

Óbitos hospitalares relacionados com a segurança do paciente na Inglaterra: Análise temática dos incidentes registrados num banco de dados nacional, 2010-2012

Liam J. Donaldson^{1*}, Sukhmeet S. Panesar², Ara Darzi³

Published: June 24, 2014

Plos medicine; 11(6): e1001667; 2014.DOI: 10.1371/journal.pmed.1001667

Sumário do Editor

Introdução. Uma internação preocupa tanto pacientes quanto seus parentes. Será que o paciente vai se recuperar? Ou será que vai falecer no hospital? Alguns pacientes em estado grave inevitavelmente vão morrer, mas o ideal é que ninguém morra no hospital por falta de cuidados adequados ou por falta de segurança dos cuidados prestados (óbito evitável). Ninguém deve morrer, por exemplo, porque os profissionais de saúde deixam de tomar as providências cabíveis diante de sinais que indiquem piora das condições clínicas de um paciente. A mortalidade hospitalar (óbitos) costuma ser vista como indicador chave da segurança do paciente nos hospitais, e indicadores da taxa de óbitos, tais como “taxa de mortalidade hospitalar padronizada” (a relação entre a verdadeira quantidade de óbitos hospitalares de pacientes agudos e a quantidade esperada de óbitos hospitalares), costumam ser amplamente utilizados para monitorar e melhorar os padrões de segurança hospitalar. Na Inglaterra, por exemplo, um relatório de 2012 que incluiu essa medida como indicador do desempenho hospitalar levou à publicação de manchetes de taxas de óbitos hospitalares “preocupantemente altas” e a uma revisão da qualidade do cuidado nos hospitais onde as taxas eram mais altas.

Por que esse estudo foi realizado? Taxas de mortalidade hospitalar padronizadas e outras medidas relativas à mortalidade de pacientes internados podem ser enganosas, pois, às vezes, refletem a carga de doença perto do hospital e não a qualidade do atendimento ou os níveis de segurança do hospital. Além disso, os dados comparativos sobre as taxas de mortalidade hospitalar de pouco valem quando é preciso identificar áreas de risco para os pacientes ou soluções para o problema dos óbitos evitáveis. Neste estudo, para identificar onde há falhas no atendimento que podem ser corrigidas através do fortalecimento de políticas, procedimentos e práticas clínicas, os pesquisadores fazem uma análise temática dos óbitos em hospitais da Inglaterra que foram registrados pelos profissionais de saúde em um sistema de notificação obrigatória de incidentes relacionados à segurança do paciente. Desde 2004, os funcionários do *National Health Service* do Reino Unido (o NHS compreende os sistemas públicos de saúde na Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte) vêm sendo incentivados a relatar todo e qualquer incidente inesperado ou não intencional, em que a segurança do paciente possa ter ficado comprometida. Desde junho de 2010, o profissional de saúde na Inglaterra e no País de Gales é obrigado a notificar óbitos devidos a incidentes relacionados com a segurança do paciente. É feita uma análise temática dos padrões (“temas”) no âmbito dos dados não numéricos (dados qualitativos).



O que os pesquisadores fizeram e o que encontraram? A partir da busca no banco de dados relativos aos incidentes relacionados à segurança do paciente mantido pelo NHS, os pesquisadores identificaram 2.010 incidentes que ocorreram entre 1º de junho de 2010 e 31 de outubro de 2012, incidentes esses que tenham resultado em óbitos de pacientes adultos em ambientes hospitalares de atendimento a pacientes agudos. Mediante uma análise pormenorizada das informações estruturadas em cada notificação de incidente e os textos livres associados em que quem notificou tenha descrito o que aconteceu e o que considera como a razão para o acontecido, os pesquisadores fizeram uma classificação em 18 categorias de incidentes. As categorias encaixaram-se em seis amplas áreas de falhas sistêmicas: má gestão da deterioração (35%), falha na prevenção (26%), precariedade da verificação e da supervisão (11%), fluxo disfuncional de pacientes (10%), erros vinculados a equipamento (6%) e outros (12%, incidentes em que o problema subjacente ao óbito não estava claro). A gestão da deterioração, por exemplo, incluiu as categorias “deixar de tomar alguma providência ou de reconhecer uma deterioração” (23% dos incidentes relatados), “deixar de propiciar oportunamente um tratamento/suporte ordenado” e “observação mal feita”. As falhas na prevenção incluíram as categorias “quedas” (10% dos incidentes relatados), “infecções relacionadas à assistência à saúde” (também 10% dos incidentes relatados), “úlceras por pressão”, “suicídios” e “trombose de veia profunda/embolia pulmonar”.

O que significam esses achados? Embora a precisão possa estar limitada pela qualidade dos dados e outros aspectos do desenho do estudo, esses achados revelam padrões de óbitos relacionados à segurança do paciente em hospitais na Inglaterra e destacam áreas da assistência à saúde que podem ser alvo de melhorias. O achado de que a má gestão da deterioração de pacientes com doença aguda está envolvida em um terço dos óbitos relacionados com a segurança do paciente identifica uma área de preocupação específica no NHS e possivelmente em outros sistemas de saúde. Uma forma de reduzir os óbitos associados com a má gestão da deterioração, sugerem os pesquisadores, talvez seja introduzir um escore padronizado de aviso precoce para garantir uma identificação uniforme dessa população de pacientes. Os pesquisadores também sugerem que sejam elaborados mais programas para evitar quedas e outros incidentes, e que esses programas sejam efetivamente implantados. Em termos mais gerais, o sistema de classificação aqui desenvolvido tem potencial para ajudar a diretoria dos hospitais e os profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente a identificar áreas do cuidado ao paciente que precisem de análises mais minuciosas e de intervenção para que se possa salvar mais vidas de pacientes internados.

Informações adicionais. Visite os sites através da versão online deste sumário em <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001667>.

- O NHS presta informações sobre a segurança do paciente, propiciando, inclusive, uma definição de incidente de segurança do paciente e informações sobre como notificar incidentes de segurança do paciente.

- O site *NHS Choices* contém alguns artigos “Behind the Headlines” (Por Trás das Manchetes) que discutem a segurança do paciente em hospitais, inclusive um que discute o relatório de 2012 sobre as elevadas taxas de óbitos hospitalares na Inglaterra, “Fit for the Future?”

(Prontos para o Futuro?), e outro que discute a revisão de Keogh sobre a qualidade do cuidado nos hospitais com as taxas mais altas.

- A Agência para a Pesquisa e Qualidade no Cuidado de Saúde (AHRQ), dos EUA, oferece informação sobre a Segurança do Paciente nos EUA.

- A Wikipedia tem páginas sobre análise temática e segurança do paciente (observar que a Wikipedia é uma enciclopédia de acesso gratuito na internet que pode ser editada por qualquer pessoa, disponível em algumas línguas).

© Proqualis/Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz, 2014