input type="checkbox"/> Relevante <input type="checkbox"/> Muito relevante	
Outro fatores organizacionais/administrativos (especifique) _____	

Evitabilidade:

Existe consenso sobre o diagnóstico deste caso?		Existe consenso sobre o prestação do cuidado neste caso?	
<input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Algum <input type="checkbox"/> Muito pouco <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Não se aplica		<input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Algum <input type="checkbox"/> Muito pouco <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Não se aplica	
Qual a complexidade deste caso?			
<input type="checkbox"/> Muito complexo <input type="checkbox"/> Moderadamente complexo <input type="checkbox"/> Um pouco complexo <input type="checkbox"/> Nada Complexo <input type="checkbox"/> Indefinido			
O cuidado da doença primária (Não do E.A.) foi apropriado?:			
<input type="checkbox"/> Certamente apropriado <input type="checkbox"/> Provavelmente apropriado <input type="checkbox"/> Possivelmente inapropriado <input type="checkbox"/> Certamente inapropriado			
Em que grau houve desvio no cuidado da doença primária (Não do E.A.) com relação aos padrões normalmente aceitos?:			
<input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Nenhum.			
Qual a co-morbidade do paciente?		Qual foi o grau de emergência no cuidado da doença primária (não o EA) antes da ocorrência do EA?	
<input type="checkbox"/> Significativa <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Leve ou nenhuma		<input type="checkbox"/> Crítica e muito urgente <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Não urgente	
Que benefício potencial estaria associado ao cuidado da doença que levou ao evento adverso?			
<input type="checkbox"/> Salvar a vida do paciente <input type="checkbox"/> Importante no tratamento da doença em geral, p.ex. prótese de quadril em caso de osteoartrite (fator importante para a qualidade de vida) <input type="checkbox"/> Cuidado para trazer conforto ao paciente e não para doença em geral – (fator menos importante para a qualidade de vida) <input type="checkbox"/> Nenhum benefício potencial			

Qual a probabilidade de benefício associado ao cuidado da doença que levou ao EA? <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Não se aplica	
Qual o grau de risco de ocorrer um EA relacionado ao cuidado? <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Não se aplica	
A lesão ou dano/complicação é uma complicação esperada? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se aplica	
Que percentagem de pacientes como estes normalmente teriam este tipo de complicação? <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> <1% <input type="checkbox"/> 1-9% <input type="checkbox"/> 10-24% <input type="checkbox"/> ≥25%	
Sob o seu ponto de vista, Qual a probabilidade que um médico ou profissional de saúde de bom nível repetiria esta mesma estratégia terapêutica? <input type="checkbox"/> Certamente <input type="checkbox"/> Provavelmente <input type="checkbox"/> Provavelmente não <input type="checkbox"/> Certamente não	
Existiu algum comentário no prontuário indicando a necessidade de acompanhamento devido a este EA? (selecione todos os aplicáveis): <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Aconselhamento <input type="radio"/> Psiquiátrico <input type="radio"/> Reabilitação <input type="radio"/> Clínico de rotina <input type="radio"/> Outro (especifique): <input type="checkbox"/> Indeterminado	O paciente teve algum tipo de acompanhamento em decorrência deste EA? : (selecione todos os aplicáveis): <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Aconselhamento <input type="radio"/> Psiquiátrico <input type="radio"/> Reabilitação <input type="radio"/> Clínico de rotina <input type="radio"/> Outro (especifique): <input type="checkbox"/> Indeterminado
Classifique, atribuindo pontuação numa escala de 6 pontos, seu grau de confiança nas evidências de possibilidade de evitabilidade: <input type="checkbox"/> Praticamente nenhuma evidência de possibilidade de evitabilidade. Se marcou "Praticamente nenhuma evidência de possibilidade de prevenção", vá para "Documentação do Prontuário" ou Julgamento do revisor ? <input type="checkbox"/> Evidência mínima a moderada para possibilidade de evitabilidade. <input type="checkbox"/> Evidência improvável: pouco menos do que 50 % para possibilidade de evitabilidade. <input type="checkbox"/> Evidência provável, pouco mais do que 50% para possibilidade de evitabilidade. <input type="checkbox"/> Evidência de moderada a forte para possibilidade de evitabilidade. <input type="checkbox"/> Evidência praticamente certa para possibilidade de evitabilidade.	
No caso em questão descreva como o evento adverso poderia haver sido evitado, incluindo quaisquer esforços ou estratégias que poderia tê-lo evitado:	
Por que razão não foi possível preveni-lo? <input type="checkbox"/> Falha na realização da anamnese ou exame físico adequadamente. <input type="checkbox"/> Atraso no tratamento <input type="checkbox"/> Falha em tomar precauções para evitar lesões acidentais <input type="checkbox"/> Prática de médicos ou outros profissionais fora da área de conhecimento ou abaixo do nível de competência <input type="checkbox"/> Falha na verificação equipamentos, medicamentos, etc. <input type="checkbox"/> Falha em fazer um diagnóstico diferencial. <input type="checkbox"/> Falha em utilizar os exames indicados <input type="checkbox"/> Falha em basear o cuidado em razões claramente definidas <input type="checkbox"/> Falha ao agir diante dos achados ou exames <input type="checkbox"/> Falha na solicitação de ajuda <input type="checkbox"/> Uso de exames inadequados ou obsoletos <input type="checkbox"/> Outros erros de prevenção (especifique):	
Em última análise, o erro foi por omissão ou decorrente da ação? (selecionar o principal responsável) <input type="checkbox"/> Omissão <input type="checkbox"/> Ação	
Em quais áreas existiram esforços para prevenir a recorrência <input type="checkbox"/> Comunicação <input type="checkbox"/> Recursos <input type="checkbox"/> Credenciamento <input type="checkbox"/> Reciclagem <input type="checkbox"/> Educação <input type="checkbox"/> Sistema <input type="checkbox"/> Garantia de qualidade/Revisão por pares <input type="checkbox"/> Outros (especifique): <input type="checkbox"/> Manutenção/guarda dos prontuários	

Julgamento do revisor:

O Revisor considera necessária uma revisão por especialista?: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Se 'Sim', Em que especialidade (selecione todos os aplicáveis): <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> cirúrgica	
Especialista Clínico (selecione): <input type="checkbox"/> Cardiologia <input type="checkbox"/> Dermatologia <input type="checkbox"/> Endocrinologia <input type="checkbox"/> Gastrenterologia <input type="checkbox"/> Neurologia <input type="checkbox"/> Nefrologia <input type="checkbox"/> Psiquiatria <input type="checkbox"/> Pneumologia <input type="checkbox"/> Reumatologia <input type="checkbox"/> Outro (especifique)	Especialista cirúrgico (selecione): <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Torácico <input type="checkbox"/> Plástico <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> ORL <input type="checkbox"/> Ginecologia <input type="checkbox"/> Neurocirurgia <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Urologia <input type="checkbox"/> Outro (especifique)
Pergunta clínica para o especialista nº 1 (repetir para cada especialista)	
Resposta do especialista nº 1 (repetir para cada especialista)	
Impacto da resposta do especialista nº 1 na opinião do revisor (repetir para cada especialista)	
Mostrar parecer sobre "Lesão" original – O parecer do Revisor sobre a "Lesão" mudou? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se 'Sim', submeter o parecer revisto do Revisor sobre 'Lesão' (salvando o original)	
Mostrar parecer sobre "Incapacidade" original – O parecer do Revisor sobre a "Incapacidade" mudou? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se 'Sim', submeter o parecer revisto do Revisor sobre 'Incapacidade' (salvando o original)	

Mostrar parecer sobre “Incapacidade” original – O parecer do Revisor sobre a “Incapacidade” mudou? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se ‘Sim’, submeter o parecer revisto do Revisor sobre ‘Incapacidade’ (salvando o original)
Mostrar parecer sobre “Possibilidade de Prevenção” original – O parecer do Revisor sobre a “Possibilidade de Prevenção” mudou? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se ‘Sim’, submeter o parecer revisto do Revisor sobre ‘Possibilidade de Prevenção’ (salvando o original)
Comentários: (uma caixa para todos os comentários para o especialista):

Documentação do prontuário:	
Em que áreas o prontuário não forneceu respostas às perguntas apresentadas neste formulário?: <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Prontuário inadequado ou incompleto <input type="checkbox"/> Avaliação clínica inicial não está descrita com clareza. <input type="checkbox"/> Anotações da evolução clínica inadequadas ou incompletas <input type="checkbox"/> Falha nas anotações da enfermagem/parreira ao descrever EA e fatores associados <input type="checkbox"/> Anotações inadequadas de procedimentos relacionados ao EA <input type="checkbox"/> Registros inexistentes ou incompletos <input type="checkbox"/> Sumário de saída indisponível ou inadequado <input type="checkbox"/> Outro (especifique):	As anotações médicas na internação índice estão satisfatórias? <input type="checkbox"/> Muito claras e bem estruturadas <input type="checkbox"/> Razoavelmente claras e bem estruturadas, sem deficiências serias. <input type="checkbox"/> Razoavelmente claros e bem estruturados, mas com algumas deficiências evidentes. <input type="checkbox"/> Má qualidade (especifique):
	Qual foi o padrão geral de qualidade do prontuário? <input type="checkbox"/> Os registros dos prontuários estavam arquivados numa seqüência clara. Fácil de resumir. <input type="checkbox"/> Os registros da evolução clínica (nas enfermarias e clínica) estavam claros. <input type="checkbox"/> Os registros da evolução clínica estavam disponíveis, mas não arquivados seqüencialmente. <input type="checkbox"/> Arquivamento de dados comprobatórios e correspondência com falhas. <input type="checkbox"/> Os registros estavam caóticos e difíceis de resumir.
Dê detalhes sobre qualquer falha encontrada nas anotações <input type="checkbox"/> Não há falhas claras <input type="checkbox"/> Falta de arquivamento em ordem cronológica <input type="checkbox"/> Falta de clareza sobre avaliação e decisões <input type="checkbox"/> correspondência fora de ordem cronológica <input type="checkbox"/> Nenhuma folha contendo listas de problemas em curso <input type="checkbox"/> Plano de alta inadequado <input type="checkbox"/> Outro (especifique):	
Observações	

Revisão completa	Se ‘Selecionado’ – Tem certeza? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Gravar + Fechar – Aguardar mais informações	Se sim - Opções: <input type="checkbox"/> Entrar novo paciente <input type="checkbox"/> Retorno ao menu principal
	Se ‘Selecionado’ – Opções: <input type="checkbox"/> Entrar novo paciente <input type="checkbox"/> Retorno ao menu principal

Erro de diagnóstico inevitável apesar de razoável esforço para chegar ao diagnóstico

International Classification of functioning disability and health.

Disability – *Incapacidade (nossa def)* - É um termo que abriga danos, limitações de atividade e restrições de participação. Denota os aspectos negativos da interação entre um indivíduo (com uma dada condição de saúde) e os fatores contextuais do indivíduo, (fatores ambientais e pessoais).

Impairment – *dano (nossa def)*. É a perda ou anormalidade de uma estrutura corporal ou função fisiológica (incluindo funções mentais). Anormalidade é aqui empregada estritamente como uma variação significativa de normas estatísticas estabelecidas (por exemplo: como desvio de uma média populacional com normas padrão medidas) e deve ser empregada apenas nesse sentido.

Injury – *lesão (nossa def)*.

Harm - *dano (nossa def)*.