

## EVENTOS ADVERSOS

### ❖ Definição:

Injúrias não intencionais decorrentes do cuidado prestado aos pacientes, não relacionadas à evolução natural da doença de base.

Obrigatoriamente acarretam lesões mensuráveis nos pacientes afetados; óbito ou prolongamento do tempo de internação.

(HIATT et al., 1989)

## INCIDENTES OU QUASE-PERDAS

### ❖ Definição:

Complicações não intencionais decorrentes do cuidado prestado aos pacientes, não relacionadas à evolução natural da doença de base.

NÃO acarretam obrigatoriamente nos pacientes afetados: lesões mensuráveis; óbito ou prolongamento do tempo de internação.

(CHANG et al., 2005)

## EVENTOS ADVERSOS

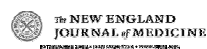
### Importância:

❖ Indicam falhas na segurança de pacientes, refletindo o marcante distanciamento entre cuidado real e o cuidado ideal.

(THOMAS et al., 2000; McGLYNN et al., 2003)

❖ Maior desafio para o aprimoramento da qualidade da atenção à saúde.

(INSTITUTE OF MEDICINE, 1999, 2000; LEAPE et al., 2002; VINCENT, 2003; SARI et al., 2006)



## The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States

**McGlynn, Elizabeth A.; Asch, Steven M.; Adams, John; Keesey, Joan; Hicks, Jennifer; DeCristofaro, Alison; Kerr, Eve A.**

**Volume 348(26), 26 June 2003, pp 2635-2645**

Table 5. Adherence to Quality Indicators, According to Condition.*				
Condition	No. of Indicators	No. of Participants Eligible	Total No. of Times Indicator Eligibility Was Met	Percentage of Recommended Care Received (95% CI)
Senile cataract	10	159	602	78.7 (73.3–84.2)
Breast cancer	9	192	202	75.7 (69.9–81.4)
Prenatal care	39	134	2920	73.0 (69.5–76.6)
Low back pain	6	489	3391	68.5 (66.4–70.5)
Coronary artery disease	37	410	2083	68.0 (64.2–71.8)
Hypertension	27	1973	6643	64.7 (62.6–66.7)
Congestive heart failure	36	104	1438	63.9 (55.4–72.4)
Cerebrovascular disease	10	101	210	59.1 (49.7–68.4)
Chronic obstructive pulmonary disease	20	169	1340	58.0 (51.7–64.4)
Depression	14	770	3011	57.7 (55.2–60.2)
Orthopedic conditions	10	302	590	57.2 (50.8–63.7)
Osteoarthritis	3	598	648	57.3 (53.9–60.7)
Colorectal cancer	12	231	329	53.9 (47.5–60.4)
Asthma	25	260	2332	53.5 (50.0–57.0)
Benign prostatic hyperplasia	5	138	147	53.0 (43.6–62.5)

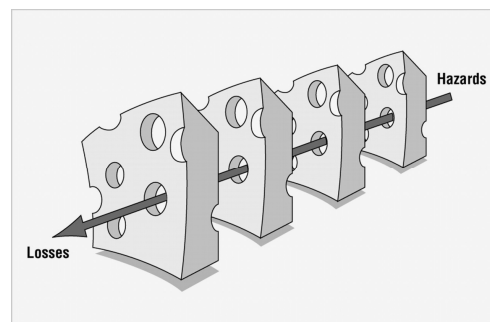
pulmonary disease				
Depression	14	770	3011	57.7 (55.2–60.2)
Orthopedic conditions	10	302	590	57.2 (50.8–63.7)
Osteoarthritis	3	598	648	57.3 (53.9–60.7)
Colorectal cancer	12	231	329	53.9 (47.5–60.4)
Asthma	25	260	2332	53.5 (50.0–57.0)
Benign prostatic hyperplasia	5	138	147	53.0 (43.6–62.5)
Hyperlipidemia	7	519	643	48.6 (44.1–53.2)
Diabetes mellitus	13	488	2952	45.4 (42.7–48.3)
Headache	21	712	8125	45.2 (43.1–47.2)
Urinary tract infection	13	459	1216	40.7 (37.3–44.1)
Community-acquired pneumonia	5	144	291	39.0 (32.1–45.8)
Sexually transmitted diseases or vaginitis	26	410	2146	36.7 (33.8–39.6)
Dyspepsia and peptic ulcer disease	8	278	287	32.7 (26.4–39.1)
Atrial fibrillation	10	100	407	24.7 (18.4–30.9)
Hip fracture	9	110	167	22.8 (6.2–39.5)
Alcohol dependence	5	280	1036	10.5 (6.8–14.6)

\* Condition-specific scores are not reported for management of pain due to cancer and its palliation, management of symptoms of menopause, hysterectomy, prostate cancer, and cesarean section, because fewer than 100 people were eligible for analysis of these categories. CI denotes confidence interval.

## EVENTOS ADVERSOS

- ❖ Estudos retrospectivos – proporção subestimada
- ❖ Pacientes hospitalizados
- ❖ 2,9 a 58,0% das admissões hospitalares.
- ❖ EAs evitáveis - ERRO - 50 a 70% dos EAs.
- ❖ Erro - abordagem organizacional x abordagem individual
- ❖ Medidas punitivas agravam o problema - Medo

BRENNAN et al., 1989; LEAPE et al., 1991; WILSON et al., 1995; ANDREWS et al., 1997; INSTITUTE OF MEDICINE, 1999, 2001; THOMAS et al., 2000; VINCENT et al., 2001; DAVIS et al., 2003; BAKER et al., 2004



(REASON, 1999; 2000)

## EVENTOS ADVERSOS

- ❖ Limitações permanentes ou graves – 1/3 EAs
- ❖ Óbito: 4,9 a 13,7% EAs (mortes evitáveis)
- ❖ 1.000.000 de EAs evitáveis e morte de 98.000 pessoas por ano em decorrência de EAs evitáveis.

(INSTITUTE OF MEDICINE, 1999)

## EVENTOS ADVERSOS

### Potenciais Causas Imediatas

- ❖ EAs Cirúrgicos – 50% do total de eventos
  - Negligência – 14% dos eventos**
- ❖ EAs a Drogas - 20% do total de eventos
  - Negligência – 18% dos eventos**

## EVENTOS ADVERSOS

### Local de Ocorrência

- ❖ Centro cirúrgico – 40% do total de eventos  
**Negligência – 14% dos eventos**

- ❖ Quarto paciente – 27% do total de eventos  
**Negligência – 40% dos eventos**

- ❖ Pronto Socorro - 3% do total de eventos  
**Negligência – 70% dos eventos**

BRENNAN et al., 1989; LEAPE et al., 1991; WILSON et al., 1995; INSTITUTE OF MEDICINE, 1999, 2001; THOMAS et al., 2000; VINCENT et al., 2001

## FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS

- ❖ Idade avançada
- ❖ Gravidade da doença de base
- ❖ Presença de comorbidades
- ❖ Internação em hospitais universitários
- ❖ Tempo de internação
- ❖ Intensidade e fragmentação do cuidado
- ❖ Introdução de novas tecnologias
- ❖ Inexperiência
- ❖ Falhas de comunicação
- ❖ Atendimento de urgência

(WEINGART et al., 2000)

## EVENTOS ADVERSOS EM PRONTO-SOCORRO

- ❖ Acesso irrestrito
- ❖ Superlotação
- ❖ Extrema diversidade na gravidade do quadro clínico
- ❖ Número limitado de profissionais
- ❖ Sobrecarga de trabalho
- ❖ Volume restrito de recursos
- ❖ Descontinuidade do cuidado
- ❖ Não valorização do profissional
- ❖ Falha de comunicação e supervisão

RISSER et al., 1999; BOREHAM et al., 2000; KYRIACOU et al., 2000; WALLIS, GULY, 2001

## EVENTOS ADVERSOS EM PRONTO-SOCORRO

### Pronto Socorro

**1 ERRO A CADA 5 PACIENTES ATENDIDOS**

### LIMITAÇÕES LEVES

FORDYCE et al., 2003

## EVENTOS ADVERSOS

### EVENTOS ADVERSOS A DROGAS

- ❖ 20% dos eventos adversos
- ❖ discrepância entre medicamentos realmente utilizados e medicamentos que constam nas receitas médicas
- ❖ aumento do número de medicações prescritas,
- ❖ deterioração de funções orgânicas exigindo correções de dose e introdução de novas drogas

(STEEL et al., 1981; LEAPE et al., 1991, 1995; BATES et al., 1995; LESAR et al., 1997; THOMAS, BRENNAN, 2000; THOMAS et al., 2000a; FREEDMAN et al., 2002; ROTHCHILD et al., 2002; CLASSEN, 2003; KANJANARAT et al., 2003).

## EVENTOS ADVERSOS em UTIS

### Importância:

❖ as unidades de terapia intensiva são também reconhecidas como setores muito vulneráveis à ocorrência de incidentes e EAs.

(BOYLE et al., 2006)

❖ 30% dos pacientes que faleceram em UTIs sofreram ao menos um erro durante o seu processo de atenção (autópsias).

(PERKINS et al., 2003; COOMBS et al., 2004).

❖ 22% dos pacientes admitidos a UTIs cirúrgicas sofreram falhas diagnósticas.

(BROOKS et al., 2004)

❖ 30% dos pacientes internados em UTIs gerais sofreram algum tipo de evento adverso a drogas.

(VAN DEN BEMT et al., 2002)

❖ 30% dos pacientes internados em UTIs sofreram ao menos um evento adverso evitável (decorrente de erros no processo de cuidado), sendo que metade destes eventos acarretou graves consequências nos pacientes afetados,

(LANDRIGAN et al., 2004; CSMON et al., 2004; TIBBY et al., 2004)

## CONCLUSÕES

A ocorrência de eventos adversos contribuiu para a evolução fatal dos pacientes estudados.

Eventos adversos devem ser entendidos oportunidades para o aprimoramento da qualidade da atenção.

## Principais desafios

- CULPA e MEDO – Medidas Punitivas
- Desenvolvimento de sistemas que tornem mais fácil a realização da ação correta e mais difícil a tomada de decisão errada .

## Lições para aprender....

- ❖ Boa relação médico paciente – respeito, empatia, acolhimento.
- ❖ Não evitar o paciente e seus familiares
- ❖ Esclarecer em linguagem clara e acessível o fato
- ❖ Pedir desculpas
- ❖ Não “arrumar” culpados

## Lições para aprender....

- ❖ Assegurar ao paciente que toda a equipe acompanhará de perto a evolução.
- ❖ Colocar-se ao lado do paciente e seus familiares
- ❖ Acolher as dúvidas do paciente e familiares
- ❖ Assegurar que o caso será estudado para que novas situações possam ser evitadas

## ADVERSE EVENTS AND DEATH IN STROKE PATIENTS ADMITTED TO THE EMERGENCY DEPARTMENT OF A TERTIARY UNIVERSITY HOSPITAL

Renata Daud Gallotti\*, Hillegonda Maria Dutilh Novaes\*\*, Maria Cecília Lorenzi\*\*, Mirna Namie Okamura\*\*, José Eluf Neto\*\*, Irineu Tadeu Velasco\*

\* Disciplina de Emergência Clínicas  
\*\* Departamento de Medicina Preventiva



European Journal of Emergency Medicine 2005, 12:63-71

## CASUÍSTICA

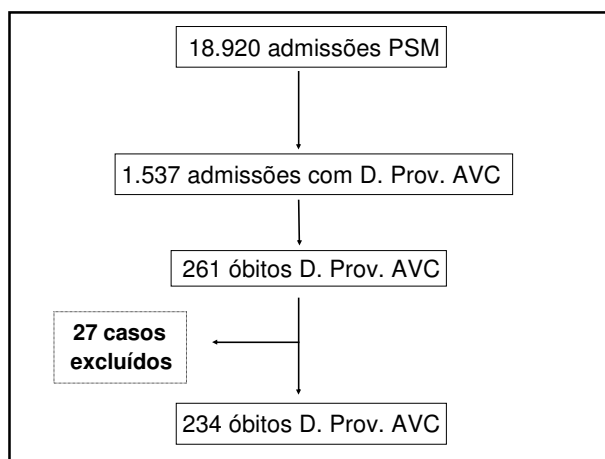
- ❖ Estudo observacional retrospectivo
- ❖ Caso-controle pareado
- ❖ Pacientes internados no PSM com diagnóstico provisório de acidente vascular cerebral (AVC).
- ❖ Período: março de 1996 a setembro de 1999
- ❖ AVC – traçador\*

\* (KESSNER et al., 1973; WRAY et al., 1995)

## DIAGNÓSTICOS PROVISÓRIOS SELECIONADOS

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS  
DÉCIMA REVISÃO (CID-10)

- I 60 – “Hemorragia subaracnóide”
- I 61 – “Hemorragia intracerebral”
- I 62 – “Outras hemorragias intracranianas não traumáticas”
- I 63 – “Infarto cerebral”
- I 64 – “Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico”



## CONTROLES

- ❖ Pacientes internados no PSM por AVC que receberam alta

## PAREAMENTO

- ❖ Diagnóstico provisório
- ❖ Época de internação

## RELAÇÃO

- ❖ 1:1

## CLASSIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

- ✓ Gravidade: **major e minor**

STEEL et al., 1981

- ✓ Causa Imediata: **Drogas, Procedimentos, Quedas, Dieta, Cuidados de Enfermagem, Transfusão**

STEEL et al., 1981

- ✓ Categoria Profissional: **EAs de Enfermagem, EAs Médicos, EAs Cirúrgicos, EAs Administrativos, Infecções Hospitalares**

GARCIA-MARTIN et al., 1997

## INSTRUMENTO

- ✓ Características Demográficas: **Idade, Sexo, Cor**
- ✓ Datas de Internação e Alta: **Tempo de Internação**
- ✓ Procedência / Internação Prévia (30 dias)
- ✓ Gravidade na Admissão: **Estado Geral, Nível Consciência, Escala Glasgow, Capacidade Funcional e Comorbidades**
- ✓ Continuidade do Cuidado: **Número de Diferentes Equipes**
- ✓ Intervenções Hospitalares: **Cateterizações, Arteriografias, Drenagens, Diálises, Cirurgias, Endoscopias, Terapia Endovenosa, Sonda Nasogástrica, Sonda Vesical, Intubação, Ventilação Mecânica, Substâncias Biológicas**

## POPULAÇÃO ESTUDADA

### 234 CASOS : 234 CONTROLES

Casos e Controles foram semelhantes em relação a:

- ❖ Características Demográficas
- ❖ Presença de Comorbidades

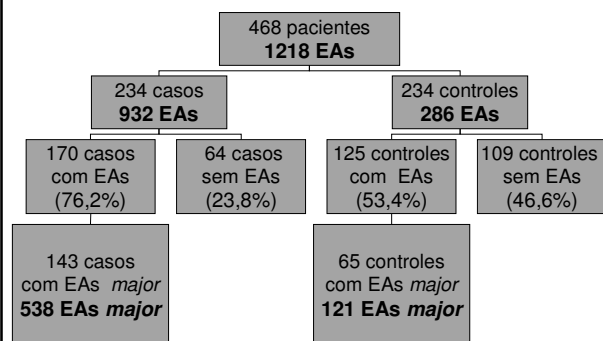
## POPULAÇÃO ESTUDADA

### 234 CASOS : 234 CONTROLES

Casos e Controles foram diferentes em relação a:

- ❖ Gravidade na admissão (acesso clínico, nível de consciência e pontuação escala de Glasgow)
- ❖ Utilização prévia de serviços de saúde
- ❖ Tempo de internação
- ❖ Continuidade do cuidado (nº de equipes)
- ❖ Intervenções

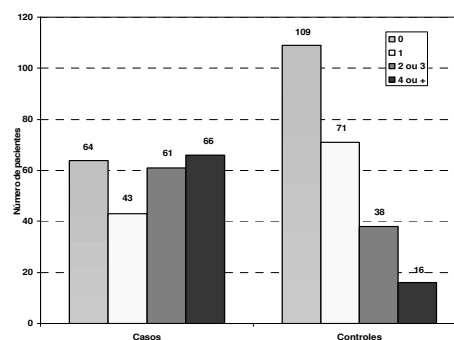
## EVENTOS ADVERSOS



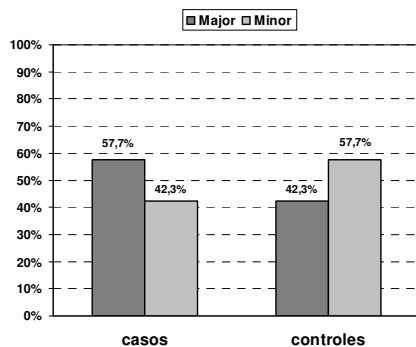
## EVENTOS ADVERSOS

	TODOS	CASOS	CONTROLES
Número de	1.039	932	906
Média ± DP	2,6 ± 4,7	4,0 ± 5,9	1,2 ± 2,3
Número de	650	538	401

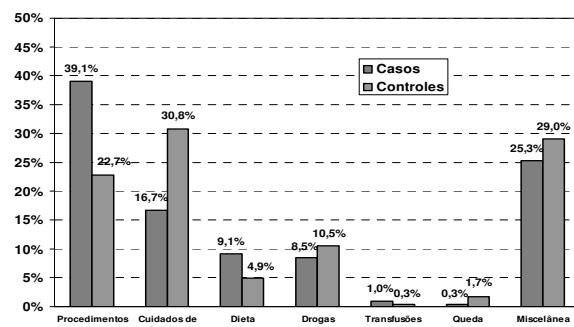
## DISTRIBUIÇÃO DE EAs EM CASOS E CONTROLES



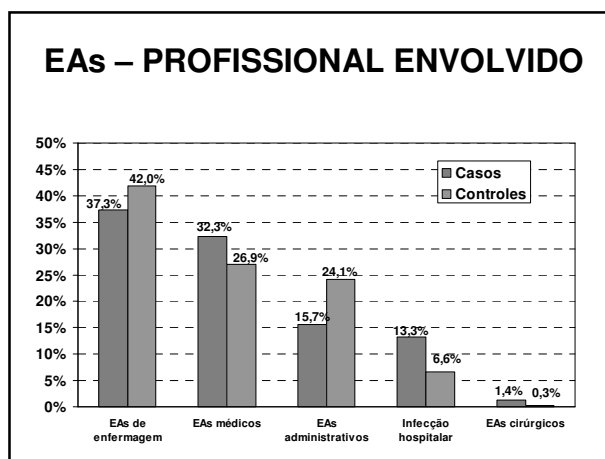
## DISTRIBUIÇÃO DE EAs MAJOR E MINOR EM CASOS E CONTROLES



## EAs - CAUSAS POTENCIAIS



PROCEDIMENTOS	CASOS	CONTROLES	TOTAL
Intubação	132	7	139
Exames	62	32	94
SNG	40	6	46
EV	29	5	34
SV	28	4	32
Cateteres	22	1	23
Ventilação mecânica	21	1	22
Cirurgia	15	2	17
Arteriografia	6	7	13
Endoscopia	2	0	2
Diálise	1	0	1
Outros	6	0	6
<b>TOTAL</b>	<b>364</b>	<b>65</b>	<b>429</b>



**EAs DE ENFERMAGEM (38,4%)**

EAs ENFERMAGEM	CASOS	CONTROLES	TOTAL
Seguimento prescrição	189	90	279
Problemas SNG/SV/EV	57	9	66
Úlcera de decúbito	41	6	47
Extubação Acidental	37	1	38
Encaminhamento exames	18	8	26
Quedas	3	5	8
Outros	3	1	4
<b>TOTAL</b>	<b>348</b>	<b>120</b>	<b>468</b>

**EAs MÉDICOS (31,0%)**

EAs MÉDICOS	CASOS	CONTROLES	TOTAL
Hipoglicemia	114	34	148
Seguimento inadequado	68	35	103
Procedimentos	68	1	69
Drogas	25	5	30
Terapia não invasiva	10	1	11
Sangramentos	16	1	17
<b>TOTAL</b>	<b>301</b>	<b>77</b>	<b>378</b>

**EAs ADMINISTRATIVOS (17,7%)**

EAs ADMINISTRATIVOS	CASOS	CONTROLES	TOTAL
Medicações	49	25	74
Exames e Procedimentos	40	27	67
Equipamentos	30	13	43
Vagas	13	4	17
Hemoderivados	5	0	5
Outros	9	0	9
<b>TOTAL</b>	<b>146</b>	<b>69</b>	<b>215</b>

**INFECÇÕES HOSPITALARES (11,7%)**

INFECÇÃO HOSPITALAR	CASOS	CONTROLES	TOTAL
Vias Respiratórias	81	14	95
Vias Urinárias	13	3	16
Cutâneo	13	2	15
Bacteremia/Sepsis	11	0	11
Ocular	4	0	4
Sistema Nervoso	2	0	2
<b>TOTAL</b>	<b>124</b>	<b>19</b>	<b>143</b>

EAs CIRÚRGICOS (1,2%)			
EAs CIRÚRGICOS	CASOS	CONTROLES	TOTAL
Falência	3	0	3
Sangramento	3	0	3
Complicações	3	1	4
Infecções	2	0	2
Outros	2	0	2
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>1</b>	<b>14</b>
65 INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS: 59 CASOS 6 CONTROLES			

ANÁLISE MULTIVARIADA CONDICIONAL - EAs MAJOR				
VARIÁVEL	OR	OR*	IC 95%	p
Cond. Clínica (ref-BEG)	16,67	13,99	4,10-47,75	<0,0001
N.Consciência (ref-alerta)	23,80	6,45	1,96-21,30	0,0022
No. Equipes (ref-1)	4,85	4,68	1,98-11,07	0,0004
EAs major (ref-0)	4,00	3,72	1,63-8,48	0,0018
Tempo de Internação (ref≤2dias)	2,88	1,15	0,53-2,48	0,7182

ANÁLISE MULTIVARIADA CONDICIONAL - EAs MÉDICOS				
VARIÁVEL	OR	OR*	IC 95%	p
Cond. Clínica (ref-BEG)	16,67	13,94	4,07-47,80	<0,0001
N.Consciência (ref-alerta)	23,80	7,45	2,28-24,33	0,0009
No. Equipes (ref-1)	4,85	4,88	2,06-11,61	0,0003
EAs Médicos (ref-0)	3,83	3,69	1,60-8,50	0,0021
Tempo de Internação (ref≤2dias)	2,88	1,22	0,58-2,61	0,5982

ANÁLISE MULTIVARIADA CONDICIONAL INFECÇÕES HOSPITALARES				
VARIÁVEL	OR	OR*	IC 95%	p
Cond. Clínica (ref-BEG)	16,67	11,26	3,64-34,87	<0,0001
N.Consciência (ref-alerta)	23,80	6,32	1,98-20,25	0,0019
No. Equipes (ref-1)	4,85	5,21	2,24-12,10	<0,0001
Infecções Hospitalares (ref-0)	8,56	3,20	1,20-8,51	0,0200
Tempo de Internação (ref≤2dias)	2,88	1,25	0,58-2,70	0,5695

CONCLUSÕES
<ul style="list-style-type: none"> <li>Eventos adversos, na sua maioria graves, afetaram 76% dos casos e 53% dos controles. Decorreram em geral de procedimentos diagnósticos e terapêuticos e de cuidados de enfermagem. EAs médicos e EAs de enfermagem predominaram, respondendo por cerca de 70% do total de eventos.</li> </ul>

CONCLUSÕES
<ul style="list-style-type: none"> <li>Houve associação significativa entre óbito hospitalar e a ocorrência de EAs graves (major), EAs médicos e infecções hospitalares, em pacientes com AVC internados no PSM-HCFMUSP.</li> </ul>



# ADVERSE EVENTS IN PATIENTS WITH COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA AT AN ACADEMIC TERTIARY EMERGENCY DEPARTMENT: DO THEY CONTRIBUTE TO HOSPITAL DEATH?

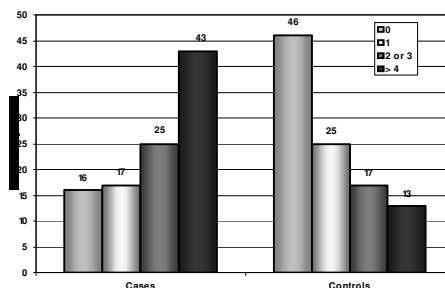
Renata Daud Gallotti\*, Hillegonda Maria Dutilh Novaes\*\*, Maria Cecília Lorenzi\*\*, Mirna Namie Okamura\*\*, José Eluf Neto\*\*, Wladimir Pinto Pizzo\*, Irineu Tadeu Velasco\*

\* Disciplina de Emergência Clínicas  
\*\* Departamento de Medicina Preventiva

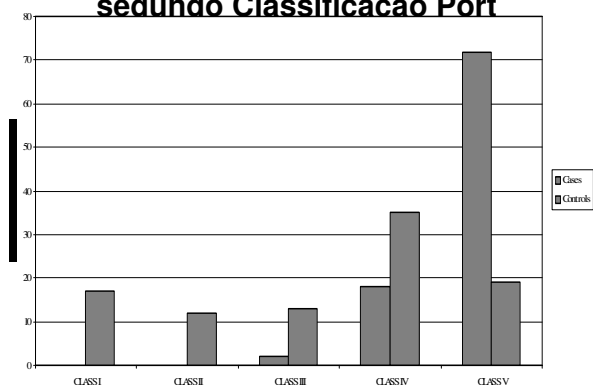


Infectious Diseases in Clinical Practice 2006, 14:350-359

## DISTRIBUIÇÃO DE EAs EM CASOS E CONTROLES



## Distribuição de Casos e Controles segundo Classificação Port



## Adverse events in patients with community-acquired pneumonia at an academic tertiary emergency department: do they contribute to hospital death?

VARIABLE	OR*	95% CI	p
PSI scores (< 90)	27.6	3.65-208.49	0,001
All AEs (0)	3.25	1.32-8.03	0,010
Length of stay (< 2 days)	2.76	1.17-6.50	0,020

Gallotti et al. Infectious Diseases in Clinical Practice 2006, 14:350-359

## CONCLUSÕES

A ocorrência de eventos adversos contribuiu para a evolução fatal dos pacientes estudados.

Eventos adversos devem ser entendidos oportunidades para o aprimoramento da qualidade da atenção.

*"To err is human,  
but errors can be prevented."*

*"Safety is a critical first step  
in improving quality of care."*

Institute of Medicine, 1999



## **Projetos em andamento 2007/2008**

### **EVENTOS ADVERSOS em UTIS**

#### **OBJETIVOS GERAIS**

Identificar a ocorrência de incidentes e eventos adversos em pacientes internados nas Unidades de Terapia Intensiva E Semi-Intensiva do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina e do Hospital Universitário, ambos da Universidade de São Paulo, analisando sua relação com a evolução dos pacientes e com a organização e qualidade da atenção nos serviços.

### **EVENTOS ADVERSOS em UTIS**

#### **METODOLOGIA**

- ❖ estudo observacional prospectivo - tipo coorte  
HOSPITAL DAS CLÍNICAS - FMUSP
- ❖ Unidades de Terapia Intensiva de Clínica Médica (UTI-CM.), Pneumologia (UTI-PNM) e do Pronto-Socorro de Clínica Médica (UTI-PSM) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP)
- ❖ Unidade de Terapia Semi- intensiva do Pronto-Socorro de Clínica Médica (SEMI-PSM)
- ❖ Número de Leitos = 27 leitos

### **EVENTOS ADVERSOS em UTIS**

#### **METODOLOGIA**

- ❖ estudo observacional prospectivo - tipo coorte  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - USP
- ❖ Unidades de Terapia Intensiva de Adultos (UTI-HU)
- ❖ Unidade de Terapia Semi- intensiva de Adultos (SEMI-HU)
- ❖ Número de Leitos = 20 leitos

### **EVENTOS ADVERSOS em UTIS**

#### **METODOLOGIA**

- ❖ Fase piloto: outubro de 2007 a janeiro 2008 .
- ❖ Elegíveis todos pacientes com idade superior a 12 anos internados nos serviços acima descritos no período de estudo. Acompanhamento até sua alta das UTIs/semis ou até o seu falecimento.

### **EVENTOS ADVERSOS em UTIS**

#### **METODOLOGIA**

- ❖ Observadores médicos e enfermeiros
- ❖ Acompanhamento diário de visitas das respectivas equipes,
- ❖ Análise diária dos prontuários
- ❖ Instrumento especificamente desenhado para este fim.

## EVENTOS ADVERSOS em UTIS

### METODOLOGIA

- ❖ Dados demográficos
- ❖ Procedência dos pacientes ao darem entrada nas UTIs
- ❖ Tempo de internação nas UTIs
- ❖ Gravidade inicial: determinação do índice APACHE II (KNAUS et al., 1985).
- ❖ Gravidade diária: SOFA (VINCENT et al., 1996), SAPS II (LE GALL et al., 1993) e LODS (LE GALL et al., 1996).

## EVENTOS ADVERSOS em UTIS

### METODOLOGIA

- ❖ Comorbidades: Escala de *Charlson* modificada (CHARLSON et al., 1987; LIBRERO et al., 1999).
- ❖ A intensidade do cuidado será avaliada de acordo com o tipo, frequência e duração das intervenções realizadas durante a internação nas UTIs estudadas.
- ❖ A fragmentação do cuidado será avaliada pelo número de diferentes especialidades médicas (além do médico intensivista).

## EVENTOS ADVERSOS em UTIS

### METODOLOGIA

- ❖ Carga de trabalho de Enfermagem: *Nursing Activities Score – NAS* (MIRANDA et al, 2003)
- ❖ 23 itens mutuamente excludentes
- ❖ Distribuídos em sete grandes categorias de intervenções: monitorização e controles, suporte respiratório, cardiovascular, renal, neurológico, metabólico e intervenções específicas dentro e fora da UTI.
- ❖ Pontuação obtida, resultado da somatória dos itens, expressa a porcentagem de tempo gasto pela equipe de enfermagem na assistência ao doente grave, em um turno de trabalho, podendo atingir o máximo de 176,8%.

## EVENTOS ADVERSOS em UTIS

### DIMENSÕES ÉTICAS

Para este estudo serão utilizados dados secundários, isto é, as informações necessárias serão coletadas por revisão de prontuários dos pacientes participantes e observação de visitas das equipes médicas e de enfermagem. O sigilo em relação à identificação nominal dos pacientes será assegurado. As informações geradas através deste trabalho serão também aplicadas no serviço, visando a melhoria da qualidade da atenção prestada

Contato:

Dra Renata Gallotti

Disciplina de Emergências Clínicas

Faculdade de Medicina - USP

e.mail: renatagallotti@terra.com.br

