



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**  
Centro Biomédico  
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Camilla Brandão Porciuncula

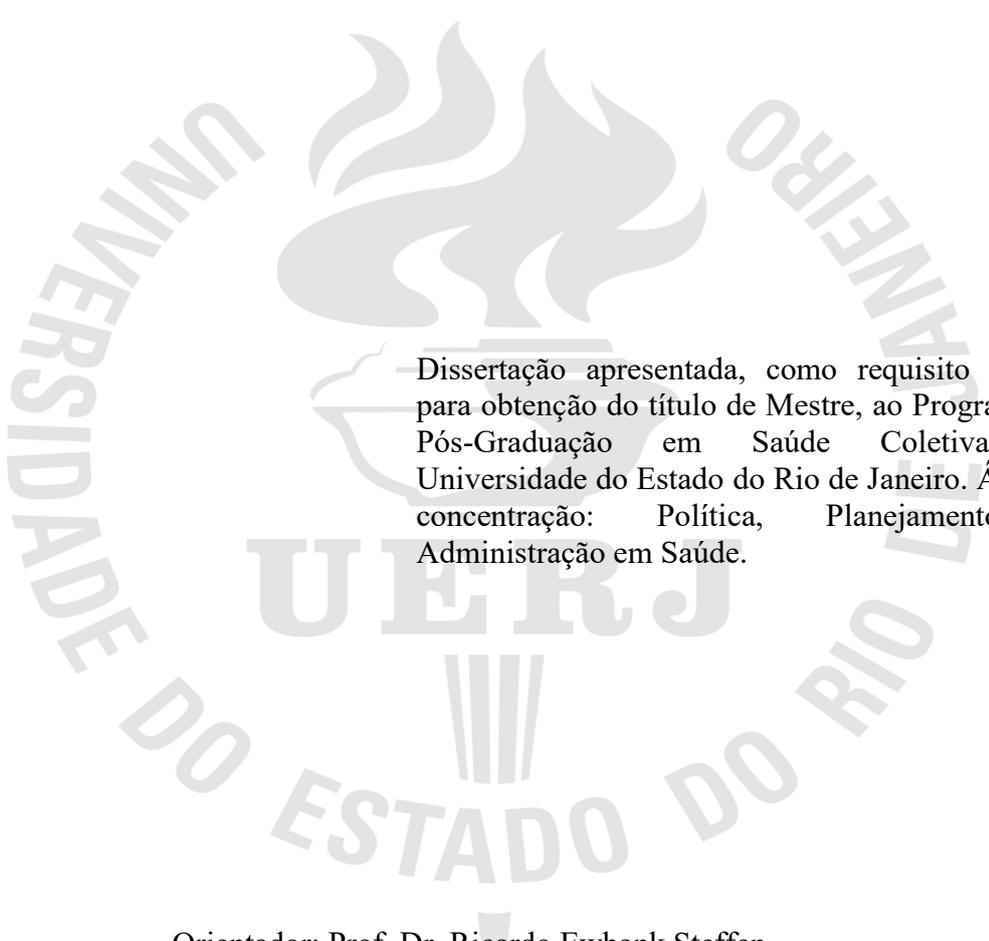
**Perfil dos eventos adversos de cirurgia ambulatorial em uma policlínica do  
Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2022

Camilla Brandão Porciuncula

**Perfil dos eventos adversos de cirurgia ambulatorial em uma policlínica do Rio de Janeiro**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Ewbank Steffen

Coorientador: Profa. Dra. Cintia Silva Fassarella

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

P834 Porciuncula, Camilla Brandão

Perfil dos eventos adversos de cirurgia ambulatorial em uma policlínica no Rio de Janeiro / Camilla Brandão Porciuncula – 2022.

62 f.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Ewbank Steffen

Coorientadora: Profa. Dra. Cintia Silva Fassarella

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Segurança do paciente – Teses. 2. Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais – Teses. 3. Qualidade da assistência à saúde – Teses. I. Steffen, Ricardo Ewbank. II. Fassarella, Cintia Silva. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. IV. Título.

CDU 613.86

Bibliotecária: Marianna Lopes Bezerra – CRB 7 6386

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Camilla Brandão Porciuncula

**Perfil dos eventos adversos de cirurgia ambulatorial em uma policlínica do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em: 30 de maio de 2022.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Ewbank Steffen

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Coorientador: Profa. Dra. Cintia Silva Fassarella

Faculdade de Enfermagem - UERJ

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Mário Roberto Dal Poz

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ

---

Profa. Dra. Flavia Giron Camerini

Faculdade de Enfermagem – UERJ

---

Profa. Dra. Marcia Ferreira Teixeira Pinto

Instituto Fernandes Figueira - FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2022

## DEDICATÓRIA

Dedico essa dissertação aos meus avós, *in memoriam*, Dea e Brandão, que tanto participaram, incentivaram e comemoraram comigo todas as conquistas. Ainda que de longe, são eles que continuam sendo meus exemplos.

Dedico também à minha mãe Marcia, por estar presente a todo momento me apoiando. A felicidade dela me incentiva a continuar.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, aos orixás e às entidades pela vida, por permitirem minha caminhada e por todas as conquistas e ensinamentos alcançados.

Aos meus avós por terem sido exemplos de caráter e integridade, por terem dado todo amor e dedicação possíveis, não só a mim, mas a toda a família. Agradeço por ter tido a oportunidade de conviver com eles, por tudo que fizeram pelo meu bem-estar e por todo apoio na minha formação. A neta de vocês agora é mestra!

À minha mãe por ter sido exemplo de resistência e força nos momentos difíceis e por estar ao meu lado, sempre vibrando nas apresentações de dança na infância, nas formaturas, nas travessias aquáticas, nas conquistas profissionais e pessoais, e acreditando nos meus sonhos. À minha irmã pelo apoio de sempre e por também comemorar cada conquista.

À família Brandão, que inclui os “Araújo”, os “Cunha” e os “Bandeira”, pois sem eles a vida não seria tão colorida e alegre. “Família é quem você escolhe pra viver/Família é quem você escolhe pra você/Não precisa ter conta sanguínea/É preciso ter sempre um pouco mais de sintonia” (“Não perca as crianças de vista”, O Rappa).

À irmã que a vida trouxe, Larissa, por ser presente em definitivamente todas as etapas da minha vida, há anos.

Aos amigos da Enfermagem, onde tanto aprendi e onde minha admiração e interesse pela saúde pública despertaram. Diego, Cintia, Fernanda, Larissa Benjamin e Renata, se não fosse por vocês nunca seria gestora de saúde e agora mestra, obrigada por insistirem. Não poderia deixar de agradecer às mentoras mais especiais que pude ter, Profa. Dra. Valeria Monteiro e Profa. Dra. Alessandra Sant’anna, por terem me ensinado um pouco da arte do cuidar e do SUS, contribuindo para a profissional que sou hoje, e pelo carinho e incentivo de sempre. Agradeço também à equipe de enfermagem do centro cirúrgico que tanto colaborou para este estudo.

Aos amigos que tornam o dia a dia no trabalho mais felizes e tanto deram apoio para a conclusão dessa etapa, Carol, Mari, Alex, Vanessa, Nielson e Jean.

Aos companheiros do mestrado Bibiana, Laisa, Gabi, Cassi, João e Ariadne por me darem suporte, terem sido acolhedores e terem enriquecido tanto essa experiência.

Aos meus orientadores, Prof. Dr. Ricardo Steffen e Profa. Dra. Cintia Fassarella, por terem acreditado em mim e no projeto, terem se dedicado e, acima de tudo, ensinado tanto.

Para a Universidade do Estado do Rio de Janeiro qualquer palavra aqui escrita é pouco perto da importância dessa instituição na minha vida, carreira e formação. Tenho orgulho em ser aluna desde a graduação e me orgulho ainda mais em poder contribuir com o crescimento diário enquanto servidora pública. Tenho satisfação em colocar em prática a cada momento tudo que aprendi na UERJ, para a UERJ. Incluo o Instituto de Medicina Social nessa jornada, que me proporcionou integrações inimagináveis durante a experiência do mestrado. A admiração pela UERJ é imensurável.

Apreendi que coragem não é a ausência de medo, mas o triunfo sobre ele. O homem corajoso não é aquele que não sente medo, mas o que conquista esse medo.

*Nelson Mandela*

## RESUMO

PORCIUNCULA, Camilla Brandão. *Perfil dos eventos adversos de cirurgia ambulatorial em uma policlínica do Rio de Janeiro*. 2022. 62 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

O foco deste estudo foi o perfil dos eventos adversos oriundos de procedimentos cirúrgicos, visto que essa ocorrência não é desejável e causa malefícios aos pacientes. Eventos adversos representam problemas de qualidade do cuidado relacionado à dimensão da segurança do paciente. O estudo teve como objetivo geral caracterizar o perfil dos eventos adversos cirúrgicos em uma unidade de cirurgia ambulatorial. Trata-se de um estudo quantitativo, no qual foi elaborado instrumento próprio para coleta de dados por meio de contato telefônico, em que foram feitas perguntas aos pacientes participantes buscando constatar a ocorrência de eventos adversos decorridos do procedimento cirúrgicos. A pesquisa foi realizada em unidade de cirurgia ambulatorial e identificou-se 43,2% de ocorrências de eventos adversos pós-cirúrgicos, entre os quais os de maior prevalência foram dor (35,1%) e hematomas (19,3%). Foram registrados mais de uma ocorrência de eventos adversos pós-cirúrgicos em 40,6% dos pacientes. Todos os eventos adversos identificados foram considerados preveníveis, de impacto leve ou moderado. O estudo mostrou ser necessária a revisão de processos administrativos e assistenciais visando a melhoria dos processos e diminuição de erros, além de sugerir a adoção de práticas de avaliação de controle de qualidade.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Cirurgia ambulatorial. Eventos adversos. Qualidade da assistência à saúde.

## ABSTRACT

PORCIUNCULA, Camilla Brandão. *Profile of adverse events of outpatient surgery in a polyclinic in Rio de Janeiro*. 2022. 62 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

The focus of this study was the profile of adverse events arising from surgical procedures, since this occurrence is undesirable and causes harm to patients. Adverse events represent quality of care problems related to the dimension of patient safety. The general objective of the study was to characterize the profile of surgical adverse events in an outpatient surgery unit. This is a quantitative study, in which a specific instrument was developed for data collection through telephone contact, in which participating patients were asked questions in order to verify the occurrence of adverse events resulting from the surgical procedure. The survey was carried out in an outpatient surgery unit and 43.2% of occurrences of post-surgical adverse events were identified, among which the most prevalent were pain (35.1%) and hematomas (19.3%). More than one occurrence of post-surgical adverse events was recorded in 40.6% of patients. All adverse events identified were considered preventable, of mild or moderate impact. The study showed that it is necessary to review administrative and care processes in order to improve processes and reduce errors, in addition to suggesting the adoption of quality control assessment practices.

Keywords: Patient safety. Outpatient surgery. Adverse events. Quality of health care.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Critérios de inclusão e exclusão.....	31
Gráfico 2	Eventos adversos intraoperatórios e seus percentuais.....	38
Gráfico 3	Eventos adversos pós-cirúrgicos identificados e seus percentuais.....	40
Gráfico 4	Quantidade de relatos espontâneos dos pacientes nos contatos telefônicos.....	43

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Dimensões da qualidade em saúde.....	23
----------	--------------------------------------	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Procedimentos cirúrgicos realizados entre agosto e outubro de 2020.....	35
Tabela 2	Perfil demográfico e clínico dos pacientes da pesquisa.....	36
Tabela 3	Procedimentos cirúrgicos realizados.....	37
Tabela 4	Distribuição do número de eventos adversos intraoperatórios por paciente e gravidade.....	38
Tabela 5	Eventos adversos intraoperatórios relacionados ao procedimento realizado.....	39
Tabela 6	Distribuição do número de eventos adversos pós-cirúrgicos por paciente e gravidade.....	40
Tabela 7	Eventos adversos pós-cirúrgicos relacionados ao procedimento realizado.....	41
Tabela 8	Prevalência de eventos adversos por procedimento cirúrgico.....	42

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
COVID-19	Coronavirus disease-19
EAs	Eventos Adversos
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IMS	Instituto de Medicina Social
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare</i>
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACQS	Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TICs	Tecnologias de Informação e Comunicação
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCA	Unidade de Cirurgia Ambulatorial

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>1 OBJETIVOS</b> .....	19
1.1 <b>Objetivo geral</b> .....	19
1.2 <b>Objetivos específicos</b> .....	19
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	20
2.1 <b>Segurança do paciente</b> .....	20
2.2 <b>Qualidade nos serviços de saúde de baixa e média complexidades</b> .....	22
2.3 <b>Eventos adversos cirúrgicos em unidade ambulatorial</b> .....	26
2.4 <b>Telemonitoramento em cirurgia ambulatorial</b> .....	27
<b>3 MÉTODOS</b> .....	29
3.1 <b>Tipo de estudo</b> .....	29
3.2 <b>Local de pesquisa</b> .....	29
3.3 <b>População</b> .....	30
3.4 <b>Técnicas de coleta de dados e instrumentos</b> .....	31
3.5 <b>Organização e análise de dados</b> .....	33
3.6 <b>Aspectos éticos</b> .....	33
<b>4 RESULTADOS</b> .....	35
4.1 <b>Perfil sociodemográfico</b> .....	36
4.2 <b>Perfil dos eventos adversos identificados</b> .....	37
4.3 <b>Prevalência dos eventos adversos</b> .....	41
4.4 <b>Revisão de prontuários</b> .....	42
4.5 <b>Relatos dos pacientes</b> .....	43
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	45
<b>CONCLUSÃO</b> .....	50
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	53
<b>APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido</b> .....	58
<b>APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados</b> .....	61

## INTRODUÇÃO

Pacientes do mundo todo sofrem danos oriundos de erros diagnósticos e terapêuticos ocorridos durante os cuidados de saúde (OMS, 2009). Nesse sentido, a qualidade e a segurança da assistência têm sido amplamente discutidas, assim como os fatores que contribuem com os riscos desses incidentes.

A qualidade é um conceito amplo no âmbito da saúde que pode ser caracterizado como a relação entre benefícios, riscos e custos de uma intervenção, constituindo um desafio da prática do cuidado assistencial. A qualidade em saúde é composta por um conjunto de fatores como eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1990).

Para o *Institute of Medicine* (IOM), qualidade do cuidado é o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional corrente (IOM, 1990).

Os esforços de melhoria da qualidade dos serviços de saúde normalmente concentram-se nestes problemas de qualidade: uso desnecessário ou inadequado de serviços; prestação em excesso de serviços adequados; subutilização de serviços necessários, eficazes e adequados; e falhas nos aspectos técnicos e interpessoais da assistência (MENDES, 2007).

Um dos mecanismos de controle de qualidade é a avaliação. Para Donabedian (2003), avaliar é monitorar de forma contínua os serviços de saúde oferecidos, com intenção de detectar e corrigir precocemente os desvios dos padrões encontrados, permitindo o constante aperfeiçoamento e desenvolvimento dos serviços avaliados.

Com base no princípio que os pacientes não devem sofrer malefícios que resultem do cuidado médico, a avaliação da qualidade de serviços na área de saúde é um tema mundialmente discutido. Destacam-se os estudos da área em torno da ocorrência de eventos adversos e segurança do paciente, já que esta é uma prioridade da qualidade dos serviços de saúde. Essa temática da avaliação de qualidade nos serviços de saúde tem sido evidenciada também no contexto brasileiro, aumentando as exigências de segurança e gestão de riscos nas unidades de saúde (GRIGOLETO, 2011).

A segurança do paciente é uma das dimensões da qualidade do cuidado de saúde e, devido aos incidentes oriundos da assistência, tornou-se uma preocupação mundial.

Segurança do paciente pode ser definida como o ato de evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas no processo de atendimento médico-hospitalar (VINCENT, 2010). Essa temática, em conjunto com o gerenciamento de riscos, tem sido evidenciada pela implementação de medidas de prevenção à exposição aos riscos e danos decorrentes da assistência.

Apesar dos avanços no tópico segurança do paciente, o erro humano ainda é um dos fatores que mais se destaca. Os episódios de erro envolvendo os profissionais de saúde nas instituições hospitalares muitas vezes podem ser noticiados na mídia, causando muito protesto, críticas e comoção social. A incompreensão do erro pode acarretar sentimentos de medo e culpa no profissional envolvido no caso, dada a ultrapassada cultura punitiva ainda existente em algumas instituições, acarretando, desta forma, na omissão dos episódios de incidentes (DA SILVA, 2015).

O erro pode ser definido como o evento ou circunstância, intencional ou não, que poderia ter resultado ou resultou em um dano desnecessário ao paciente. Quando não atingem o paciente ou são detectados antes, são denominados de *near miss* (quase erro). Quando o atingem, mas não causam danos perceptíveis, são denominados de incidente sem danos, e quando resultam em dano perceptível são nomeados de incidentes com dano ou evento adverso (OMS, 2009).

Os eventos adversos (EA) são a forma mais simples de se reconhecer o erro de forma quantitativa, pois causam danos e são mais facilmente identificados. Eventos adversos são definidos como lesão ou dano não intencional que pode resultar em incapacidade ou disfunção, temporária ou permanente, e/ou prolongamento da internação ou morte como consequência do cuidado, e não pela evolução natural da doença base. (MENDES, 2007)

Os EA podem resultar de problemas na prática, produtos, processos ou sistemas. São originários de um conjunto de fatores, que incluem estratégias da organização, cultura organizacional, práticas de trabalho, gestão da qualidade, análise de riscos e a capacidade de aprendizagem por meio dos erros (MOURA, 2010). A literatura indica que a maioria dos EA são relacionados a cirurgias, seguidos dos medicamentos, diagnósticos, procedimentos terapêuticos e procedimentos clínicos (BRASIL, 2013).

Os EA são, portanto, problemas de qualidade do cuidado relacionado à dimensão da segurança do paciente, representando uma mudança não desejável no estado de saúde do mesmo. Essa alteração indesejada pode ser atribuída à atenção recebida anteriormente, e não somente ao problema de saúde desse paciente. Os resultados

adversos ou indesejáveis podem ocasionar morte, incapacidade, doença ou insatisfação com o serviço (MARTINS, 2014).

Alguns fatores acabam aumentando a probabilidade de ocorrência de EA, principalmente a idade dos pacientes, a gravidade do quadro clínico inicial, a existência de comorbidades, a duração e a intensidade do cuidado prestado, a fragmentação da atenção à saúde, a inexperiência de jovens profissionais envolvidos no atendimento, a sobrecarga de trabalho, as falhas de comunicação, a introdução de novas tecnologias e o atendimento de urgência (GALLOTTI, 2004).

Segundo Moura (2010), a probabilidade de ocorrência de EA é muito maior em países em desenvolvimento se comparados com países desenvolvidos. Isso se dá devido a fatores como mau estado de infraestrutura e equipamentos, problemas de suprimento e qualidade do material médico cirúrgico e medicamentos, falhas de gestão e no controle de infecção, baixo desempenho dos profissionais, falhas no diagnóstico e subfinanciamento dos custos operacionais dos serviços de saúde.

Estudos brasileiros apontam que oito em cada cem pacientes internados em hospitais brasileiros sofrem um ou mais EA. Além dos danos consideráveis, os EA representam prejuízo financeiro, devido a fatores como aumento do gasto individual, maior tempo de internação, prováveis indenizações por incapacidade, entre outros. Os estudos sobre EA cirúrgicos são muito relevantes pela frequência de ocorrências e também pela possibilidade de identificação de deficiências na assistência, pelo impacto na saúde dos pacientes e por ser um instrumento de avaliação da qualidade da assistência (DE SOUZA, 2011).

O centro cirúrgico é uma das unidades mais complexas de um hospital e, por consequência, mais favorável para a ocorrência de EA por diversos motivos, como: características dos cuidados, diversidade de procedimentos realizados e intensa circulação de profissionais. Embora as cirurgias tenham como intenção principal salvar vidas, estatísticas apontam que a falha de segurança nos processos de assistência cirúrgica pode causar danos, EA e riscos não controlados (DE SOUZA, 2011).

Resultados da OMS (2012) sugerem que, globalmente, a cirurgia ainda resulta em altas taxas de doença e morte. Procedimentos cirúrgicos pouco seguros causam complicações em até 25% dos pacientes. Quase sete milhões de pacientes cirúrgicos sofrem complicações significativas anualmente, sendo 50% delas evitáveis (OMS, 2019).

Procurando minimizar as ocorrências de EA, a OMS, por meio da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente lançada em 2004, propôs alguns desafios, sendo o de maior destaque o segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas. Essa proposta visa elevar os padrões de qualidade desejados nos serviços de saúde de qualquer lugar do mundo, incluindo, entre outros pontos, a prevenção de infecção de sítio cirúrgico, anestesia segura, equipes cirúrgicas seguras e indicadores da assistência cirúrgica (OMS, 2004).

Entre os EA mais prováveis de ocorrer em pacientes cirúrgicos, a OMS destaca: infecção de sítio cirúrgico, cirurgias realizadas em sítio errado, complicações anestésicas, corpo estranho deixado no paciente, deiscência da ferida operatória, distúrbios metabólicos e fisiológicos, embolia pulmonar, trombose venosa profunda, hemorragias, hematomas, queimaduras e outros (COSTA, 2016).

Não se tem como intenção buscar culpados nas unidades de saúde, mas é necessário atentar-se aos abismos e estabelecer parâmetros de prevenção da incidência e reincidência de EA, objetivando o cuidado adequado ao paciente. O interesse em estudar o perfil e prevalência de EA surge por meio da oportunidade do desenvolvimento de estudos de análise de riscos, de fornecer dados sobre a assistência de saúde, e de poder contribuir com o aprimoramento dos processos clínicos e de prevenção de erros, visando a segurança do paciente e constante melhoria da qualidade do serviço.

O atendimento na unidade ambulatorial onde realizou-se o estudo foi diretamente atingido pela pandemia mundial causada pelo corona vírus durante o ano de 2020. A COVID-19 (*Coronavirus disease-19*) é uma doença infecciosa altamente contagiosa, em que a maioria das pessoas ou não apresentará sintomas (assintomáticos) ou terá sintomas leves semelhantes aos da gripe, como febre, tosse, coriza e outros. Porém, a doença pode se desenvolver para síndrome respiratória aguda grave, ocasionando internações e podendo evoluir para óbito.

No Brasil, o primeiro caso foi confirmado em fevereiro de 2020 na cidade de São Paulo. Por ter disseminação a nível mundial, ou seja, atingindo mais de cem países, a COVID-19 foi considerada uma pandemia pela OMS em março de 2020 (OPAS, 2020).

Nesse sentido, visando a menor exposição possível de pacientes e profissionais, e, cumprindo determinação da Secretaria de Estado de Saúde/RJ (Resolução SES/RJ N° 2004 de 18/03/2020), os atendimentos ambulatoriais não essenciais foram suspensos.

Foram interrompidas também as cirurgias ambulatoriais, consideradas eletivas, impactando diretamente nesta pesquisa.

De março a julho de 2020, a unidade ambulatorial concentrou esforços no diagnóstico ao corona vírus, por meio da realização de testes RT-PCR e testes rápidos para profissionais de saúde e de suas áreas de apoio, alunos, colaboradores da universidade e pacientes. Desde o início da campanha de testes, foram realizados mais de cinquenta mil diagnósticos na unidade.

O estudo se justifica pelos aspectos:

- 1) A avaliação de critérios relacionados à qualidade de saúde é uma estratégia importante na identificação de fraquezas e, por consequência, torna-se oportunidade para ações de melhorias em torno da segurança do paciente.
- 2) Na contramão das diretrizes de Segurança do Paciente foi identificado que, até o momento do início da pesquisa, não havia sido instituído o Núcleo de Segurança do Paciente na unidade de saúde em questão e não havia nenhum tipo de sistema para notificação das ocorrências da unidade. Portanto, não havia medidas que possibilitassem o conhecimento dos EAs ocorridos nem tampouco monitoramento destes.
- 3) Em contato prévio com os profissionais de saúde que atuam no centro cirúrgico da unidade pode ser identificado que, até o início da pesquisa, o “checklist de cirurgia segura” também não era adotado, resultando em maior probabilidade de ocorrerem eventos adversos nos procedimentos cirúrgicos realizados.

Essas condutas objetivas são essenciais para a garantia da Segurança do Paciente e da Qualidade de Saúde, por isso essa brecha identificada foi escolhida como tema da pesquisa. O estudo se propôs a contribuir evidenciando a necessidade de adoção de medidas para o incremento da qualidade da assistência de saúde e segurança do paciente em cirurgia de ambulatório, visando a minimização e/ou eliminação dos EA.

Acerca dos EA em cirurgia ainda existem muitas lacunas, como relacionar os procedimentos cirúrgicos à maior probabilidade de ocorrência de EA e mensurar o impacto na redução de ocorrências de EA com a adoção dos protocolos de cirurgia, por exemplo.

Este estudo procura responder à seguinte questão: quais são os eventos adversos relacionados aos procedimentos cirúrgicos de baixa e média complexidades realizados em centro cirúrgico ambulatorial?

## **1. OBJETIVOS**

### **1.1. Objetivo geral**

O estudo teve como objetivo principal identificar os eventos adversos relacionados aos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais realizados em uma unidade ambulatorial pública no município do Rio de Janeiro.

### **1.2. Objetivos específicos**

Os objetivos específicos foram:

1. Caracterizar os EA pré/intra e pós procedimentos cirúrgicos de baixa e média complexidade em uma unidade ambulatorial no município do Rio de Janeiro e classifica-los quanto a gravidade;
2. Averiguar a prevalência dos EA;
3. Sugerir ações para melhorias na qualidade em saúde para a unidade.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

A busca das publicações foi feita em março e abril de 2021, nas seguintes bases de dados eletrônicas: Medline via Pubmed e LILACS. Para a busca de artigos foram utilizados os seguintes descritores: “Segurança do paciente”, “Cirurgia ambulatorial”, “Eventos adversos” e “Qualidade da assistência à saúde”, e suas combinações em português, inglês e espanhol, com o termo “and” como operador booleano. Foi estabelecido o período de tempo de 2016 a 2021, com o propósito de buscar evidências mais atuais.

### 2.1. Segurança do paciente

O principal ponto de partida para a discussão acerca da temática de segurança do paciente foi a divulgação do relatório do IOM intitulado: *To Err is Human: Building a Safer Health Care System* (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro), de 1999. Este relatório divulgou os expressivos índices de EAs em ambientes de saúde, influenciando o surgimento de iniciativas visando a segurança do paciente por todo o mundo (KOHN et. al, 2000).

Em 2002, a OMS promoveu a 55<sup>a</sup> Assembleia Mundial de Saúde a fim de evidenciar estratégias e métodos de monitoramento das práticas assistenciais, por meio das ações dos estados-membro (OMS, 2009). Essa iniciativa resultou no lançamento da *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial para Segurança do Paciente) em 2004, com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), cujo objetivo foi promover a integração das questões e práticas de segurança, com o intuito de prevenir danos aos pacientes.

A OMS, por meio do programa Desafio Global para Segurança do Paciente, traçou três grandes desafios globais: assistência limpa é uma assistência mais segura; cirurgias seguras salvam vidas e; medicação sem danos.

Para a OMS, os objetivos estratégicos na área de segurança do paciente são fornecer liderança global para a segurança do paciente e aproveitar o conhecimento,

experiência e inovação para realizar melhorias à segurança do paciente em ambientes de cuidados de saúde (OMS, 2017).

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) passou a incluir a segurança do paciente nas políticas públicas por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, e tem como pioneiros nesse tema os serviços responsáveis por transfusões de sangue, controle e prevenção da infecção relacionada ao cuidado em saúde e serviços de anestesia (BRASIL, 2013).

No ano de 2013, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria Ministerial nº 529 lançando o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). O programa tem o objetivo principal de instituir diretrizes e ações específicas para a segurança do paciente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir da portaria, foram instituídas diversas recomendações, entre elas a criação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) que têm como diretriz a disseminação da cultura de segurança (BRASIL, 2013).

A segurança do paciente pode ser considerada como um atributo da qualidade nos serviços de saúde. Não existe qualidade sem segurança. Com a evolução tecnológica e científica, a classificação triangulada de qualidade por Donabedian – estrutura, processo e resultado – foi transformada, e puderam ser acrescentadas as dimensões “satisfação do paciente” e “centralização de cuidados no paciente e na segurança” (FASSARELLA, 2016).

Estudo mostra que desde a instituição do PNSP o número de estabelecimentos de saúde com Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) constituídos aumentou 416% em todo o país. Embora ainda tenham muitas ações a serem realizadas para o estímulo às atividades acerca de segurança do paciente na rotina dos estabelecimentos de saúde, o que se vê ao longo dos anos é uma contínua expansão dos números de NSP, o que aponta para uma melhoria do fluxo de informações e, conseqüentemente acarreta em melhoria na tomada de decisões e na qualidade das instituições de saúde (ANDRADE et. al, 2020).

As notificações de incidentes cresceram mais de 900% de 2014 a 2018, segundo a pesquisa. O aumento no número de notificações não significa, necessariamente, uma piora na qualidade dos serviços prestados, mas pode significar a adesão aos sistemas de notificação de incidentes (ANDRADE et. al, 2020).

## 2.2. Qualidade nos serviços de saúde de baixa e média complexidades

As instituições de saúde são sistemas que sofrem a ação do meio onde estão inseridos, sofrendo influência da evolução e das mudanças ocorridas nos campos sociais, tornando-se um espaço multidisciplinar de interação com a sociedade. Dessa forma, caracterizam-se por conterem um sistema mais humano do que mecânico, porém muito burocrático, com regras e regulamentos que balizam os comportamentos de seus agentes (BONATO, 2011).

Na área da saúde, a definição de qualidade pode ter maior ou menor amplitude de acordo com a variação da definição de saúde e da responsabilidade da equipe clínica no atendimento. Sendo assim, todos os envolvidos nos atos de saúde estão constantemente preocupados quanto às propriedades, benefícios e malefícios dos serviços prestados, avaliando e aperfeiçoando, para melhoria da satisfação dos que utilizam os serviços (CARVALHO *et al.*, 2004).

A construção dos conceitos de qualidade envolve múltiplas variáveis, assinalando setores e tendências predominantes naquele contexto de trabalho, podendo obter variadas interpretações dependendo da ótica a ser analisada. Os gestores focam as atenções na utilização de recursos, sabendo que quando o processo é bem executado acaba minimizando os custos para a instituição, entre outros benefícios. Já os profissionais da saúde se preocupam em prestar a assistência com qualidade, responsabilidade, compromisso e ética. O paciente, cada vez mais participativo e informado, exige bons serviços nas diversas unidades de saúde. Sendo assim, cada ator tem uma perspectiva do significado de qualidade em saúde, gerando resultados diferentes do mesmo fato (BRASIL, 2013).

A gestão da qualidade pode ser definida como a adoção de programas desenvolvidos internamente ou segundo padrões externos, capazes de comprovar um padrão de excelência assistencial, a partir da melhoria contínua da estrutura, dos processos e resultados. Alcançar padrões de qualidade significa uma busca contínua de pequenas oportunidades para reduzir as complexidades e os desperdícios, principalmente de trabalho, que permitirão atingir níveis mais elevados de eficiência, satisfação do paciente, segurança, efetividade clínica e lucratividade (GRAHAM, 1995).

Esses conceitos de qualidade em saúde surgiram da adaptação da abordagem industrial de Melhoria Contínua da Qualidade, na década de 1980. Os serviços de

assistência à saúde são diferentes da indústria tradicional em seus aspectos fundamentais, e isso deve ser levado em consideração. Contudo, quando analisados, os princípios básicos do modelo industrial da qualidade total são totalmente aplicáveis na área da saúde (CARVALHO et. al., 2004).

A OMS sugere que um sistema de saúde deve se basear em seis dimensões da qualidade em saúde, descritas abaixo.

Quadro 1 – Dimensões da qualidade em saúde.

<b>Efetiva</b>	Prestação de cuidados de saúde que resulte em melhores resultados para os indivíduos e suas comunidades, de acordo com as necessidades.
<b>Eficiente</b>	Prestação de cuidados de saúde visando a melhor utilização de recursos e evitando o desperdício.
<b>Acessível</b>	Prestação de cuidados de saúde de forma oportuna, sendo geograficamente acessível, e fornecendo um cenário onde as competências e os recursos são compatíveis com as necessidades.
<b>Centrado no paciente</b>	Prestação de cuidados de saúde que leve em conta a cultura da comunidade onde o indivíduo reside, suas preferências e as aspirações individuais.
<b>Equitativa</b>	Prestação de cuidados que não varie em qualidade frente às características pessoais, ou seja, adapte-se as diferenças tornando-as igualitárias sem que estas deixem de ser justas.
<b>Segura</b>	Prestação de cuidados que minimize riscos e danos aos indivíduos.

Fonte: OMS, 2006.

Nesse sentido, as dimensões de qualidade em saúde trazem parâmetros mínimos, não taxativos ou esgotáveis, sobre como os sistemas devem ser pautados. Porém, as instituições de saúde podem ter dificuldades para tratar do tema qualidade, uma vez que a implementação de um processo ou procedimento pode não ser suficiente para alcançar os objetivos de padronização dos produtos e serviços oferecidos.

Neste contexto, encontra-se o processo de acreditação hospitalar, uma ação voluntária e independente, com intenção de avaliar e autenticar os hospitais e instituições de saúde. A acreditação avalia a qualidade nos serviços ofertados sob a ótica do avaliador e suas metodologias.

O processo de acreditação de organizações de saúde se originou nos Estados Unidos, a partir de iniciativas da corporação médica em 1910. Desde então, foram realizadas várias avaliações dos serviços hospitalares, ficando evidente a necessidade de um programa de padronização hospitalar.

Em 1950, foi fundada a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (atualmente *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* – JCAHO – conhecida como *Joint Commission International*) que assumiu a responsabilidade pelo programa de acreditação nos Estados Unidos.

Um programa de acreditação hospitalar tem como responsabilidade medir o desempenho e promover melhorias de qualidade utilizando estímulos externos e principalmente os internos, além de ter também importante responsabilidade perante os usuários. Acreditação é um método de avaliação externa da qualidade dos serviços de saúde (BONATO, 2011).

Em 1989, iniciaram-se os trabalhos sobre qualidade da assistência de saúde na América Latina, por meio da OMS. A acreditação passou a ser vista como elemento estratégico para desencadear e apoiar iniciativas de qualidade nos serviços de saúde. A partir de 1990 apareceram no Brasil atividades relacionadas à acreditação hospitalar, as quais tinham como intenção estimular os hospitais a desenvolverem programas de qualidade e não necessariamente realizarem a acreditação.

Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde (PACQS), com isso as atividades de melhoria da qualidade na saúde passaram a ser consideradas estratégicas. A partir daí diversas iniciativas acerca do tema foram iniciadas, até que, em agosto de 1999, a Organização Nacional de Acreditação (ONA), órgão credenciador das instituições acreditadoras, foi constituído juridicamente. A ONA é responsável pela padronização e pelo monitoramento dos processos de acreditação realizados pelas instituições acreditadoras, assegurando a qualidade na assistência à saúde em todas as organizações prestadoras de serviços do país.

O nível de atenção à saúde de baixa complexidade, de acordo com o Ministério da Saúde é entendido como o primeiro nível de atenção à saúde, ou seja, o primeiro contato do indivíduo com o sistema, em geral utiliza-se de tecnologia de baixa densidade e realiza atendimentos menos complexos. Este nível de atenção inclui um rol de importantes procedimentos menos complexos, capazes de atender à maior parte dos problemas comuns de saúde da comunidade (SOUSA, 2017).

Já a média complexidade ambulatorial e hospitalar no SUS é constituída de ações e serviços que tem por objetivo atender aos principais problemas e agravos na saúde da população, com atendimentos que exigem a presença de profissionais especializados e disposição de tecnologia de maior complexidade para a realização de diagnósticos e tratamentos (CONASS, 2011).

No que se refere a média complexidade, de acordo com o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS), os grupos que compõem os serviços de média complexidade no SUS são os seguintes: i) procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros profissionais de nível superior e nível médio; ii) cirurgias ambulatoriais especializadas; iii) procedimentos traumatológico-ortopédico; iv) ações especializadas em odontologia; v) patologia clínica; vi) anatomopatologia e citopatologia; vii) radiodiagnóstico; viii) exames ultrassonográficos; ix) diagnose; x) fisioterapia; xi) terapias especializadas; xii) próteses e órteses; xiii) anestesia (BRASIL, 2011).

Essas definições demonstram as dificuldades que essas áreas de atenção representam para os gestores do SUS: sua visão foi desde sempre fragmentada. A maioria dos procedimentos classificados pelo Ministério da Saúde na média complexidade subsidia o diagnóstico das doenças, o que justifica seu caráter estratégico tanto para aumentar a resolutividade da atenção básica, quanto para viabilizar a universalidade e integralidade do SUS. Porém, da forma como se apresenta hoje, questiona-se a qualidade nos serviços de saúde do SUS, uma vez que o sistema público de saúde no Brasil é precário e enfrenta profundas desigualdades sociais, péssimas condições de vida e de saúde da população, má alocação dos recursos, a ineficiência, os custos crescentes e a desigualdade nas condições de acesso dos usuários (FADEL E REGIS FILHO, 2009).

Dessa forma, o acesso aos serviços da média complexidade se apresenta com um desafio para todos os gestores do SUS que, no entanto, assume diferentes dimensões, na dependência das características de cada estado, região ou município. A relação entre a atenção básica e a média complexidade é um dos fatores condicionantes dessa resolutividade. Por um lado, a atenção básica depende do acesso a procedimentos disponíveis na média complexidade para aumentar sua resolutividade. Por outro, a baixa resolutividade da atenção básica aumenta a demanda para a média complexidade (SPEDO et. al, 2010).

Os serviços de especialidade e a atenção hospitalar de média complexidade tornaram-se, frequentemente, a verdadeira porta de entrada do sistema, atendendo diretamente grande parte da demanda que deveria ser atendida na rede básica, perdendo-se tanto a qualidade no atendimento primário quanto no acesso da população aos tratamentos especializados (quando verdadeiramente necessários), representando, além disso, ampliação ineficiente dos gastos do SUS (SPEDO et. al, 2010).

### **2.3. Eventos adversos cirúrgicos em unidade ambulatorial**

O centro cirúrgico, por sua alta complexidade, exige um olhar diferenciado no cuidado do paciente, considerando a atuação de diferentes profissionais e integração de diferentes unidades. Essa especificidade aumenta a necessidade de atenção nos processos que cercam o paciente. Com base nessas evidências, percebe-se que a atividade no centro cirúrgico envolve tarefas complexas, variáveis e incertas, desenvolvidas em condições de pressão e estresse. Logo, essas atividades requerem atenção redobrada dos profissionais nos processos que envolvem o paciente (DA SILVA *et al.*, 2015).

Os EA cirúrgicos, normalmente, estão relacionados com acidentes intraoperatórios cirúrgicos ou anestésicos, com complicações pós-operatórias imediatas ou tardias e com o fracasso da intervenção cirúrgica (MOURA, 2010).

Para Moura (2010), os estudos dos EA cirúrgicos podem ser atribuídos às deficiências na atenção à saúde. Além disso, destacam-se: a frequência de ocorrências, o impacto sobre a saúde dos pacientes e a repercussão econômica no gasto social e sanitário. Visto isso, torna-se de imensa importância os estudos acerca desse tema.

Devido à gravidade e à dimensão dos impactos causados pelos EA, a OMS orienta os padrões que devem ser aplicados nas instituições de saúde para melhorar a segurança do cuidado cirúrgico. Com a adoção do “checklist de cirurgia segura”, proposto pela OMS no segundo desafio global para a segurança do paciente, espera-se que haja diminuição das ocorrências de EA.

A lista de verificação “checklist de cirurgia segura” deve ser adotada em três momentos: antes da anestesia, antes da incisão e antes da saída do paciente da sala de cirurgia. O sucesso do tratamento cirúrgico está vinculado à assistência prestada de

forma integral e individualizada, específica em todos os momentos do período perioperatório, proporcionando ao paciente uma recuperação mais eficaz e rápida (BOHOMOL; TARTALI, 2013).

Existem poucos dados publicados sobre EA cirúrgicos em nível ambulatorial, talvez devido à especificidade desse tipo de atendimento, na grande maioria pontual, cujo contato com o paciente ocorre no momento da entrevista pré-anestésica e essencialmente no dia da cirurgia. Esse fato concorre para aumentar as dificuldades no monitoramento desses pacientes após procedimentos cirúrgicos.

#### **2.4. Telemonitoramento em cirurgia ambulatorial**

O monitoramento de paciente, que é uma modalidade de atendimento domiciliar, vem sendo amplamente utilizado por ser uma prática de baixo custo, fácil implantação, acesso e aceitabilidade por parte de seus usuários. O monitoramento faz com que o paciente se sinta valorizado, o que é ótimo para a autoestima e muda a postura que geralmente os pacientes adotam em relação às suas patologias (GALVÃO et. al., 2011).

O telemonitoramento geralmente consiste em acompanhamento telefônico (direto ao paciente ou cuidador), podendo ser executado de forma multiprofissional e tem como uma das propostas de evitar várias idas até os serviços de saúde, além de possibilitar o acompanhamento do quadro de saúde do paciente de forma contínua visando anteceder ações frente a possibilidade de agravos à saúde do indivíduo monitorado (FERREIRA et. al, 2021).

A utilização do telefone nos serviços de saúde possui benefícios, entre eles: a velocidade de acesso do paciente ao profissional de saúde (e vice-versa), a diminuição do tempo de espera para a consulta, a redução de tempo e custo na locomoção dos pacientes. Além de incentivar a adesão ao tratamento, também possibilita aumento na frequência dos contatos e de facilitar o retorno do paciente à unidade de saúde. Esse acompanhamento pode diminuir a ansiedade dos pacientes, aumentar o vínculo com os profissionais e a satisfação de quem recebe os cuidados. (DELPHINO et. al., 2015).

Durante o acompanhamento por telefone, é possível identificar antecipadamente a necessidade de alteração dos cuidados realizados em domicílio e realizar orientações ao paciente e ao seu acompanhante. Além disso, também podem ser feitos informes

sobre a próxima consulta e colocar-se à disposição por contato telefônico, para caso ocorra alguma urgência. Essas orientações, auxiliam na prevenção e detecção de complicações (DELPHINO et. al., 2015).

Por muito tempo, a incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) na área da saúde foi vista como algo negativo, pois falta o contato físico e o contato visual, porém vale ressaltar que o profissional de saúde precisa estar em constante processo de aprimoramento de suas técnicas e habilidades e a comunicação é sem dúvida a mais desafiadora de todas elas. O atendimento de forma presencial não deve ser excluído, o exame físico e anamnese são de extrema importância para o diagnóstico e escolha correta do tratamento (FERREIRA et. al, 2021).

São algumas limitações dessa estratégia tecnológica: a necessidade de preparo e treinamentos tanto aos profissionais envolvidos no telemonitoramento quanto aos pacientes e a necessidade e evolução no uso dos aplicativos e armazenamento seguro das informações.

Diante do cenário pandêmico, foi instituída a legislação acerca das teleconsultas através da Lei 13.989 de 15 de abril de 2020 e foi regulamentada de forma definitiva pelo Conselho Federal de Medicina em 2022 além de outros Conselhos de profissionais de saúde. Porém, o Programa Nacional de Telessaúde já existe desde 2007.

A telessaúde pode diminuir as lacunas dos atendimentos em pequenas e distantes localidades onde faltam profissionais e especialistas, reduzindo as filas para atendimentos de saúde.

Estudo realizado no Rio de Janeiro identificou as vantagens e as dificuldades da teleconsulta de enfermagem pré-operatório ambulatorial, onde concluiu-se ter obtido assertividade nas teleconsultas de enfermagem, mostrando ser uma tecnologia de valor para assistência cirúrgica segura (LIMA et. al, 2021).

### 3. MÉTODOS

#### 3.1. Tipo de estudo

Diante de um estudo observacional do tipo transversal, utilizou-se como suporte a ferramenta *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE®), com abordagem quantitativa (VON ELM *et al.*, 2021).

O STROBE é um checklist com 22 itens desenvolvido como método de referência para os estudos epidemiológicos transversais, afim de diminuir a ausência de informações importantes nos estudos realizados. Os itens que fazem parte do STROBE são relacionados às informações que devem constar no título, resumo, introdução, metodologia, resultados e discussão de artigos científicos (VON ELM *et al.*, 2021).

A iniciativa STROBE tem intenção de oferecer uma orientação de como relatar os estudos observacionais de forma mais adequada, mas sem traçar um roteiro fixo, de forma que não seja percebido nos estudos. Além disso, o checklist não deve ser utilizado como instrumento para avaliação de qualidade desses estudos (MALTA *et al.*, 2010).

#### 3.2. Local de pesquisa

A Unidade de Cirurgia Ambulatorial (UCA), cenário do estudo, pertence a uma unidade de atenção especializada com diversas especialidades clínicas, localizada no município do Rio de Janeiro. É uma unidade de ensino, pesquisa e assistência de média e alta complexidade ligada a uma universidade pública, que atende exclusivamente a pacientes do SUS. Como unidade de ensino e pesquisa, configura-se como campo de prática dos alunos dos diversos cursos de saúde oferecidos na universidade.

Na rede de atenção à saúde (RAS), a atenção secundária apoia e complementa os serviços da atenção primária por meio das diferentes densidades tecnológicas, realizando ações especializadas em níveis ambulatoriais e hospitalares (BRASIL, 2017).

A atenção secundária compreende consultas ambulatoriais de especialidades médicas e odontológicas e de apoio diagnóstico e terapêutico, atendimento de urgência e emergência, atendimento em saúde mental, exames laboratoriais e de imagem, e cirurgias (ERDMANN, 2013).

Inserida no nível secundário da RAS, essa unidade de saúde se configura como uma importante unidade que tem buscado atender às políticas do SUS de forma a oferecer um atendimento integral e de qualidade a todos os seus usuários.

A unidade oferece atendimento ambulatorial em vinte e três especialidades médicas; possui centro cirúrgico ambulatorial com seis salas cirúrgicas, voltado para cirurgias de baixa e média complexidade; nove tipos de serviços diagnósticos e terapêuticos; núcleo de radiologia odontológica; quatro laboratórios; serviços de Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Odontologia, Assistência Social e Saúde Mental; além de programas e projetos com foco para a medicina preventiva, tendo atendimento médio de trinta mil pacientes por mês. É o maior posto de assistência médica da América Latina. A UCA realizou no ano de 2019 mais de duas mil cirurgias, divididas em oito especialidades, com uma média de cento e setenta cirurgias por mês.

No retorno gradual das cirurgias, no mês de agosto de 2020, apenas cinco especialidades regressaram, sendo elas: cirurgia geral, cirurgia vascular, clínica do homem, cirurgia plástica e cirurgia periorbital, realizando vinte e dois tipos de procedimentos cirúrgicos diferentes.

### **3.3. População**

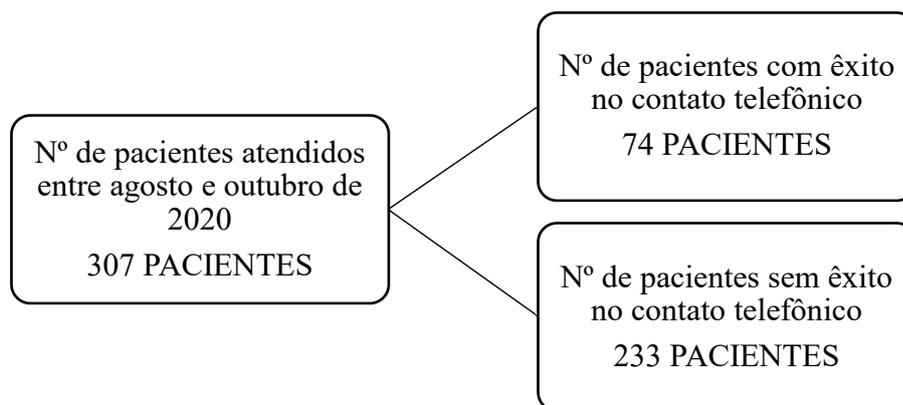
As atividades assistenciais retornaram na policlínica de forma gradativa a partir de agosto de 2020. Devido ao intervalo de tempo reduzido e às adaptações feitas no processo de trabalho para o atendimento cirúrgico, em decorrência da pandemia, buscou-se entrar em contato telefônico com todos os pacientes que se submeteram à cirurgia ambulatorial no período de agosto a outubro de 2020, trezentos e sete no total. Todos foram elegíveis para o estudo.

O critério de inclusão adotado foi obter êxito no contato telefônico. Conseguiu-se contato com setenta e quatro pacientes. Todos os participantes autorizaram a aplicação da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (TCLE) ao aceitar o convite de participação na pesquisa, realizado no dia do procedimento cirúrgico.

A falta de êxito no contato telefônico pode ter acontecido devido à falta de dados corretos no prontuário do paciente. Outro fator que pode ter influenciado foi o horário das tentativas telefônicas, apesar de terem sido feitas várias tentativas em diferentes dias e horários.

Gráfico 1 - Critérios de inclusão e exclusão



### 3.4. Técnicas de coleta de dados e instrumentos

#### 3.4.1. Elaboração do formulário de coleta de dados

Foi elaborado um instrumento de coleta de dados com vinte e oito perguntas fechadas, separadas em três blocos: informações da cirurgia, dados sociodemográficos e dados clínicos (Apêndice B). As perguntas realizadas foram elaboradas mediante revisão de literatura, consulta aos cirurgiões da unidade e baseadas na definição de EA da OMS. O formulário estruturado foi pré-validado antes de ser aplicado.

Muitos EA são mal documentados ou não são relatados. A inclusão da perspectiva do paciente pode levar a uma maior compreensão das ocorrências, uma vez

que eles vivenciam todo o atendimento e podem dar informações que os prontuários não revelam (GIARDINA et al., 2020).

#### 3.4.2. Segunda etapa: monitoramento telefônico

Ao entrar em contato com o paciente, foram feitas as perguntas estabelecidas no formulário de coleta de dados (Apêndice B), a fim de traçar o perfil sociodemográfico, identificar sinais e sintomas sugestivos de EA relacionados com a cirurgia realizada.

Cada paciente foi contatado por telefone entre quinze e sessenta dias após a data do procedimento cirúrgico, procurando identificar por meio das perguntas do formulário se houve ocorrência de erros ou falhas antes do procedimento cirúrgico e se o mesmo apresentou eventos adversos durante ou depois da cirurgia. Esse prazo para o contato telefônico foi estabelecido visando que o paciente se lembrasse de todas as informações e sintomas acerca do procedimento cirúrgico realizado.

O sistema de monitoramento por meio de entrevistas telefônicas é uma estratégia que vem sendo utilizada com bons resultados e reúne características potenciais de simplicidade, baixo custo e rapidez. No Brasil, tem sido aplicado em populações nas quais os serviços de telefonia alcançam a maioria das residências, situação que pode ser projetada para a maioria das cidades brasileiras em um prazo relativamente curto (MONTEIRO *et al.*, 2005).

Em tempos de distanciamento social, a entrevista telefônica foi uma importante ferramenta para o desenvolvimento da pesquisa.

#### 3.4.3. Terceira etapa: revisão de prontuários

Foi realizada uma revisão nos prontuários eletrônicos dos pacientes participantes, após a alta e retorno à consulta pós-operatória, com objetivo de checar informações intra e pós-operatórias, além de identificar outros EA que porventura não tenham sido relatados no contato telefônico. As informações coletadas na revisão foram

inseridas em campo específico do instrumento elaborado – Informações do prontuário (Apêndice B).

O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) é um conjunto de informações sobre o histórico ao longo da vida e estado de saúde de um paciente, armazenado eletronicamente. Pode incluir além das informações resultantes da atenção ao paciente, diversas outras funções não disponíveis no prontuário em papel como alertas, exames complementares, ligações com bases de conhecimentos para apoio à decisão, incorporação de protocolos clínicos, integração com informações de outras especialidades, os laboratórios e farmácia, permitindo a conexão de dados de pacientes. (ROSA et al, 2015)

O objetivo do prontuário do paciente é assegurar serviços de saúde integrados de modo contínuo, eficiente e com qualidade, juntamente com informação retrospectiva, corrente e prospectiva. (ROSA et al, 2015).

### **3.5. Organização e análise de dados**

Os dados oriundos das respostas dos formulários e da revisão dos prontuários foram organizados em planilha eletrônica do Microsoft Excel, e foi utilizado o software Stata versão 13.0 para análise estatística. Os dados receberam tratamento quantitativo com base na estatística simples descritiva.

### **3.6. Aspectos éticos**

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto de Medicina Social (CAAE 29229320.4.0000.5260) e do Comitê de Ética do Hospital Universitário (CAAE 29229320.4.3001.5259), além de anuência da Direção Geral da policlínica em questão, com garantia de sigilo dos dados coletados.

A anuência dos participantes da pesquisa foi autorizada mediante sua livre e espontânea escolha, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

(Apêndice A) em termo próprio, lido, entendido e assinado pelos participantes. O termo foi assinado em duas vias, ficando uma com a pesquisadora e outra com o participante.

Na garantia de manter o sigilo nominal das instituições não será divulgada a identificação da unidade de saúde.

#### 4. RESULTADOS

Foram realizadas no período da pesquisa 307 procedimentos cirúrgicos, entre eles os mais predominantes foram: 151 de vasectomia (49,1%), 76 de confecção de fístula arteriovenosa para hemodiálise (24,7%) e 24 procedimentos de biópsia de próstata (7,8%).

Tabela 1 - Procedimentos cirúrgicos realizados entre agosto e outubro de 2020, Rio de Janeiro, 2020.

<b>Especialidade</b>	<b>Procedimento cirúrgico</b>	<b>AGO</b>	<b>SET</b>	<b>OUT</b>	<b>TOTAL</b>
Clínica do homem	Vasectomia	41	60	50	151
C. Vascular	Confecção de fístula arteriovenosa para hemodiálise	22	24	30	76
Clínica do homem	Biopsia percutânea orientada por ultrassonografia	0	14	10	24
Plástica	Plástica mamaria feminina não estética	7	3	5	15
Periorbital	Reconstrução de pálpebra	0	5	4	9
C. Geral	Hernioplastia inguinal	3	1	1	5
Periorbital	Blefaroplastia	1	2	1	4
Plástica	Plástica mamaria masculina (ginecomastia)	1	2	0	3
Plástica	Rinoplastia	1	1	1	3
Plástica	Blefaroplastia	0	0	2	2
Plástica	Enxerto composto	1	1	0	2
C. Geral	Exérese de tumor de pele e anexos / cisto sebáceo / lipoma	1	0	1	2
Clínica do homem	Postectomia	0	0	2	2
Periorbital	Correção cirúrgica de ptose palpebral	1	0	0	1
Periorbital	Reconstrução nasal	0	0	1	1
Plástica	Braquioplastia	0	1	0	1
Plástica	Excisão e sutura de lesão na pele c/ plástica em z ou rotação de retalho	1	0	0	1
Plástica	Reconstrução de lóbulo da orelha	1	0	0	1
Plástica	Otoplastia	0	1	0	1
Plástica	Ninfoplastia	1	0	0	1
Saúde do homem	Exérese de cisto escrotal	0	0	1	1
Saúde do homem	Vasectomia + postectomia	0	1	0	1
Total		82	116	109	307

Fonte: O autor, 2020.

#### 4.1. Perfil sociodemográfico

Setenta e quatro pacientes participaram da coleta de dados, entre eles, a maioria é do sexo masculino (63,5%; n = 47), de faixa etária entre trinta e um e cinquenta anos (50,0%; n = 37), e declarou-se de raça/cor parda (45,9%; n = 34). A maioria dos pacientes informou ter ensino médio completo (33,8%; n = 25), trabalhar como autônomo (31,0%; n = 23) e não possuir plano de saúde privado (86,5%; n = 64).

Boa parte dos pacientes contatados apresenta comorbidades (44,5%; n = 33). Destes, 17 pacientes apresentam duas ou mais comorbidades. Entre as comorbidades, a de maior prevalência foi doença cardíaca (31,5%; n = 24) seguida de doença renal (26,3%; n = 20). Esse perfil de pacientes é diretamente ligado ao perfil de atendimento da unidade de atenção especializada. O detalhamento dos dados pode ser verificado na tabela 2.

Tabela 2 - Perfil demográfico e clínico dos pacientes da pesquisa. Rio de Janeiro, 2020

<b>Perfil demográfico e clínico dos pacientes</b>		
<b>Sexo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Masculino	47	63,5%
Feminino	27	36,5%
<b>Total</b>	74	100
<b>Faixa etária</b>		
14-30	11	14,9%
31-50	37	50,0%
51-60	12	16,2%
> 61	14	18,9%
<b>Total</b>	74	100
<b>Comorbidades / Fatores de risco *</b>		
Nenhuma	41	42,3%
Doença renal	20	20,6%
Doença cardíaca	24	24,7%
Diabetes	9	9,3%
Asma/DPOC	2	2,1%
Bronquite	1	1,0%
<b>Total</b>	97	100

\* Alguns pacientes informaram mais de um fator de risco

Fonte: O autor, 2020.

Os procedimentos de maiores ocorrências foram vasectomia (40,5%; n = 30), seguida de confecção de fistula arteriovenosa para hemodiálise (28,4%; n = 21). Esse panorama justifica a maioria de pacientes do sexo masculino e o número de pacientes com doença renal (tabela 3).

Tabela 3 - Procedimentos cirúrgicos realizados. Rio de Janeiro, 2020

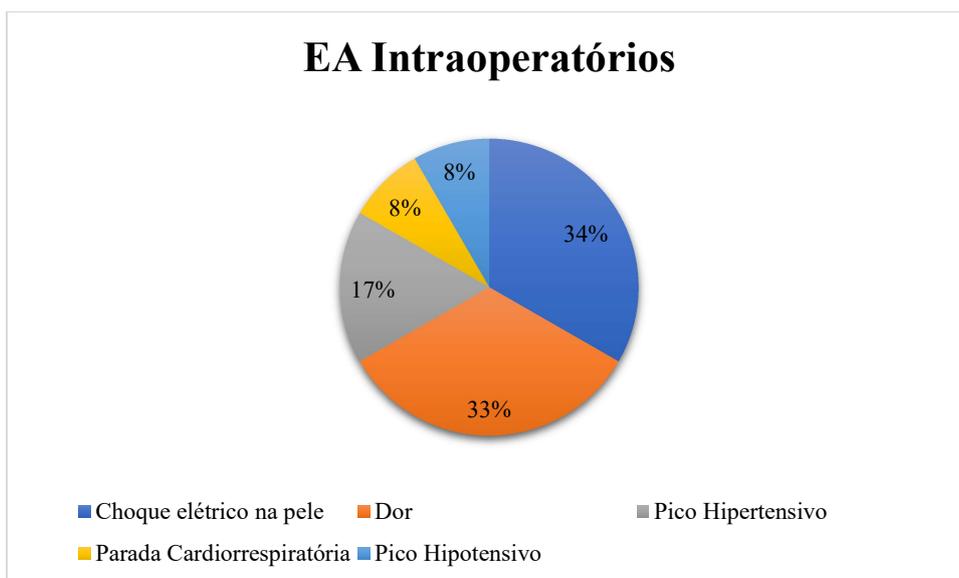
<b>Procedimentos cirúrgicos realizados</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Vasectomia	30	40,5%
Confecção de fistula arteriovenosa para hemodiálise	21	28,4%
Plástica mamária feminina não estética	8	10,8%
Reconstrução de pálpebra	3	4,1%
Blefaroplastia	2	2,7%
Enxerto composto	2	2,7%
Plástica mamária masculina (ginecomastia)	2	2,7%
Biópsia de próstata	1	1,4%
Correção cirúrgica de ptose palpebral	1	1,4%
Exérese de lipoma	1	1,4%
Hernioplastia inguinal esquerda	1	1,4%
Reconstrução de lóbulo da orelha	1	1,4%
Rinoplastia	1	1,4%
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>100</b>

Fonte: O autor, 2020.

#### 4.2. Perfil dos eventos adversos identificados

Não houve ocorrências de eventos pré-operatórios como choque elétrico na pele, queda, lesão ou corte não intencional. Em grande parte das cirurgias também não foram identificados EA intraoperatórios (83,7%; n = 63), porém foram relatadas 12 ocorrências de EA intraoperatórios (16,3%). Entre elas, os EA com maior predomínio foram choque na pele (33,3%; n = 4) e dor (33,3%; n = 4), demonstrados no gráfico 2.

Gráfico 2 - Eventos adversos intraoperatórios identificados e seus percentuais



Fonte: O autor, 2020.

Na tabela 4 estão descritos o número de EA intraoperatórios encontrados por paciente e a quantidade de pacientes relacionados, além da classificação de gravidade dos EA.

Tabela 4 - Distribuição do número de eventos adversos intraoperatórios por paciente e gravidade. Rio de Janeiro, 2020

	Nº de pacientes	%
<b>Nº de eventos adversos por paciente</b>		
01	10	83,4%
02	1	16,6%
<b>Total</b>	12	100%
<b>Gravidade</b>		
Leve	8	66,7%
Moderado	3	25%
Grave	1	8,3%
Óbito	0	0
<b>Total</b>	12	100%

Fonte: O autor, 2020.

Com intenção de relacionar os EA identificados e os procedimentos cirúrgicos que os originaram, a tabela 5 indica a quantidade de ocorrências de cada EA e seus

procedimentos. Confeção de fístula arteriovenosa para hemodiálise e vasectomia tiveram o mesmo número de ocorrências de EA.

Tabela 5 - Eventos adversos intraoperatórios relacionados com o procedimento realizado. Rio de Janeiro, 2020.

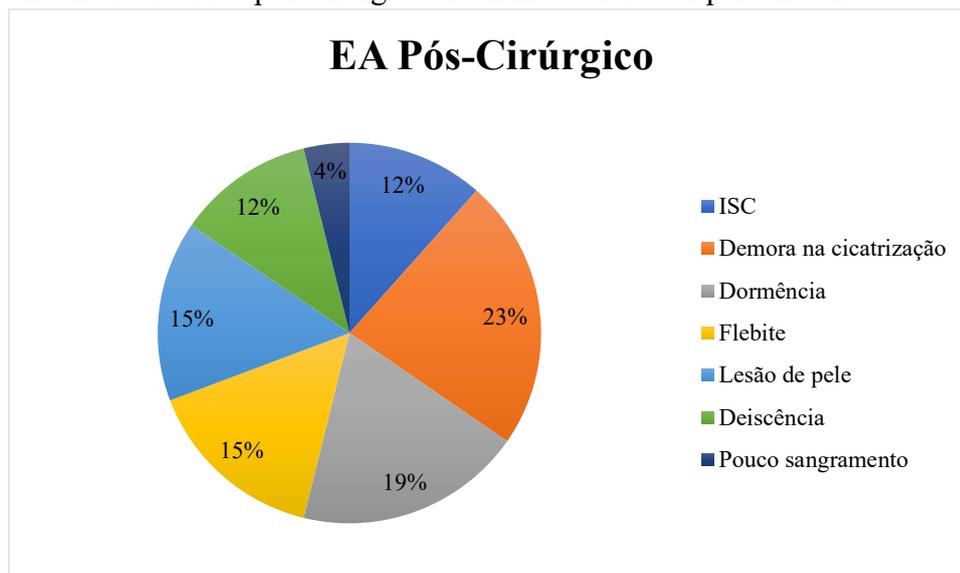
<b>EAs intraoperatórios</b>	<b>Choque elétrico na pele</b>	<b>Dor</b>	<b>Pico hipertensivo</b>	<b>Parada cardiorrespiratória</b>	<b>Pico hipotensivo</b>	<b>Total</b>
<b>Procedimento cirúrgico</b>						
Confeção de fístula arteriovenosa para hemodiálise	3	2	-	-	-	5
Vasectomia	1	2	1	-	1	5
Reconstrução de lóbulo da orelha	-	-	-	1	-	1
Reconstrução de pálpebra	-	-	1	-	-	1
<b>Total</b>	4	4	2	1	1	

Fonte: O autor, 2020.

Quanto aos EA pós-cirúrgicos, foram identificadas ocorrências em 22,9% dos pacientes da pesquisa (n = 17). Onze pacientes relataram acontecimento de apenas um EA relacionado à cirurgia realizada. Houve seis pacientes que relataram de duas a quatro ocorrências de EA pós-cirúrgicos relatados.

Os EA pós-cirúrgicos de maior prevalência foram demora na cicatrização (23,1%) e dormência (19,2%). Também foram registrados em quantitativo relevante a lesão de pele (15,4%) e flebite (15,4%), demonstrados no gráfico 3.

Gráfico 3 - Eventos adversos pós-cirúrgicos identificados e seus percentuais



Fonte: O autor, 2020.

Na tabela 6 estão descritos o número de EA pós-operatórios encontrados por paciente e a quantidade de pacientes relacionados, além da classificação de gravidade dos EAs.

Tabela 6 - Distribuição do número de eventos adversos pós-cirúrgicos por paciente e gravidade. Rio de Janeiro, 2020

	Nº de pacientes	Nº total de EA	%
<b>Nº de eventos adversos por paciente</b>			
01	11	11	42,3%
02	4	8	30,8%
03	1	3	11,5%
04	1	4	15,4%
<b>Total</b>	17	26	100%
<b>Gravidade</b>			
Leve	-	8	30,7%
Moderado	-	18	69,3%
Grave	-	0	0
Óbito	-	0	0
<b>Total</b>	-	26	100%

Fonte: O autor, 2020.

A tabela 7 relaciona as ocorrências de EA pós-cirúrgicos e os procedimentos cirúrgicos em que eles foram identificados. É possível notar que o procedimento no qual houve mais ocorrências de EA foi a confecção de fístula arteriovenosa para hemodiálise.

Tabela 7 - Eventos adversos pós-cirúrgicos relacionados com o procedimento realizado. Rio de Janeiro, 2020

<b>EAs pós-cirúrgicos</b>	<b>Cicatrização demorada</b>	<b>Dormência</b>	<b>Flebite</b>	<b>Lesão na pele</b>	<b>ISC*</b>	<b>Deiscência</b>	<b>Sangramento</b>	<b>Total</b>
<b>Procedimentos cirúrgicos</b>								
Confecção de fístula arteriovenosa para hemodiálise	1	5	2	1	1	-	-	7
Plástica mamária feminina não estética	1	-	-	1	1	2	-	5
Vasectomia	2	-	-	1		-	-	3
Reconstrução de pálpebra	1	-	1		1	-	-	3
Hernioplastia inguinal esquerda	-	-	1	1	-	-	-	2
Enxerto composto	1	-	-	-	-	1	-	2
Biopsia de próstata	-	-	-	-	-	-	1	1
<b>Total</b>	6	5	4	4	3	3	1	

\*ISC: Infecção de Sítio Cirúrgico

Fonte: O autor, 2020.

#### 4.3. Prevalência dos eventos adversos

Na tabela 8 são demonstrados em quais tipos de procedimentos ocorreram EA pós-cirúrgicos, além de relacionar o percentual de ocorrências de EA de acordo com o número de EA identificados e o número de pacientes que relataram os EA.

O percentual de prevalência de EA por paciente foi obtido por meio da relação entre o número de cirurgias realizadas e o número de pacientes que tiveram EA. Em treze casos os pacientes relataram mais de um EA decorrido do procedimento cirúrgico, por isso o número de EA identificados é maior que o número de pacientes que tiveram EAs (tabela 8).

Tabela 8 - Prevalência de eventos adversos por procedimento cirúrgico. Rio de Janeiro, 2020

Procedimento cirúrgico	Nº de cirurgias realizadas da especialidade	Nº de pacientes que tiveram EAs	% de prevalência de EAs por paciente	Nº de EAs identificados
Biopsia percutânea orientada por ultrassonografia	1	1	100%	1
Confecção de fistula arteriovenosa para hemodiálise	21	8	38%	10
Enxerto composto	2	1	50%	2
Hernioplastia inguinal esquerda	1	1	100%	2
Plástica mamária feminina não estética	8	2	25%	5
Reconstrução de pálpebra	3	1	33,3%	3
Vasectomia	30	3	10%	3
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>17</b>		<b>26</b>

Fonte: O autor, 2020.

#### 4.4. Revisão de prontuários

A etapa de revisão de prontuários tinha por objetivo identificar eventuais EA relatados pelos profissionais de saúde das diversas categorias durante o atendimento pré, intra e pós-operatório, além de considerar também os relatos das consultas de retorno pós-cirurgia.

Porém, foram encontrados relatos padronizados nas evoluções cirúrgicas, pré-definidos em sistema, apenas indicando normalidade do estado clínico e alta do paciente ou transferência para o hospital universitário, já prevista para alguns procedimentos. Na amostra da pesquisa, 10 pacientes foram transferidos para observação por 24 horas no hospital universitário, sem intercorrências registradas.

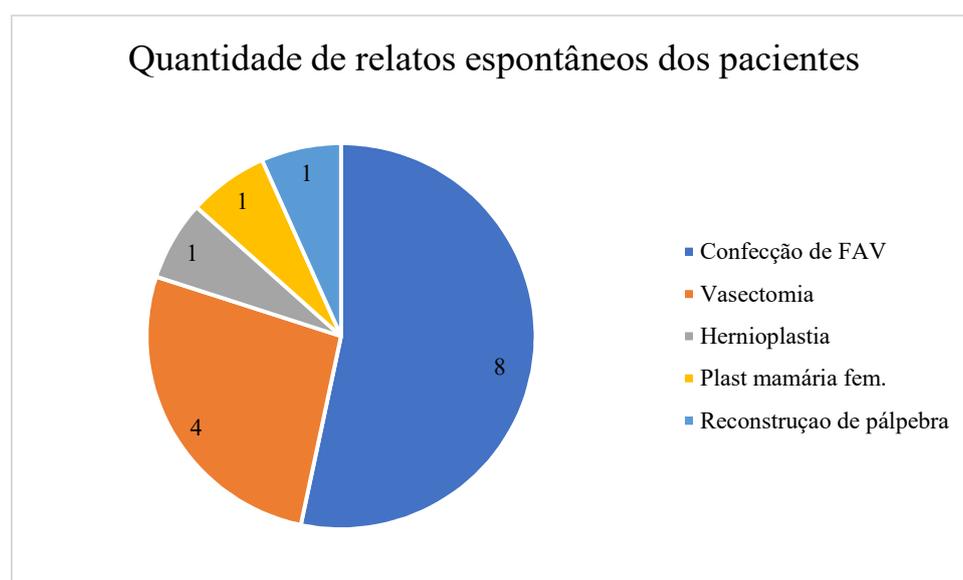
Quanto às evoluções das consultas ambulatoriais, poucas informações sobre o estado clínico pós-cirúrgico e possíveis condutas foram encontradas. Nos prontuários de pacientes que realizaram cirurgias de vasectomia, foram apurados registros de informação ao paciente acerca dos exames a serem realizados para comprovação do sucesso do procedimento. Para os outros procedimentos cirúrgicos não foram encontrados registros relevantes ou não se encontrou nenhum registro.

#### 4.5. Relatos dos pacientes

Na realização do contato telefônico praticou-se a escuta, deixando o paciente à vontade para relatar toda a experiência vivenciada na unidade, de forma a identificar algum EA não informado anteriormente. Nesse sentido, quinze pacientes relataram espontaneamente alguma consequência de saúde decorrente do procedimento cirúrgico em que se submeteram.

O gráfico 4 demonstra esse universo, evidenciando a quantidade de relatos espontâneos por procedimento cirúrgico realizado.

Gráfico 4 - Quantidade de relatos espontâneos dos pacientes nos contatos telefônicos



Fonte: O autor, 2020.

Contabilizou-se maior número de relatos relacionados à confecção de fístula arteriovenosa para hemodiálise ( $n = 8$ ), sendo eles: dormência no braço operado por um longo período após a cirurgia; falha do acesso venoso feito acarretando em repetição do procedimento cirúrgico; hematomas, dor e fraqueza constantes no membro operado mesmo passado algum tempo do procedimento cirúrgico.

Além destes, quatro pacientes relataram que a confecção de fístula arteriovenosa não obteve sucesso, sendo necessário refazer o procedimento, mesmo não registrando alguma piora na condição de saúde em decorrência direta do procedimento cirúrgico.

Houve também dois relatos de mau atendimento por parte da cirurgiã, em que os pacientes informaram que a médica os tratou com grosseria.

Com relação ao procedimento de vasectomia, os pacientes relataram: dor e desconforto nos testículos; incômodo no ato sexual e lesão no testículo operado. Um paciente relatou ter sentido muita dor durante o procedimento e, mesmo tendo informado à equipe, nenhuma conduta foi tomada, segundo narrado pelo mesmo.

Os relatos dos outros procedimentos foram: presença de secreção na região operada mesmo após a alta ambulatorial; dor intensa e inchaço no local operado e formação de queiloide na ferida cirúrgica.

Estudo de revisão sistemática indicou que apenas cerca de metade dos pacientes se sente à vontade para falar com a equipe que o atendeu sobre um erro ocorrido (GIARDINA et al., 2020).

## 5. DISCUSSÃO

A pesquisa realizada permitiu traçar o perfil dos pacientes da unidade cirúrgica ambulatorial em questão, além de ter identificado e classificado os EA. Os resultados indicaram alta prevalência de EA, antes desconhecida pelo cenário do estudo.

Os resultados desta pesquisa destacaram, principalmente, EA decorrentes do ato cirúrgico, como infecções, deiscência, lesões, hematomas, sangramento e outros. Não houve registros de EA relacionados ao ambiente, como queda do paciente por exemplo.

Observou-se que a prevalência dos EA acometeu em maior número pacientes na faixa etária entre 18 e 59 anos de idade ( $n = 59$ ). Esses achados podem ser justificados diretamente pelo perfil de atendimento da UCA, substancialmente composto por adultos jovens com fatores de risco/comorbidades, como doenças cardíacas e renais. Soma-se a esse cenário o fato de a unidade realizar somente cirurgias eletivas, em pacientes previamente avaliados. Nesse caso, este estudo se diferencia de outras pesquisas, que apontam que EA são mais frequentes em pacientes idosos (BATISTA *et al.*, 2019).

Foi percebida uma frequência de 22,9% de EAs pós-cirúrgicos. Ao comparar com outros estudos brasileiros realizados em centros cirúrgicos, encontramos resultados variados: 30,8% em hospitais no Rio de Janeiro (MENDES, 2013), 19% em centro cirúrgico ambulatorial de Porto Alegre (DA SILVA *et al.*, 2015), 0,51% em hospital-dia de Salvador (COSTA, 2016) e 21,8% em hospital universitário no Paraná (BATISTA, 2018).

Diferentes métodos foram utilizados nos estudos citados, entre eles: a adoção do *Canadian Adverse Event Study*, revisão de prontuários, contatos telefônicos e busca em registros no sistema de notificação de eventos. Importante ressaltar que as diferenças nos métodos utilizados e nas amostras de pacientes dos estudos citados não possibilitam total comparação entre os resultados, entretanto o método utilizado nesta pesquisa configura um *mix* entre os diversos métodos existentes (formulário próprio com revisão de prontuários e contatos telefônicos).

Estudo de revisão sistemática internacional registrou ocorrência de EA em 14,4% dos pacientes, sendo classificados como evitáveis 5,2% deles. Essa revisão sistemática realizada em estudos disponíveis em diversas fontes revelou que dos EA identificados 86,7% foram considerados leves ou moderados, em consonância com os resultados encontrados nesta pesquisa (ANDERSON *et al.*, 2013).

Uma pesquisa realizada em hospitais no Reino Unido destacou que 10,8% dos pacientes tiveram registros de EA, porém não os classificou. A pesquisa informa ainda que desses EA encontrados, cerca de metade pode ser considerada como evitável. O método utilizado nesse estudo foi revisão dos registros dos hospitais (VINCENT, 2001).

Infecções relacionadas à ferida operatória são os EA cirúrgicos mais encontrados em pesquisas. Estudos demonstram alto índice de infecção de sítio cirúrgico. Em pesquisa realizada em três hospitais de ensino no Rio de Janeiro, o EA mais frequente foi relacionado à ferida cirúrgica, sendo 19,5% de infecção de sítio cirúrgico, em contrário ao retratado por esta pesquisa, em que esse EA representou 11,5% das ocorrências. O mesmo estudo encontrou ainda outras infecções não relacionadas à ferida cirúrgica (14,6%) e hemorragias (12,2%), sendo 60% dos EAs encontrados classificados como evitáveis (MOURA; MENDES, 2012). No âmbito desta pesquisa, os EA de maior frequência foram cicatrização demorada (23,1%), dormência (19,2%) e flebite (15,4%).

Esta pesquisa identificou que dos pacientes que tiveram EA pós-cirúrgicos, 23% tiveram 01 ou mais EAs pós-cirúrgico (n=17). Ao todo, foram 26 ocorrências de EA pós-cirúrgicos, sendo 100% deles considerados preveníveis. Não foram identificados óbitos e casos de reinternação. Em estudo realizado na região sul do país, a frequência de mais de 01 EA por paciente foi de 26,2%. Deles, 86,7% considerados preveníveis (BATISTA et al.,2019).

Uma das possíveis razões para a ocorrência de mais de um EA no paciente seria a existência de erros ou falhas no processo assistencial relacionado ao procedimento cirúrgico, indicando a necessidade de revisão e aprimoramento das técnicas operatórias. Deve ser levado em consideração que a UCA é campo de prática e formação de profissionais, e, por isso, pode estar mais suscetível a erros. É ideal que a supervisão dos acadêmicos seja constante em todos os momentos.

Todo procedimento cirúrgico é passível de riscos e complicações, mesmo os de baixa e média complexidades, entretanto, de acordo com a OMS, metade dos casos em que a cirurgia leva a danos ao paciente poderiam ser evitados (OMS, 2017). Esta premissa é reforçada com os dados encontrados na pesquisa, que identificou maioria de eventos adversos considerados leves e moderados.

Não foram encontrados EA cirúrgicos na etapa de revisão dos prontuários, pois havia poucos registros intra e pós-cirúrgicos e poucas informações das consultas ambulatoriais realizadas após as cirurgias, mesmo sendo utilizado prontuário eletrônico na policlínica. Portanto, não foi possível identificar EA pelas evoluções clínicas

existentes nos prontuários analisados. Esse fato pode ter levado à subestimação dos resultados encontrados na pesquisa. Nesse sentido, sugere-se a implementação de uma rotina de acompanhamento pós-cirúrgico utilizando procedimentos operacionais padronizados que poderia trazer continuidade no rastreamento dos EA e, por consequência, colaborar para a implementação de medidas que os evitem.

Um dos fatores que levou à realização da pesquisa foi a falta de um sistema de notificação de EA na unidade ambulatorial à época. Pode-se considerar que esta é uma fragilidade com potencial de melhoria na instituição, pois a pesquisa demonstra que houve ocorrências de EA, porém não registradas. Instituir a cultura de notificação de forma não punitiva pode construir uma base de dados para avaliar as ocorrências de EA cirúrgicos e permitir ações direcionadas para a diminuição das taxas (OMS, 2008).

Há grandes indícios de que a falta de um sistema de notificação de eventos adversos e do “checklist de cirurgia segura” influenciem nas ocorrências de EA cirúrgicos. A cultura de segurança do paciente precisa ser disseminada e defendida pela instituição e por seus funcionários, em que a discussão sobre ações não punitivas, mas sim educativas, precisam ser reiteradas. Ao analisar o erro humano sem procurar por um culpado, com intenção de entender as causas que levaram às ocorrências, acaba incentivando que os profissionais notifiquem os eventos (FASSARELLA, 2016).

A proposta deste estudo não foi avaliar os processos de cuidado, nem tampouco pretendeu fazer análises quanto à parte clínica, mas sim evidenciar os riscos, abordando uma avaliação inicial de rastreamento. Esse rastreamento inicial requer aprofundamentos a fim de identificar os fatores e delimitar os alvos das intervenções a serem feitas. Nesse sentido, um mapeamento de riscos pode ser indicado, uma vez que se objetivou neste estudo a proposição de melhorias para a policlínica.

O conceito atual de segurança do paciente aponta como principais fatores responsáveis pela ocorrência de EA as deficiências dos sistemas de prestação de cuidados de saúde, considerando suas concepções, organizações e funcionamentos, ao contrário de responsabilizar somente os profissionais ou produtos. Os erros são consequências do contexto onde estão inseridos, não causas. Mesmo que não seja possível mudar a condição humana, que é falha por natureza, pode-se atuar nas condições que os seres humanos trabalham, criando defesas no sistema (REIS, et. al., 2013).

Para que o planejamento de segurança do paciente seja efetivo é necessário o mapeamento dos riscos, que sugerirá as condutas a serem aplicadas, visando o

monitoramento, a avaliação e a prevenção de riscos e eventos adversos que comprometem a saúde do paciente. Em qualquer centro cirúrgico é indispensável a implantação de protocolos adaptados à realidade de cada instituição que precisam ser coerentes com a demanda e o tipo de cirurgia realizada. (BEZERRA *et al.*, 2015).

O mapeamento de riscos deve ser feito de forma integral, incluindo não somente os profissionais de saúde, mas também a gestão. A identificação das questões que influenciam nos erros cirúrgicos possibilita o desenvolvimento de intervenções administrativas e assistenciais que buscam a valorização da segurança do paciente e do trabalho profissional (LELIS *et al.*, 2017).

Também é importante rastrear a origem, pois o evento adverso é somente uma consequência do cuidado prestado. Descobrir a origem do erro, é possível agir com assertividade. Para isso, é necessário o envolvimento de todos, gestores, profissionais de saúde e pacientes (BEZERRA *et al.*, 2015).

Além dos danos físicos, os EA têm impactos significativos na vida dos pacientes. Eles experimentam uma diversidade de emoções após sofrer um EA: culpa, medo, impotência, por exemplo. O dano emocional dos pacientes pode ser evidenciado quando ele sente que deveria ter falado, mas não o faz ou é ignorado pelos profissionais envolvidos no atendimento. Os procedimentos cirúrgicos, por menores que sejam, causam ansiedade e estresse no paciente deixando-os mais vulneráveis psicologicamente, podendo agravar os danos emocionais (GIARDINA *et al.*, 2020). Essas podem ser as razões pelas quais a maioria dos pacientes não quis fazer nenhum relato sobre a experiência do atendimento recebido.

Soma-se a este fator psicológico, os vieses de memória. Nos estudos que realizam entrevistas ou questionários, o viés de memória normalmente está presente. Ocorre quando os casos e os controles lembram-se do seu status de exposição de forma diferente. No caso deste estudo, quem sofreu algum EA pode ter lembrado de maiores detalhes do que quem não relatou ter sofrido nenhum EA (OLIVEIRA e PARENTE, 2010).

A avaliação da qualidade da assistência é um importante artifício para o controle dos processos de saúde, podendo ser desenvolvida, por exemplo, por meio da implantação de um gerenciamento de risco contínuo, reduzindo índices de complicações ocasionadas por falhas durante os procedimentos realizados e gerando indicadores de controle de qualidade. Uma pequena alteração na organização do trabalho já pode impactar na diminuição da incidência de eventos adversos (LELIS *et al.*, 2017).

Assim, esses dados podem ajudar a solidificar ações promotoras de segurança, intercedidos pela gestão dos processos institucionais, e são relevantes na promoção da cultura de segurança na unidade, para a redução de EA cirúrgicos e na qualidade do cuidado ao paciente.

## CONCLUSÃO

O presente estudo buscou identificar as ocorrências de EA em uma unidade de cirurgia ambulatorial e traçar o perfil destes. Foram identificados EA intra e pós cirúrgicos de gravidade leve e moderada, sendo eles: dor, hematomas, cicatrização demorada, dormência, flebite, lesão na pele, infecção de sítio cirúrgico, deiscência e sangramento.

Destaca-se o fato de o estudo ter revelado a ocorrência de 01 ou mais EA em 23% dos pacientes com eventos adversos. Ressalta-se também que havia poucas informações sobre os procedimentos cirúrgicos registradas nos prontuários.

O estudo teve como principal limitação o impacto causado pela pandemia de COVID-19, pois houve suspensão das cirurgias eletivas durante muitos meses, impactando diretamente no objeto da pesquisa no que tange ao período de coleta de dados e perfil dos procedimentos cirúrgicos realizados à época. Essa questão pode ter influenciado também nos contatos telefônicos feitos com os pacientes, pois os dados para contato não foram atualizados por meses, devido à suspensão das consultas ambulatoriais.

Além disso, outra limitação da pesquisa foram os relatos feitos pelos pacientes. Esperava-se que os participantes discorressem mais sobre os acontecimentos do procedimento cirúrgico, porém notou-se que nem todos os pacientes ficaram à vontade para expor os fatos, por não terem vontade ou mesmo por não se recordarem.

Não existem muitas publicações sobre a temática de eventos adversos em cirurgias ambulatoriais, fazendo com que haja um hiato de informações nesse sentido. Por outro lado, esse mesmo fator torna esta pesquisa inovadora e relevante dentro desse universo.

A presente pesquisa teve como ponto forte a adoção de instrumento exclusivo e inédito, devido à incipiência de estudos para identificar a ocorrência de EA em população de pacientes cirúrgicos ambulatoriais no Brasil. A utilização de formulário idealizado para esse fim pode adaptá-la melhor à realidade da unidade, traduzindo seu perfil de forma fidedigna.

Apesar de a pesquisa ter sido impactada pela pandemia de COVID-19, sua realização não foi impossibilitada. Porém, é importante que seja ampliado seu contexto,

incluindo mais pacientes e sendo realizada por maior período, a fim de ratificar os resultados encontrados.

O conhecimento destas informações acerca da ocorrência dos EA demonstra que há necessidade de adoção de medidas na unidade para evitá-los. A ocorrência de eventos adversos relacionados ao procedimento cirúrgico pode ter grave impacto na saúde do paciente. Por este motivo, a cultura de segurança do paciente deve ser disseminada na instituição, incluindo os mais diversos atores de uma unidade de saúde.

O debate sobre ações não punitivas precisa ser reiterado, em conjunto com o incentivo às notificações, por meio da adoção de um sistema interno de notificações de eventos relacionados à assistência, a fim de concentrar as informações e traçar estratégias a partir dos dados gerados, sem caráter punitivo às falhas.

O estudo mostra ser necessária a revisão de processos administrativos e assistenciais, visando a melhoria dos mesmos e a diminuição de erros. Essas revisões de processos fazem parte deste incentivo à promoção de qualidade na unidade. A avaliação da qualidade da assistência é uma relevante ferramenta para o controle dos processos de saúde, podendo ser ampliada com a adoção de gerenciamento de riscos.

Para que haja uma intervenção eficiente, visando melhorias nas unidades de saúde, deve-se considerar aspectos fundamentais como a gestão institucional, liderança, pessoal, estrutura, processo e resultado. A adoção das medidas sugeridas integra múltiplos conceitos de qualidade em saúde, considerando as óticas dos participantes de uma instituição de saúde: os gestores, os profissionais de saúde e os pacientes.

O conhecimento sobre a prevalência e evitabilidade dos EA embasa a gestão hospitalar para enfrenta-los no contexto cirúrgico. Espera-se que este estudo contribua com o estímulo para investigação de EA cirúrgicos em diferentes perfis assistenciais e contribua para a adoção de práticas seguras em saúde, promovendo a qualidade do cuidado, conforme recomendações internacionais e diretrizes nacionais.

O estudo buscou contribuir – por meio da revelação dos dados coletados, antes desconhecidos, e ao incentivar um trabalho de avaliação de riscos – com a elaboração de diagramas de causa e efeito, além de definição de metas e de indicadores de qualidade para a UCA em questão, considerando o processo assistencial e administrativo-operacional.

Pretendeu-se que os resultados encontrados neste estudo sejam úteis e sirvam de embasamento para os gestores da policlínica do estudo, de forma a possibilitar avanços e permitir melhoria contínua da segurança do paciente e qualidade.



## REFERÊNCIAS

ANDERSON, O. *et al.* *Surgical Adverse Events: a Sistematic Review. The American Journal of Surgery*, v. 206, iss 2, 2013.

ANDRADE, A. M. *et. al.* Evolução do programa nacional de segurança do paciente: uma análise dos dados públicos disponibilizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Vigilância Sanitária em Debate*, vol. 8, núm. 4, pp. 37-46, 2020

BATISTA, J. *Avaliação da cultura de segurança e ocorrência de eventos adversos cirúrgicos em diferentes naturezas administrativas da gestão pública*. 2018. 152 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Pós-Graduação de Enfermagem, UFPR, Curitiba, 2018.

BATISTA, J. *et al.* Prevalência e evitabilidade de eventos adversos cirúrgicos em hospital de ensino no Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2019.

BEZERRA, W. *et al.* Ocorrência de incidentes em um centro cirúrgico: estudo documental. *Revista Eletrônica Enfermagem*, 2015.

BOHOMOL, E; TARTALI, J. de A. Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: conhecimento dos profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm*, 2013.

BONATO, V. L. *Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente*. O *Mundo da Saúde*, São Paulo, 2011.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Investigação de eventos adversos em serviços de saúde*. Brasília, 2013. Disponível em: [https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/5%20Investiga%C3%A7%C3%A3o\\_de\\_Eventos%20em%20Servi%C3%A7os%20de%20Sa%C3%BAde.pdf](https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/5%20Investiga%C3%A7%C3%A3o_de_Eventos%20em%20Servi%C3%A7os%20de%20Sa%C3%BAde.pdf) . Acesso em: 06 mai. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde* . Brasília : CONASS, 2011. 223 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011).

BRASIL. Ministério da Saúde. COVID-19 no Brasil. Disponível em: [https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19\\_html/covid-19\\_html.html](https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html) Acesso em: 20 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília, 2010. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html) . Acesso em 23 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, 2013. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html) Acesso em 23 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução de Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, 2013. Disponível em

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html)

Acesso em 23 mar. 2021.

BRASIL. Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, Brasília, 2017. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html) . Acesso

em 23 mar. 2021

CARVALHO, C. O. M. *et al.* Qualidade em saúde: conceitos, desafios e perspectivas. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 2004.

CARVALHO, P. A. *et al.* Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, nov.-dez., 2015.

COSTA, E. A. M. *et al.* Incidência de eventos adversos cirúrgicos em Hospital Dia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 2016.

COSTA, K. K. R. da, CORREIA, D. M. da S. A relevância do Telemonitoramento para hipertensos: uma revisão integrativa. *Brazilian Applied Science Review*, Curitiba, v.5, n.3, p. 1461-1474 mai./jun. 2021

DA SILVA, F. G. *et al.* Análise de eventos adversos em um centro cirúrgico ambulatorial. *Rev. SOBECC*, São Paulo, 2015.

DE SOUZA, L. *et al.* Eventos adversos: instrumento de avaliação do desempenho em centro cirúrgico de um hospital universitário. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2011.

DIAS, M. A. E. *et al.* Rastreamento de resultados adversos nas internações do Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, 2012.

DONABEDIAN, A. *An Introduction to Quality Assurance in Healthcare*. Oxônia, Reino Unido: Oxford University Press, 2003.

DONABEDIAN, A. The Seven Pillars of Quality. *Archives of Pathology*. Laboratory Medicine, 1990.

ERDMANN, A. L. *et al.* A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, USP, 2013.

Fadel M. A. V., Regis Filho G. I. (2009). Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. *Rev de Administração Pública*, 43(1), 7-22.

FASSARELLA, C. S. *Avaliação da cultura de segurança do paciente em ambiente hospitalar: estudo comparativo em hospital universitário e público do Rio de Janeiro e*

do Porto. 2016. 240 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

FASSARELLA, C. S. *et al.* *Evaluation of Patient Safety Culture: Comparative Study in University Hospitals.* *Rev. Esc. Enferm., USP*, 2018.

FERREIRA M. A. , *et. al.* Estratégia de telemonitoramento frente à pandemia do SARS-CoV-2. *Glob Acad Nurs.* 2(1):e75. <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200075> 2021.

GALLOTTI, R. M. D., Eventos adversos: o que são? *Revista Assoc. Med. Bras.*, 2004.

GIARDINA, T. D., *et. al.* Health Care Provider Factors Associated with Patient-Reported Adverse Events and Harm. *Jt Comm J Qual Patient Saf.*; 46(5): 282–290. doi:10.1016/j.jcjq.2020.02.004. 2020

GRAHAM, N. O. *Quality in Health Care: Theory, Application, and Evolution.* Maryland: Aspen Publishers, 1995.

GRIGOLETO, A. R. L.; GIMENES, F. R. E.; AVELAR, M. do C. Q. Segurança do cliente e as ações frente ao procedimento cirúrgico. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet], abr.-jun., 2011. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a22.htm>. Acesso em: 20 set. 2020.

INSTITUTE OF MEDICINE. *Crossing the Quality Chasm: a New Health System for the 21<sup>st</sup> Century.* Washington, D.C.: National Academy Press, 2001.

INSTITUTE OF MEDICINE. *Medicare: A Strategy for Quality Assurance.* Washington, D.C.: National Academy Press, 1990.

KOHN, L.T; CORRIGAN, J.M; DONALDSON, M.S (Eds.). *To Err is Human: Building a Safer Health System.* [S.l.]: Institute of Medicine, National Academy Press, 2000.

LELIS, L. *et al.* Prevenção de eventos adversos relacionados ao procedimento cirúrgico: uma prática da Enfermagem. *Revista Científica FacMais*, v. XI, n. 4, 2017.

LIMA, L. R, *et. al.* Implementação da teleconsulta de enfermagem no pré-operatório ambulatorial: relato de experiência. 4º Congresso Sul Brasileiro De Sistematização Da Assistência De Enfermagem, 2021

MALTA, M. *et. al.* Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev Saúde Pública* 2010;44(3):559-65

MARTINS, M. Qualidade do cuidado em saúde. In: SOUSA, P.; MENDES, W., (Org.). *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde [on-line].* Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

MENDES, W. V. *Avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospital no Brasil.* 2007. 112 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

- MENDES, W. V. *et al.* Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. *Ver. Assoc. Med. Bras.*, 2013.
- MONTEIRO C. A. *et al.* Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas. *Ver. Saúde Pública* [online], 2005.
- MOURA, M. de L. de O. *Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro*. 2010. 95 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.
- MOURA, M. de L. de O.; MENDES, W. V. Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. *Rev. Bras. Epidemiol.*, 2012.
- OLIVEIRA, M. A. P. de., PARENTE, R. C. M. Estudos de Coorte e de Caso-Controlle na Era da Medicina Baseada em Evidência. *Bras. J. Video-Sur*, v. 3, n. 3: 115-125. 2010
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety*. 2009. Disponível em: [https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf). Acesso em: 01 dez. 2020.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Patient Safety Fact File: Patient Safety and Risk Management Service Delivery and Safety*. Geneva: World Health Organization, 2019.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Patient Safety Making Health Care Safer*. Geneva: World Health Organization, 2017.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Patient Safety Research: Introductory Course – Session 1. What is Patient Safety?*, 2012. Disponível em: [http://www.who.int/patientsafety/research/online\\_course/en/](http://www.who.int/patientsafety/research/online_course/en/). Acesso em: 10 fev. 2020.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Quality and Accreditation in Health Care Services: A Global Review*. Geneva: World Health Organization; 2003
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *World Alliance for patient safety. The Second Global Patient Safety Challenge: Safe Surgery Saves Lives*. Geneva: World Health Organization, 2008.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Coronavirus*. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/coronavirus>. Acesso em: 20 set. 2020.
- PACHECO, R. L. *et al.* Guidelines para publicação de estudos científicos. Parte 2: Como publicar estudos observacionais (coorte, caso-controlle e transversal). *Diagn Tratamento*. 2017;22(3):121-6. Disponível em [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/08/848018/rdt\\_v22n3\\_121-126.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/08/848018/rdt_v22n3_121-126.pdf)
- REIS, C. T., MARTINS, M., LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. *Ciênc. saúde coletiva* 18 (7), Jul 2013.
- RIO DE JANEIRO (Estado). Instituição. Resolução SES Nº 2004, de 18 de março de 2020. Regulamenta as atividades ambulatoriais nas unidades de saúde públicas, privadas e universitárias com atendimento ambulatorial no Estado do Rio de Janeiro.

*Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro*. Parte I, Rio de Janeiro, RJ, ano 46, n. 051, 19 mar. 2020.

ROSA, C.D.P., et al. Sistemas de Informação na Área da Saúde: A INFORMAÇÃO CLÍNICA COMO INSTRUMENTO DE TRABALHO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE. *Revista Polêmica*, v. 15, n. 2. 2015. Disponível em <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/17839/13289> . Acesso em: 02 mai. 2022.

SOUSA, K. M. et. al. Serviços de saúde de baixa, média e alta complexidade ofertados no sistema único de saúde (sus) na perspectiva da integralidade. 12º Fórum De Ensino Pesquisa Extensão E Gestão, 2017

SPEDO, S. M., et. al. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Rev Physis*, 2010

TERRA, J. D. R.; BERSSANETI, F. T. Acreditação hospitalar e seus impactos nas boas práticas em serviços de saúde. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, 2017.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. *Unidades de Saúde*. Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.uerj.br/a-uerj/servicos-de-saude/>. Acesso em: 04 dez. 2020.

VINCENT, C. *Segurança do paciente*. Orientações para evitar eventos adversos. São Paulo: Yendis, 2010.

VON ELM E.; ALTMAN D. G.; EGGER M.; POCOCK S. J.; GOTZSCHE P. C.; V. J. *The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: Guidelines for Reporting Observational Studies*. [s.d.]. Disponível em: <<https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/strobe/>>. Acesso em: 16 dez. 2021.

**APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) do estudo intitulado **PERFIL E INCIDÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS EM CIRURGIAS AMBULATORIAIS DE UMA POLICLÍNICA DO RIO DE JANEIRO**, conduzido por Camilla Brandão Porciuncula. Este estudo tem por objetivo traçar um perfil e avaliar a incidência de eventos adversos relacionados à assistência ocorridos em cirurgias ambulatoriais. Eventos adversos podem ser definidos como lesão ou dano não intencional que pode resultar em incapacidade ou disfunção, temporária ou permanente. São, portanto, problemas de qualidade do cuidado relacionado à dimensão segurança do paciente.

Você foi selecionado(a) para participar da pesquisa por realizar um procedimento cirúrgico nesta policlínica, sendo sua participação não obrigatória. Os riscos da sua participação nesse estudo são mínimos, podendo ser: desconforto, cansaço, vergonha e/ou estresse ao responder às perguntas; quebra de sigilo ou de anonimato. Você não receberá nenhum pagamento ou gratificação por participar da pesquisa, eventuais despesas podem ser custeadas ou ressarcidas. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não trará nenhum prejuízo a continuidade do seu tratamento médico na unidade.

Sua participação nesta pesquisa acontecerá por meio de um rápido questionário a ser respondido presencialmente e por contato telefônico. No dia da cirurgia, serão feitas perguntas quanto à identificação e alguns dados sociodemográficos. A segunda etapa será realizada em uma rápida ligação, na qual serão feitas perguntas sobre a ocorrência de sintomas relacionados à cirurgia. A ligação ocorrerá no período de quinze a sessenta dias após a realização da cirurgia. Por fim, será realizada uma revisão em seu prontuário, para coletar mais informações sobre a cirurgia. As informações coletadas contribuirão para a melhoria da qualidade da assistência prestada e aumento das ações para segurança do paciente.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. Seu anonimato será preservado quando os dados forem divulgados. Os dados poderão ser utilizados em relatórios, artigos científicos, dissertações de mestrado e teses de doutorado. Você receberá uma via deste termo em que constam telefone e endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Após ser esclarecido(a) sobre as informações do estudo, no caso de aceitar fazer parte, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Ao assinar este documento, você não abrirá mão de nenhum direito legal, assim como poderá sair do estudo a qualquer momento sem prejuízo nenhum. Será também necessário que você e o pesquisador rubriquem todas as páginas deste termo, assegurando que todas as páginas foram lidas, o que garante ainda mais a sua proteção.

Os Comitês de Ética são responsáveis pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Se você tem alguma dúvida sobre seus direitos como participante de uma pesquisa ou se quiser fazer alguma reclamação, pode procurar o pesquisador responsável ou o Comitê de Ética em Pesquisa nos contatos abaixo:

Pesquisador responsável: Camilla Brandão Porciuncula, mestranda em Saúde Coletiva – IMS/UERJ. Endereço: Rua Intendente Cunha Menezes, nº 160, apto 204, Méier, Rio de Janeiro, CEP 20720-060. Telefone: (21) 99462-2577. E-mail: millabran@gmail.com.

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ. Endereço: Rua São Francisco Xavier, nº 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20550-013. Telefone: (21) 2334-0235, ramal 211. E-mail: cep.ims.uerj@gmail.com.

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.  
Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, Sala 3018, Bloco E, 3º andar, Maracanã. Rio  
de Janeiro. CEP 20550-013. Telefone: (21) 2334-2180. E-mail: [etica@uerj.br](mailto:etica@uerj.br).

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação  
na pesquisa, e que concordo em participar.

Você autoriza a consulta em seu prontuário? ( ) Sim ( ) Não

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) pesquisador(a): \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados

### Questionário – Perfil de Eventos Adversos em Cirurgia Ambulatorial

Identificação do Paciente		ID: _____
Nome: _____	Nº prontuário: _____	
Telefone(s): _____	Data da cirurgia: _____	
Cirurgia Realizada: _____	Duração da cirurgia: _____	
Especialidade Responsável: ( ) CTAC ( ) C. Plástica ( ) C. Vascular ( ) CIPE		
( ) C. Geral ( ) Saúde do Homem ( ) Plástica Ocular		

Dados sociodemográficos		
Idade: _____	Sexo: ( ) M ( ) F	Possui plano de saúde? ( ) Sim ( ) Não
Escolaridade:		
( ) Superior Completo	( ) Superior Incompleto	( ) Ensino Médio Completo
( ) Ensino Médio Incompleto	( ) Ensino Fundamental Completo	( ) Ensino Fundamental Incompleto
Raça/Cor: ( ) Branca	( ) Preta	( ) Amarela ( ) Parda ( ) Indígena
Ocupação:		
( ) Estudante	( ) Desempregado	( ) Autônomo ( ) Funcionário Público
( ) Empregado de empresa privada	( ) Aposentado	( ) Empresário
( ) Pensionista	( ) Do lar	
Atividade exercida no trabalho: _____		
Renda Familiar: _____		

Dados Clínicos				
Possui alguma comorbidade?				
( ) Asma/DPOC	( ) Câncer	( ) Diabetes	( ) Diarreia	( ) Fratura
( ) Gonorreia	( ) Doença Cardíaca	( ) HIV/AIDS	( ) Parasitose intestinal	( ) Doença renal
( ) Malária	( ) Desnutrição	( ) Sarampo	( ) Meningite	( ) Sífilis
( ) Febre Tifoide	( ) Infecção Urinária	( ) Hepatite		
( ) Outras DST _____	( ) Outras doenças _____			( ) N/A
No Centro Cirúrgico, antes da cirurgia, houve:				
( ) Queda	( ) Corte ou lesão indevida	( ) Choque	( ) N/A	
Durante a cirurgia, houve:				
( ) Queda	( ) Corte ou lesão indevida	( ) Choque	( ) Grande sangramento	
( ) Reação alérgica	( ) Queimadura	( ) Hipotermia	( ) Hipertermia	

<input type="checkbox"/> Úlcera por Pressão	<input type="checkbox"/> Parada Cardiorrespiratória	<input type="checkbox"/> Hipoglicemia	<input type="checkbox"/> Hiperglicemia
<input type="checkbox"/> Pico Hipertensivo	<input type="checkbox"/> Pico Hipotensivo	<input type="checkbox"/> Sutura Indevida	<input type="checkbox"/> Dor
<input type="checkbox"/> N/A			
<i>Após a cirurgia, houve:</i>			
<input type="checkbox"/> Inflamação na região operada	<input type="checkbox"/> Ferida/Pontos abertos (deiscência)	<input type="checkbox"/> Grande sangramento	
<input type="checkbox"/> Região operada quente, avermelhada, inchada, dolorida (flebite)		<input type="checkbox"/> Reação alérgica	
<input type="checkbox"/> Trombose	<input type="checkbox"/> Problema com a prótese	<input type="checkbox"/> Convulsão	
<input type="checkbox"/> Demora na Cicatrização	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Lesão indevida	
<input type="checkbox"/> Lesão de Pele/Mucosa	<input type="checkbox"/> Hematomas	<input type="checkbox"/> Pouco sangramento	
<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Dor intensa	<input type="checkbox"/> N/A	
<i>Ficou internado no HUPE após a cirurgia?</i> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Por quanto tempo? _____			
<i>Quando retornou para consulta pós-operatória?</i> _____			
<i>Precisou fazer uso de alguma medicação por conta da cirurgia ou seus efeitos?</i> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Se sim, qual (is)? _____			
<i>Os sintomas cessaram após uso da medicação?</i> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> N/A			
<i>Precisou procurar assistência de saúde após a cirurgia?</i> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Se sim, por que? _____			
<i>Onde?</i>			
<input type="checkbox"/> Farmácia	<input type="checkbox"/> Curandeiro	<input type="checkbox"/> Médico particular	<input type="checkbox"/> Clínica Pública *
<input type="checkbox"/> Hospital Público (ambulatório)		<input type="checkbox"/> Hospital ou clínica privada (ambulatório)	
<input type="checkbox"/> Hospital filantrópico (ambulatório)		<input type="checkbox"/> UPA	<input type="checkbox"/> Hospital Público (emergência)
<input type="checkbox"/> Hospital ou clínica privada (emergência)		<input type="checkbox"/> Hospital filantrópico (emergência)	
<input type="checkbox"/> Outro: _____		* obs.: Clínica Pública: PAM, CF, PS, CMS, Policlínica	
<i>Teve alguma complicação decorrente da cirurgia?</i> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Se sim, qual? _____			
_____			
_____			

**Dados de Custeio**

Foi à unidade acompanhado por algum familiar ou amigo? ( ) Sim ( ) Não

Quais foram os custos para a realização da cirurgia? (paciente e acompanhante, se for o caso)

	Quantidade	Valor
Transporte		
Carro próprio		
Carro de aplicativo/Taxi		
Ônibus		
Metrô		
Trem		
Barca		
Transporte da prefeitura/ ambulância		
Exames		
Laboratoriais (sangue, urina, etc)		
Imagem		
Risco Cirúrgico		
Medicamentos e Materiais		
Analgésico		
Antitérmico		
Antibiótico		
Antiinflamatório		
Pomada Cicatrizante		
Colírio		
Material para Curativos		
Atendimento médico		
Alimentação		
Órteses e Próteses		
Outros		

Retornou à unidade quantas vezes após a cirurgia? \_\_\_\_\_

Quais foram os custos do(s) retorno(s)?

	Quantidade	Valor
Transporte		
Carro próprio		
Carro de aplicativo/Taxi		
Ônibus		
Metrô		
Trem		
Barca		
Transporte da prefeitura/ ambulância		
Alimentação		
Outros		

**Dados de Custeio**

Teve prejuízos no trabalho/estudo devido a cirurgia?

( ) Atestado Médico      ( ) Falta      ( ) Deixou de trabalhar      ( ) Não

Por quantos dias? \_\_\_\_\_

Precisou de dinheiro emprestado ou renda extra devido a cirurgia? ( ) Sim ( ) Não Quanto? \_\_\_\_\_

Teve gastos extras pós-cirurgia, além dos já apresentados? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, listar itens e valores: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alguma consideração a fazer? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Informações do Prontuário**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data do Contato: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_