

II ANUÁRIO DA SEGURANÇA ASSISTENCIAL HOSPITALAR NO BRASIL

Renato Couto



IESS

INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Impacto dos eventos adversos

Eventos adversos relacionados à assistência hospitalar **afetam a saúde, causam mortes, sequelas, aumentam custos.**

Há formas mais sutis de prejuízos ao paciente, família e profissionais de saúde, como a **perda da dignidade, do respeito, sofrimento psíquico e quebra da confiança** do cidadão no sistema de saúde e nos profissionais.

(SLAWOMIRSKI et al., 2017) (RODZIEWICZ, 2018)

Caso clinico 1

Paciente de 22 anos

D1- 13 hs Paciente masculino, admitido no CTI com Tétano generalizado. Realizada sedação, curarização e colocado em ventilação mecânica controlada. Colocado no quarto isolado, na penumbra.

Agricultor, teve ferida corto contusa no pé com tratamento domiciliar e após 5 dias iniciou com dor e contrações no pé ferido que em 48 hs generalizaram. Sem qualquer passado mórbido.

Iniciado penicilina cristalina e imunoglobulina anti-tetânica

D2-D5- 8hs Estável , mantendo necessidade de uso contínuo de curare, em ventilação mecânica controlada ,dieta enteral bem tolerada

D6 -18 hs Apresenta parada cardíaca respiratória.

Submetido a manobras de ressuscitação cardíaca pulmonar sem sucesso.

Constatado óbito

As mortes e sequelas

EUA

91 BRENNAN,

E. adverso: 3,7%

Óbito: 13,7

2000 IOM "Errar é humano",

44.000 a 98.000 mortes/ano

2016 MAKARY, **210.000 e**

400.000 óbitos por ano



América Latina

2011 ARANAZ-ANDRÉS,

Eventos adversos: 10,5%

Sequelas: 28%

Óbitos: 6%

Preveníveis: 60%

União Europeia

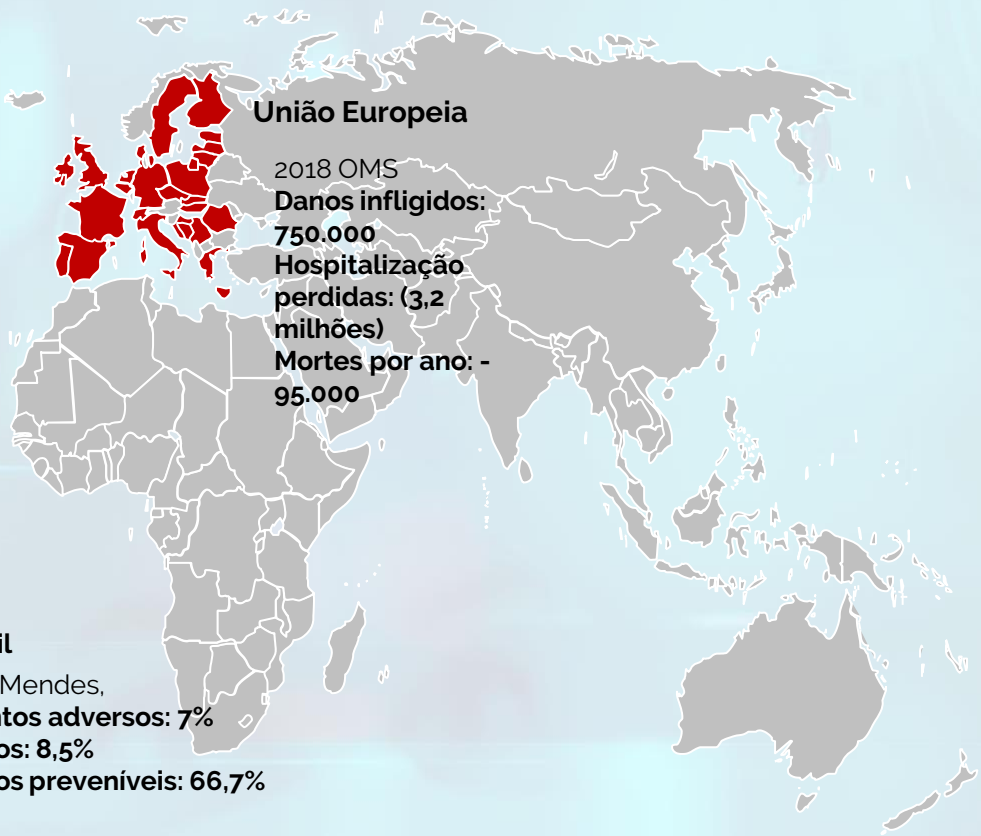
2018 OMS

Danos infligidos:

750.000

**Hospitalização
perdidas: (3,2
milhões)**

**Mortes por ano: -
95.000**



Brasil

2011 Mendes,

Eventos adversos: 7%

Óbitos: 8,5%

Óbitos preveníveis: 66,7%

Uma Pandemia Mundial



421 milhões de interações com 42,7 milhões eventos adversos

O custo econômico de eventos adversos

EUA

2000 US\$ 37,6 bi

e US\$ 50 bi/ano

2006 30% dos custos globais com saúde

2007 30% dos custos globais com saúde

União Europeia

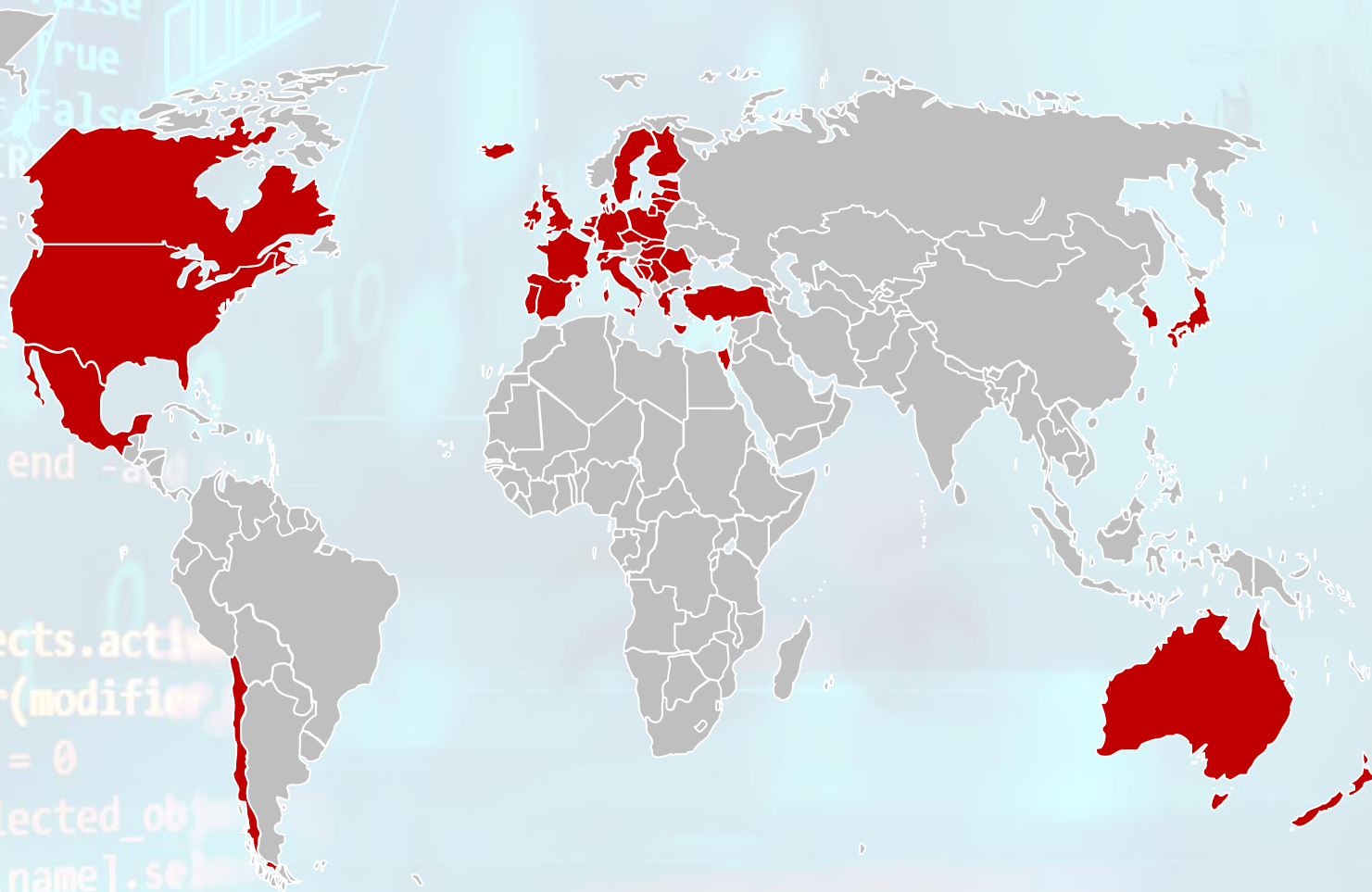
2018 3,2 mi de leitos/ano para tratamento de eventos adversos

Nova Zelândia

2002 30% dos custos globais com saúde, na rede hospitalar pública

OCDE 15% das despesas hospitalares

O custo econômico de eventos adversos





VIETNÃ: 57.000 americanos mortos

SEMINÁRIO INTERNACIONAL

QUALIDADE ASSISTENCIAL E SEGURANÇA DO
PACIENTE EM SERVIÇOS
DE SAÚDE

IESS
INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR



SEMINÁRIO INTERNACIONAL

QUALIDADE ASSISTENCIAL E SEGURANÇA DO
**PACIENTE EM SERVIÇOS
DE SAÚDE**

1.221.893 Mortes Oficiais

IESS
INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR



Tsunami na Ásia 230.000 Mortos

SEMINÁRIO INTERNACIONAL

QUALIDADE ASSISTENCIAL E SEGURANÇA DO
PACIENTE EM SERVIÇOS
DE SAÚDE

IESS
INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Mundo mobilizado pela Segurança do Paciente

ANO	PAÍS / ORGANIZAÇÃO	AÇÃO
1997	EUA	National Patient Safety Foundation (NPSF)
2000	EUA	Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) – Doing what counts for patient safety: federal actions do reduce medical errors and their impact
2005	EUA	Institute for Healthcare Improvement (IHI) – 100.000 lives campaign
2006	EUA	Institute for Healthcare Improvement (IHI) – Protecting 5 million lives from harm
2011	EUA-HHS	\$1 billion collaborative patient-safety initiative focused on reducing preventable harm and easing transitions of care.
2000	Reino Unido	Expert group on learning from adverse events in the NHS. An organization with a memory
2001	Reino Unido	National Patient Safety Agency (NPSA)
2004	OMS	World alliance for patient safety
2007	OMS	Nine patient safety solutions
2011	Brasil	ANS Resoluções Normativas 265/11, 267/11 e 277/11
2011	Brasil	ANVISA – Resolução da Diretoria Colegiada 63/11
2013	Brasil	MS portaria 529 Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).
2013	Brasil	ANVISA – Resolução da Diretoria Colegiada 36/13

Objetivo principal

- Definir as prioridades para a melhoria da segurança assistencial hospitalar no Brasil, no SUS e na saúde suplementar;
- Estimar óbitos nacionais relacionados, determinados e preveníveis no Brasil pelos eventos adversos relacionados à assistência hospitalar;
- Estimar as perdas de acesso assistencial e o custo dos eventos adversos relacionados à assistência hospitalar.

Definições

- **Evento adverso:** dano não intencional resultante de - ou contribuída pelo - processo assistencial que determine monitoramento adicional, tratamento ou hospitalização, ou que resulte em morte;
- **Evento adverso não infeccioso** foi caracterizado como dano causado ao paciente cujo agente etiológico não fosse microbiológico;
- **Evento adverso infeccioso** foi caracterizado como dano causado ao paciente que preenchia os critérios da ANVISA de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) (ANVISA, 2017);

O Taxonomia da Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (ICPS) Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011).

A coleta dos dados

182 hospitais

Saúde Suplementar e do SUS

- **Coletores:** enfermeiros dedicados exclusivamente à função, previamente treinados em codificação de doenças e eventos adversos relacionados à assistência hospitalar, sob supervisão médica local;
- **Método de coleta:** leitura dos prontuários médicos de todos os pacientes após a alta hospitalar;
- **A qualidade dos dados:** foi continuamente auditada por médicos e enfermeiros especialistas do suporte do DRG Brasil® com retorno dos erros potenciais às equipes codificadoras para reavaliação.

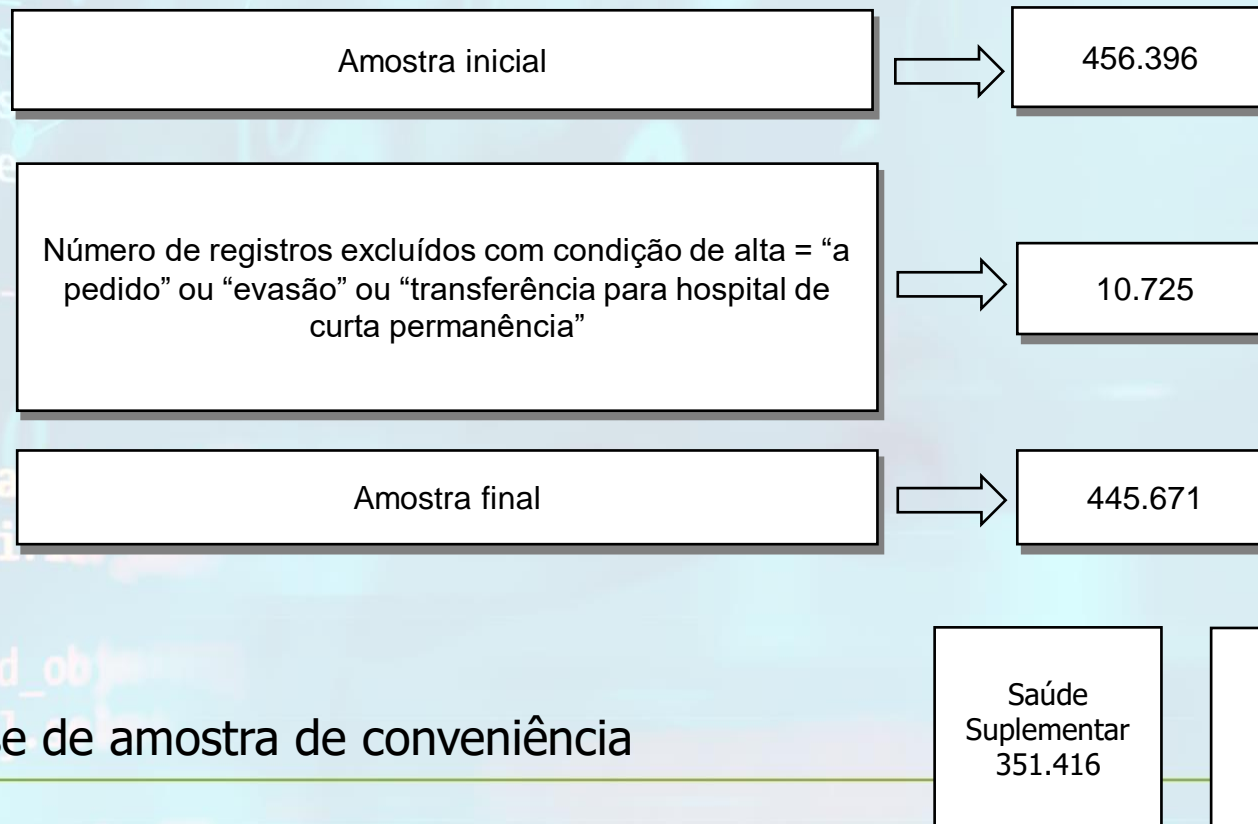
A população do estudo

Base não identificada DRG Brasil®

182 hospitais localizados em 13 estados

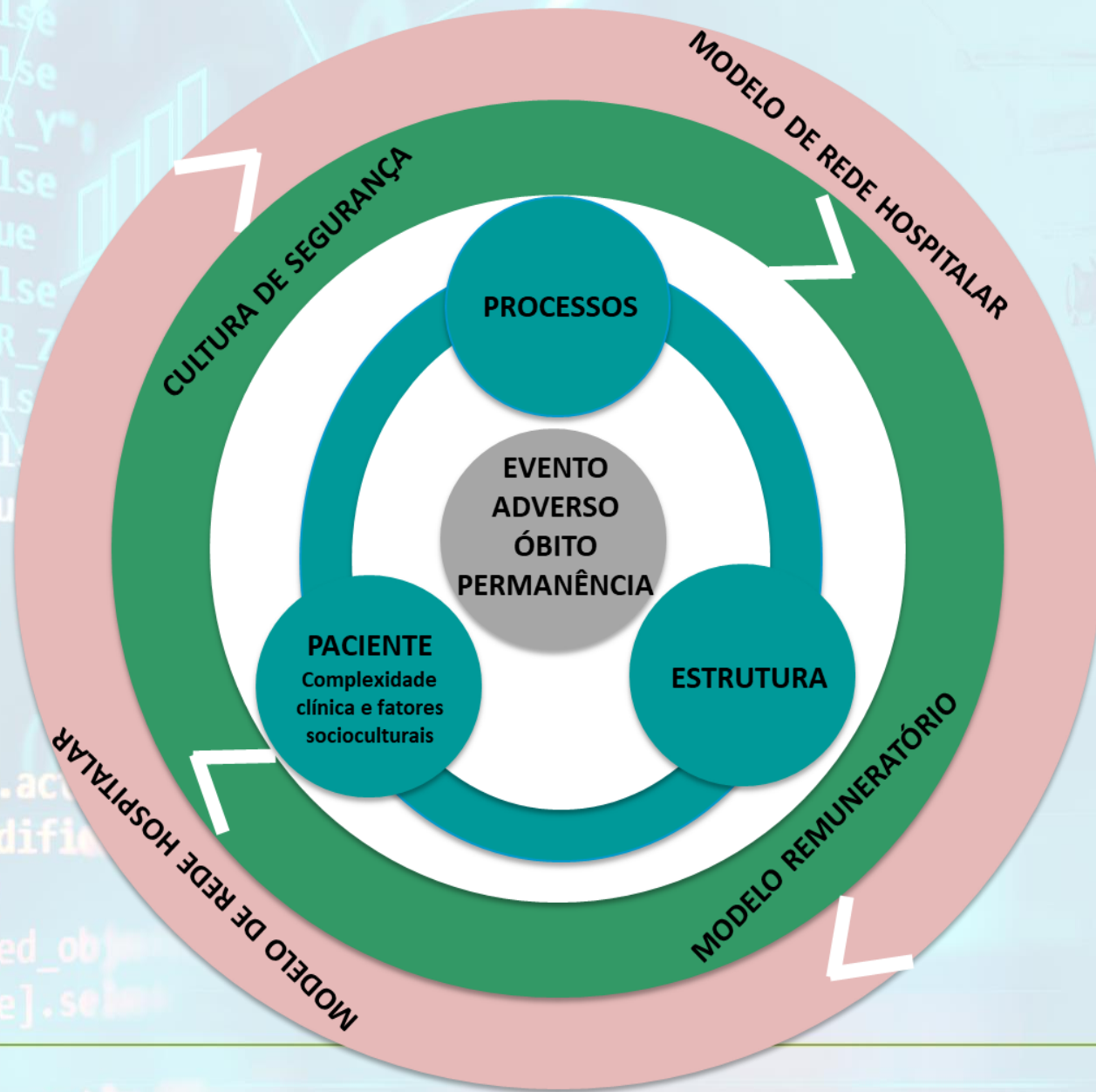
01/04/2017 a 31/03/2018

Fluxograma da seleção da mostra



Trata-se de amostra de conveniência

Fatores Contribuintes para eventos adversos, óbito, permanência



Pareamento

Controle dos fatores contribuintes para os desfechos

Fator Contribuinte

- Estrutura
- Processos de trabalho
- Cultura de segurança
- Condições socioeconômicas
- Modelo remuneratório
- Modelo de Rede hospitalar.

Variável de controle

- Hospital de internação;
- Período de internação hospitalar;
- Tipo do vínculo: SUS ou saúde suplementar

Pareamento

Controle dos fatores contribuintes para os desfechos

Fatores contribuintes

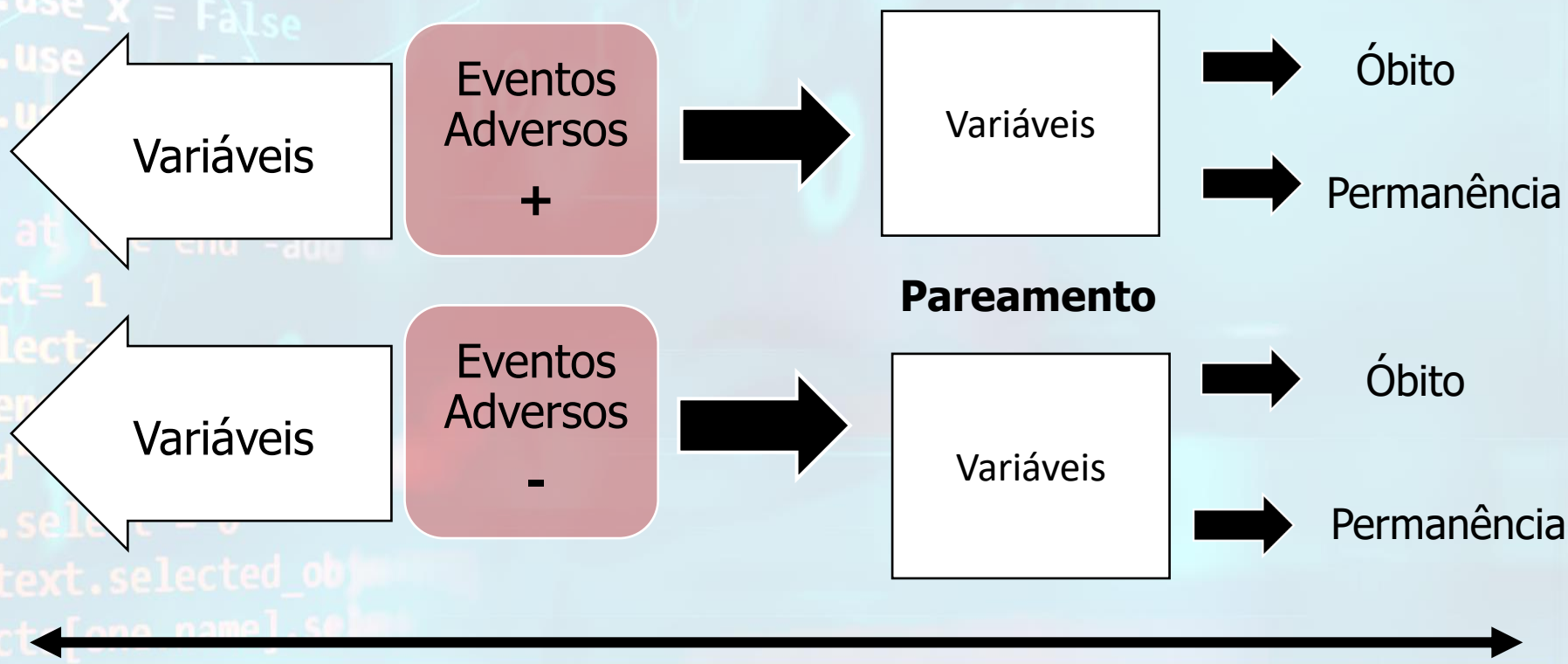
Complexidade clínica

Variável de controle

- Idade gestacional se recém-nascido;
- Peso de nascimento se recém-nascido;
- Sexo;
- Categoria de complexidade clínica DRG Brasil;

Multicêntrico com Grupos Paralelos

Coorte Histórica



Análise exploratória de dados

Características da população

Variáveis	SUS	Saúde suplementar
Sexo Feminino	60,6%	61,4%
Faixa etária		
De 18 a 64 anos	63,7%	60,2%
65 anos ou mais	21,4%	23,4%

Análise exploratória de dados

Motivos de internação

Causas de internação

Sistema de Saúde	Clínica	Cirúrgica
SUS	28 categorias de DRG (3,7%) são 44% dos casos.	21 categorias DRG (2,8%) são 61,7% dos casos.
saúde suplementar,	21 categorias de DRG (2,8%) são 52,1% dos casos.	26 categorias DRG (3,4%) são 66,1% dos casos.

Análise exploratória de dados

Os eventos adversos em relação a permanência e óbito

Eventos adversos	Prevalência%	Óbito%	Permanência média/dias
Ausente	0	2,9%	4,1 dias
Incidente	1,2%	4,7%	5,0 dias
Dano	4,9%	15,3%	6,9 dias
Ambos	0,9%	19,8%	13,2 dias
Evento adverso grave (21,4% de todos eventos)	1,5 %	32,1%	16,0 dias

Eventos adversos graves relacionados à assistência hospitalar

- Dano temporário ao paciente e necessidade de internação inicial ou prolongada;
 - Dano permanente ao paciente;
 - Intervenção necessária para sustentar a vida;
 - Morte do paciente;

O Taxonomia da Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (ICPS) Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011), descritos na parte de conceitos;

Eventos adversos graves Institute for Healthcare Improvement IHI (categorias F a I) (GRIFFIN et al., 2009).

Pareamento

Controle dos fatores contribuintes para os desfechos



Distribuição por faixa etária

Faixa etária	Prevalência%
Prematuro extremo	6,2
Até 28 dias	0,5
De 29 dias a 17 anos	0,7
De 18 a 64 anos	1,0
65 anos ou mais	3,6

Óbito

Estudo pareado

Evento adverso grave

Sistema de saúde	Evento adverso grave	Evolução da internação				Total	p-Valor
		Óbito		Não óbito			
		N	%	N	%		
SUS	Presente	644	37,0	1.095	63,0	1.739	< 0,001
	Ausente	343	19,7	1.396	80,3	1.739	
	Total	987	28,4	2.491	71,6	3.478	
Saúde suplementar	Presente	1.345	28,8	3.322	71,2	4.667	< 0,001
	Ausente	631	13,5	4.036	86,5	4.667	
	Total	1.976	21,2	7.358	78,8	9.334	
Global	Presente	1.989	31,0	4.417	69,0	6.406	< 0,001
	Ausente	974	15,2	5.432	84,8	6.406	
	Total	2.963	23,1	9.849	76,9	12.812	

Evento adverso grave Estudo pareado

Sistema de saúde	Risco relativo (RR)	Óbito Atribuível ao Evento Grave (%)	Óbito Prevenível (%)
Saúde pública	1,9	46,8	30,5
Saúde suplementar	2,1	53,1	36,1
Global	2,0	51,0	34,3 (corresponde a 4,7% do total de óbitos)

Zegers et al. (2009) na Holanda e por Hogan et al. (2012) Inglaterra: 4,1% a 5,2% do total de óbitos intra-hospitalares podem ser prevenidos e são mais comuns em internações cirúrgicas.

Evento adverso grave

Sistema de saúde	Evento adverso grave	Permanência realizada	
		Incluindo óbitos	Excluindo óbitos
Sistema público	Presente (P)	29,5 ± 30,7 Md = 21,8	29,2 ± 32,2 Md = 21,7
	Ausente (A)	13,1 ± 17,1 Md = 7,9	10,7 ± 13,5 Md = 7,1
	p	< 0,001	< 0,001
Saúde suplementar	Presente (P)	20,9 ± 31,1 Md = 13,0	17,3 ± 24,9 Md = 10,5
	Ausente (A)	10,4 ± 30,3 Md = 4,2	6,7 ± 12,4 Md = 3,1
	p	< 0,001	< 0,001
Global	Presente (P)	23,2 ± 31,2 Md = 15,1	20,2 ± 27,3 Md = 13,0
	Ausente (A)	11,2 ± 27,4 Md = 5,1	7,7 ± 12,8 Md = 3,8
	p	< 0,001	< 0,001

A generalização dos resultados para o Brasil

Hospitais estudados são provavelmente mais seguros que a rede brasileira

- Sudeste, Sul, Norte
- Cidades de grande porte (>100 mil habitantes)
- Cidades IDH elevado (> 0,727)
- Hospitais de grande porte (72%, > 100 leitos)

(BIRKMEYER et al., 2003; FINLAYSON et al., 2003; LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009; RAMOS et al., 2015; SUKUMAR et al., 2013 Couto (2014),

importância da priorização nacional para estes eventos (Tabela 28).

Tabela 28 - Óbitos por grupo de causas. Brasil, 2016

Capítulo CID-10 ⁽¹⁾	Óbitos ⁽¹⁾	Estimativas nacionais ⁽²⁾
IX. Doenças do aparelho circulatório	362.091	Eventos adversos graves relacionados à assistência hospitalar: <ul style="list-style-type: none"> • Óbitos associados: 112.697 • Óbitos atribuíveis: 54.769 • Óbitos preveníveis: 36.174
II. Neoplasias (tumores)	215.217	
X. Doenças do aparelho respiratório	158.041	
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	155.861	
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	78.075	
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais no exame clínico e laboratorial	75.869	
XI. Doenças do aparelho digestivo	66.044	
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	57.188	
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	39.367	
VI. Doenças do sistema nervoso	36.870	
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	21.049	
Demais capítulos	44.102	
TOTAL	1.309.774	

Fonte: (1) MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM; (2) Couto et al., 2018.

Redução de acesso pelos eventos adversos

Estudo

Aumento no tempo de internação	SUS (dias)	Saúde suplementar (dias)
Eventos adversos gerais	13,2	8,1

No Brasil 2017

- Desperdício de 14.256.412 leitos-dia;
- Poderia aumentar acesso em 2.923.717 internações sem custo;
- Aumento de 15% das internações hospitalares no Brasil sem custo adicional.

O custo dos eventos adversos Hospitalares Saúde Suplementar 2017

4.587.648 leitos-dia para tratar os eventos adversos

Despesas hospitalares: 65,387 bilhões de reais / ano

Premissa: despesa assistencial é igual ao longo de toda internação

- Custo médio leito /dia/nacional R\$ 2.341,00

Desperdício 10,74 bilhões (16,4% da despesa hospitalar)

- Custo médio leito/dia/ANAHPR\$ 4.615,00

Desperdício 21,71 bilhões (33,2% da despesa hospitalar)

Literatura

15% dos custos hospitalares (OCDE, SLAWOMIRSKI et al., 2017)

30% dos custos globais com saúde Instituto Juran

(PORTER; TEISBERG, 2006) e o National Institute for Healthcare Management (NIHCM, 2007)

(BROWN et al., 2002).

Quem é o culpado?

Hospital até a década de 1970



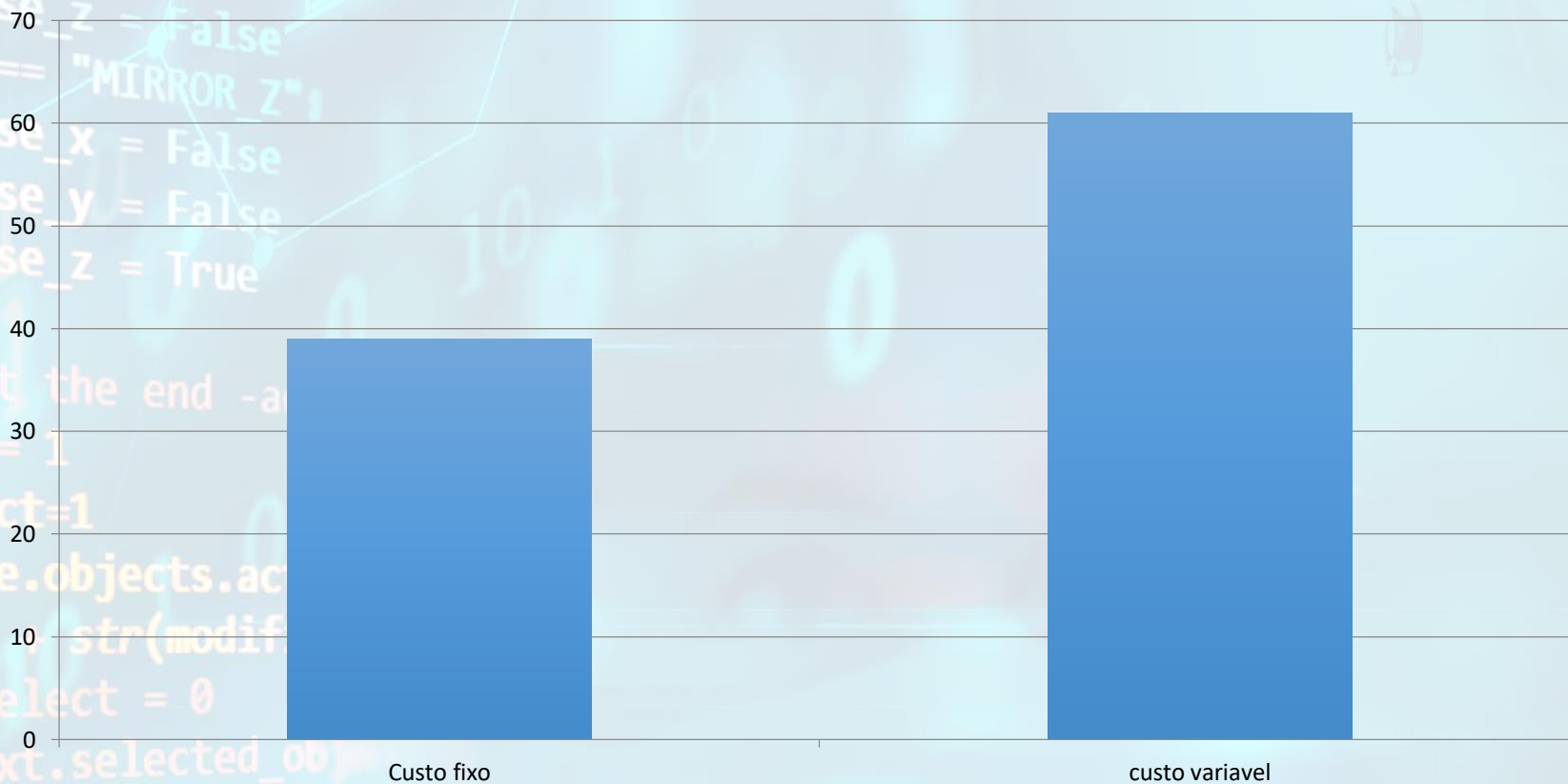
"Na década de 70, o HC-UFMG entrou em um ciclo virtuoso. Com financiamento da Organização Pan-Americana de Saúde e apoio da Fundação Kellogg, o Hospital inaugurou uns dos primeiros centros de terapia intensiva (CTI) da América Latina". Hospital das Clínicas comemora 80 anos.

**Hospitais
a partir da década
de 70**



Sub-financiamento e ociosidade da rede Hospitalar Brasileira

Distribuição de custo no Hospital



Observatório Anahp 2017

Sub-financiamento e ociosidade da rede Hospitalar Brasileira

Ociosidade de 41,8%
96,65 milhões de leitos-dia utilizados ao ano
2017

	SUS	Saúde Suplementar	Ambos
Número de internações (Brasil, 2017)	11.455.687 ⁽¹⁾	7.977.131 ⁽²⁾	19.432.818
Número de leitos disponíveis na rede assistencial hospitalar	321.723 ⁽³⁾	133.067 ⁽³⁾	454.790
	Estimativas nacionais (N)	Estimativas nacionais (N)	Estimativas nacionais (N)
Total de leitos ao ano, disponíveis	117.428.895 ⁽⁴⁾	48.569.455 ⁽⁴⁾	165.998.350
Total de leitos ao ano, utilizados	68.734.122 ⁽⁴⁾	27.919.959 ⁽⁴⁾	96.654.081
Taxa de ocupação ao ano	58,5%	57,5%	58,2%

Fonte: (1) Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); (2) Mapa Assistencial da Saúde Suplementar, 2017; (3) ANS, Caderno de informações - junho 2017; (4) Couto et al., 2018, de acordo com a permanência média encontrada no estudo.

A estrutura e os processos da rede hospitalar brasileira

5,38% dos hospitais do Brasil tem garantia de estrutura e processos por auditoria externa



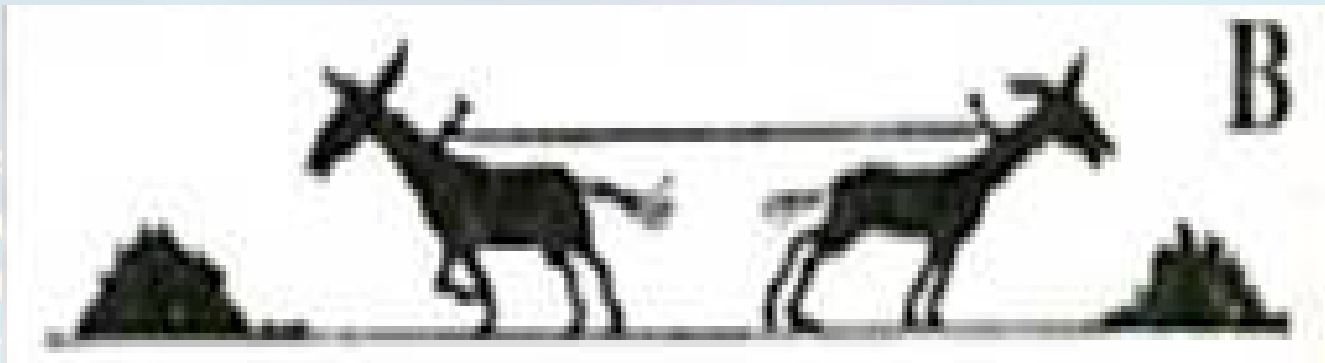
Bastos et al. (1996) mortes elevadas em CTI do Rio de Janeiro por falta de estrutura e processos adequados.

Modelo de compra de serviços da rede Hospitalar brasileira

Fee for Service

	A	B
A	1, -1	-1, 1
B	-1, 1	1, -1

*Um jogo de
Soma Zero*



Todos perdem!

Modelo remuneratório para a segurança assistencial hospitalar América

2006: Inicia bônus hospitalar baseado em Valor;

2008: Inicia a não remuneração progressiva de onze eventos adversos;

2016: 30% do pagamento baseado em Valor;

2018: 50% do pagamento baseado em Valor.

Resultados obtidos; 2010 e 2015 (AHRQ, 2016).

- 21% de redução dos eventos adversos
- 2,1 milhões de eventos prevenidos
- 125.000 vidas salvas

Quem recomenda: Institute of Medicine (IOM), Institute of Healthcare Improvement (IHI), National Quality Foundation, State Quality Improvement Organizations (QIO), Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) e National Committee for Quality Assurance (NCQA) têm endossado este novo modelo de remuneração que estimula melhoria dos resultados assistenciais.

Fatores contribuintes para a segurança assistencial hospitalar

O ambiente regulatório ANS

- Em 2010 (IDSS)
- Em 2011, incentivo à qualificação de prestadores de serviços
- Em 2013 Programa de Qualificação das operadoras de saúde;
- Em 2014, Fator de Qualidade para reajuste de preços,
- Em 2016, QUALISS transparência para o usuário do nível de qualidade de prestadores de serviço;
- Em 2018, indicadores assistenciais

Fatores contribuintes para a segurança assistencial hospitalar

O ambiente regulatório ANVISA/MS

Extenso arcabouço legislativo focado na segurança assistencial

(COUTO, 2014) "Há falhas sistêmicas.
na aplicação do requisito legal na rede hospitalar brasileira"

A transparência para o cidadão indicadores de segurança assistencial e qualificação da rede hospitalar

Qualidade avaliada externamente

5,4% Hospitais

Indicadores de hospitais para escolhas conscientes

- Hospital Israelita Albert Einstein
- Hospital Sírio Libanês

Indicadores consolidados para *benchmarking*.

- CQH (Escola Paulista de Medicina)
- SINHA, (ANAHP)

O modelo de rede hospitalar brasileiro

60% dos hospitais têm até 50 leitos e são baixa complexidade

Impacto da baixa escala assistencial

- Piores resultados assistenciais e segurança
- Inviabilidade econômica

Leitos abertos desnecessários 56,8%

- 41,8% de ociosidade dos leitos
- 15% de consumo de leitos para tratar eventos adversos

LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009-Banco mundial: 63% de ociosidade

Caso Clínico

Paciente de 18 anos

D1 Admitida no CTI em cetoacidose diabética, chocada, em insuficiência respiratória por pneumonia grave;

Colocada em ventilação mecânica;

Sem acesso venoso periférico;

Plantonista procede punção de subclávia com lesão pleural e pneumotórax;

Realizado drenagem de tórax.

D8 - Fistula pleural

Infecção pleural com empiema;

Mantida a drenagem pleural e antibiótico por mais 30 dias.

D50 - Alta hospitalar em uso de insulina

SEMINÁRIO INTERNACIONAL

QUALIDADE ASSISTENCIAL E SEGURANÇA DO
PACIENTE EM SERVIÇOS
DE SAÚDE

IESS
INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Quem é culpado?

Em um sistema de saúde em que todos falham, todos perdem.

- Não acompanhamos a velocidade de transformação da medicina e do Hospital;
- Não conseguimos transformar ciência em ação

DIRETRIZES PARA A CONSTRUÇÃO DE UMA REDE HOSPITALAR MAIS SEGURA NO BRASIL

Diminuir 36.174 óbitos hospitalares em 10 anos pela prevenção dos eventos adversos graves.

Para o alcance da meta devemos:

- a. Construir um acordo nacional para sustentabilidade do sistema de saúde através da qualidade assistencial tendo como centralidade as pessoas;
- b. Os líderes da sociedade brasileira devem estabelecer uma cultura de segurança assistencial, não punitiva, que transforme as experiências com as falhas em oportunidades de melhoria;
- c. O governo e iniciativa privada devem corrigir as deficiências de estrutura e processo da rede hospitalar brasileira. Os recursos a serem utilizados nesta ação podem se originar do controle do desperdício da ociosidade, 41,8% dos leitos disponíveis no Brasil, da redução dos eventos adversos graves, 15% dos custos da saúde suplementar e do aumento da eficiência/produtividade no uso do leito hospitalar;

- d.** A agência nacional de saúde deve disponibilizar arcabouço legal que permita as operadoras concentrarem o atendimento de suas redes de assistência hospitalar e selecionarem prestadores mais seguros.
- e.** O SUS e as operadoras de saúde suplementar brasileira devem mudar seu modelo de rede hospitalar concentrando sua assistência em um número menor de organizações hospitalares, de grande porte e alto volume assistencial,;
- f.** O SUS e as operadoras de Saúde suplementar brasileira devem mudar seu modelo de pagamento de hospitais trocando o *fee-for-service* por modelos que incentivem a qualidade, segurança e aumento da eficiência / produtividade do leito hospitalar;
- g.** O SUS, as operadoras de saúde suplementar e hospitais devem aumentar o nível de transparência e acesso ao usuário da informação de qualificação e resultados assistenciais hospitalares por meio de um conjunto comum de indicadores e requisitos de segurança de alta relevância;
- h.** O estado deve aumentar sua capacidade de fiscalização da aplicação da legislação na rede hospitalar;
- i.** O sistema de saúde deve capacitar sua força de trabalho e ofertar condições de estrutura e processos que atendam a legislação e os requisitos de segurança.

As prioridades para gestão de risco assistencial hospitalar no Brasil

Os cinco alvos populacionais:

- a. pacientes de alta complexidade determinada por sua doença de base;
- b. pacientes em terapia intensiva;
- c. pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos de maior porte;
- d. pacientes em uso de procedimentos invasivos (CVC, VM, SVD*);
- e. pacientes nos extremos de idade: recém-nascidos prematuros e idosos acima de 65 anos.

* Cateter venoso central (CVC), ventilação mecânica (VM), sonda vesical de demora (SVD)

Os quatro alvos de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde

Programas:

- a. septicemia, associada ou não aos dispositivos intravasculares;
- b. pneumonia, associada ou não à VM;
- c. infecção do trato urinário, associada ou não ao cateterismo vesical;
- d. infecção de sítio cirúrgico.

Os sete alvos de prevenção de eventos adversos não infecciosos

Programas:

- úlcera por pressão;
- insuficiência respiratória aguda;
- aspiração pulmonar;
- insuficiência renal aguda;
- hemorragia pós-operatórias;
- parada cardiorrespiratória prevenível;
- erro no uso de medicamentos.

OBRIGADO!