EVENTOS NAS INTERNAÇÕES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: RASTREAMENTO DE RESULTADOS ADVERSOS NO ESTADO DO PARANÁ

EVENTS IN HOSPITALIZATIONS OF THE BRAZILIAN UNIFIED HEALTH SYSTEM: ADVERSE OUTCOME SCREENING IN THE STATE OF PARANÁ

TEREZINHA PELINSKI DA SILVEIRA¹, EDINALVA ALMEIDA MOTA^{2*}, RÉGIO MARCIO TOESCA GIMENES³

1. Mestre em Promoção da Saúde, Hospital Regional de Ponta Grossa; 2. Enfermeira, Especialista em MBA em Auditoria em Saúde pela UNINTER, Mestre em Promoção da Saúde pela UNICESUMAR e Doutoranda em Ciência Animal com ênfase em Produtos Bi ativos - Bolsista CAPS/PROSUP; 3. Pós-Doutor em Administração, Universidade Federal da Grande Dourados

* Rua Marialva, 5734, Residencial Ouro Verde, Zona III, Umuarama, Paraná, Brasil. CEP: 87502-100. edinalvarosamota@gmail.com

Recebido em 10/02/2018. Aceito para publicação em 15/10/2018

RESUMO

O presente estudo tem por objetivo descrever a regularidade dos eventos adversos, por meio da frequência de rastreadores de potenciais resultados nas internações hospitalares pelo Sistema Único de Saúde do Brasil, no ano de 2011, no Estado do Paraná – Brasil. Para realizar o estudo realizou-se busca no Sistema de Informação Hospitalar do SUS registrados por meio das guias de Autorização de Internações Hospitalares, disponíveis no Banco de Dados do Sistema Único de Saúde de domínio público e acesso irrestrito por intermédio da Internet. Para realizar o rastreamento de resultados utilizou-se a abordagem de screening a qual permite mensurar condições clínicas suspeitas de serem um resultado adverso, ou seja, uma consequência de um problema no processo de cuidado da saúde. Na abordagem screening foram pesquisadas 11 condições clínicas. Os resultados obtidos evidenciaram que em 2011, foram registradas 762.982 internações no Paraná, sendo rastreados 116.785 eventos adversos, totalizando 15,30% das internações. O rastreador de resultado adverso mais frequente foi pneumonia hospitalar (46,42%) e a maior taxa de mortalidade foi encontrada no rastreador sepsis hospitalar (29,51%). A identificação de alto percentual de resultados adversos nas internações, sinaliza a necessidade de desenvolver estratégias de monitoramento e melhorias orientadas para a segurança do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência hospitalar, cuidados de saúde, adversos, CID – 10.

ABSTRACT

The present study aims to describe the regularity of adverse events, through the frequency of screening of potential results in hospital admissions by the Unified Health System of Brazil, in 2011, in the State of Paraná - Brazil. In order to carry out the study, a search was performed in the Hospital Information System of SUS registered through the Hospitalization Authorization, available in the Single Health System Database and unrestricted access through the Internet. The screening approach was used to measure the clinical conditions suspected of being an adverse outcome or a consequence of a problem in the health care process. In the

screening approach, 11 clinical conditions were investigated. The results showed that in 2011, 762,982 hospitalizations were registered in Paraná, 116,785 adverse events were screened, accounting for 15.30% of admissions. The most frequent adverse tracing factor was hospital pneumonia (46.42%) and the highest mortality rate was found in the hospital sepsis tracer (29.51%). The identification of high percentage of adverse outcomes in hospitalizations indicates the need to develop monitoring strategies and improvements aimed at patient safety.

KEYWORDS: Hospital care, health care, adverse, CID – 10.

1. INTRODUÇÃO

Na área hospitalar, inúmeras ferramentas vêm sendo criadas para mensurar a qualidade dos serviços, com o intuito de tornar primoroso o cuidado para com o paciente. Preliminarmente, tais medidas enfocavam óbitos, infecções e avaliações específicas. Com a evolução e a globalização dos interesses dos gestores pelo cuidado, administradores dos serviços de saúde seguem um novo rumo, pois há um olhar holístico nos sistemas de saúde e, em contrapartida, a profissionalização visa o paciente e o cuidador, os quais buscam orientações e/ou informações específicas sobre o cuidado proposto pelos serviços¹.

Diversos estudos apresentam formas de propor o cuidado com a segurança, para reduzir as insatisfações dos pacientes quanto ao cuidado. A busca por alternativas vem de encontro aos estudos, campanhas, programas, projetos, conferências que enfocam a segurança do paciente. O objetivo é reduzir os danos causados, provenientes dos erros de práticas inseguras ou equívocos que ocorreram durante a aprendizagem^{1,2,3}.

Kohn (2000)² afirma que “nem todos os erros resultam em danos”. Erros que resultam em lesões são, por vezes, chamados eventos adversos evitáveis. Um evento adverso é uma lesão resultante a partir de uma

intervenção médica, ou, em outras palavras, não é devido à subjacente condição do paciente.

Dias *et al.* (2012)³ relatam que o estudo dos eventos adversos no Brasil é inovador, devido à escassez de produção científica na área. Em virtude da magnitude dos eventos adversos e a relevância dos mesmos, foi instituído no Brasil o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), pela Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013.

Daud-Gollatti (2004)⁴ dedicou-se aos estudos sobre os eventos adversos direcionados às internações hospitalares, com achados alarmantes em pacientes com diagnóstico de acidente vascular. Harada *et al.* (2006)⁵ voltaram seus estudos para o setor de pediatria e terapia intensiva no Estado de São Paulo, na avaliação da qualidade, economia e bioética. Percebe-se que os estudos direcionados aos eventos adversos possuem variedade de construções direcionadas à qualidade e segurança do paciente, nos quais os prontuários hospitalares, considerados fontes essenciais para possibilidade deste tipo de estudo, proporcionam avaliação e monitoramento, possibilitando ênfase na segurança e qualidade dos serviços de saúde junto ao paciente⁶.

Heede *et al.* (2009)⁷ exploram dados administrativos, prontuários, na busca de eventos adversos, a fim de estudá-los. No Brasil, no Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), informações para identificar problemas relacionados a medicamentos ocorridos durante a internação hospitalar, estimando as frequências e características. Os resultados encontrados, muito embora abaixo dos patamares apresentados em estudos internacionais, não foram desprezíveis.

A partir destas considerações, justifica-se este estudo, cujo objetivo é descrever a frequência de rastreadores de potenciais resultados adversos em internações no Sistema Único de Saúde (SUS), no Estado do Paraná.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Estudo quantitativo de corte retrospectivo, com coleta de dados secundários a respeito dos eventos adversos em internação hospitalares no Brasil, disponibilizados no Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), registrados por meio das guias de Autorização de Internações Hospitalares (AIHs), disponíveis no Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS) de domínio público e acesso irrestrito por intermédio da Internet.

O banco de dados selecionado para subsidiar este estudo é formado pelas informações de todos os prontuários cadastrados no SIH-SUS-AIH do Estado do Paraná, tendo como critério os internamentos através das AIHs exclusivamente financiadas pelo SUS, independente do âmbito, federal, estadual, municipal, privada, entre outras, sendo o cuidado de longa ou curta permanência durante a hospitalização do paciente, independente de idade e sexo. Justifica-se o ano escolhido pela disponibilidade e acesso aos dados

necessários para cumprir-se os objetivos propostos no planejamento do estudo.

O termo resultado adverso foi utilizado como sendo o resultado do cuidado desfavorável ou indesejável para o paciente. A abordagem de *screening* foi utilizada para mensurar condições clínicas suspeitas de serem um resultado adverso, ou seja, uma consequência de um problema no processo de cuidado da saúde.

As 11 condições clínicas utilizadas para a realização do presente estudo e que podem vir a ser evitadas por um cuidado de enfermagem de boa qualidade, destaca-se infecção do trato urinário, úlcera de pressão, pneumonia hospitalar, choque-parada cardíaca, hemorragia digestiva alta, seps hospitalar, trombose venosa profunda, complicações do sistema nervoso central, infecção de ferida operatória, insuficiência respiratória e distúrbio metabólico. E estão fundamentadas nas teorias desenvolvidas por Needleman *et al.* (2002)¹⁰ e aplicadas por Heede *et al.* (2009)⁷.

Os rastreadores de potencial adverso foram codificados pela Organização Mundial de Saúde para a versão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Revisão – CID 10, vigente no Brasil.

A estratégia de análise envolveu a identificação dos rastreadores de potenciais resultados adversos e a descrição quanto às seguintes variáveis: número de diárias de acompanhantes, número de dias de permanência do paciente hospitalizado, idade, número de diárias do paciente hospitalizado, número de AIHs pagas conforme escala de valores, sexo e número de AIHs pagas devido à necessidade de cuidados na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI).

3. RESULTADOS

Mediante a realização do presente estudo observou-se que o número total de internações hospitalares no Estado do Paraná no ano de 2011 foi 762.982, distribuídas nas seguintes especialidades: clínica cirúrgica (259.816), clínica obstetrícia (95.868), clínica médica (315.383), cuidados prolongados crônicos (75), psiquiatria (22.880), pneumologia sanitária (322), pediatria (61.925), AIDS (355) e saúde mental (6.345).

Constatou-se que a faixa etária com maior número de internações hospitalares foi de pacientes com idades entre 50 - 59 anos (38,22%) e com o menor número de internações a dos 20 a 29 anos (15,58%).

Ao analisar a natureza jurídica das entidades prestadoras dos serviços de saúde, observou-se que 76,74% das internações ocorreram no sistema privado, as quais mantêm convênio/e/ou/contrato com o SUS, tendo em vista a disponibilidade dos serviços entre as entidades privadas (filantrópico e filantrópico isento de tributos e contratos sociais) no cuidado terciário. As demais internações 23,26% foram realizadas por agentes públicos.

Com relação aos pagamentos realizados pelas internações, verificou-se que 56,41% ficaram na faixa

de R\$ 500,00 a R\$ 1.000,00, sendo que até o limite superior desta faixa (R\$ 1.000,00), concentrou 86,02% dos pagamentos.

No caso das internações em UTI, 94,07% dos pagamentos foram até R\$ 500,00 e até R\$ 2.000,00 concentram-se 98,09% dos pagamentos.

Com relação aos rastreadores alvo do presente estudo é possível observar a distribuição de frequência do rastreador choque/parada cardíaca encontrado no SIH-SUS do Estado do Paraná no ano de 2011, onde verificou-se que a maior parte dos eventos adversos ocorreram em indivíduos do sexo feminino (53,08%), com faixa etária compreendida entre 50 a 59 anos (16,95%). Constatou-se que a maior média de permanência dos acompanhantes nas internações foi de um dia (46,71%) e que na maioria dos casos (45,50%) os pagamentos realizados aos hospitais em sua não ultrapassaram R\$ 500,00. A proporção média de óbitos no rastreador choque/parada cardíaca foi de 10,81%.

É possível verificar a distribuição de frequência do rastreador “complicações do sistema nervoso central”. Verificou-se uma maior proporção média desse evento nos homens (53,43%). A faixa etária média em que ocorreu o maior número de eventos foi de 60 a 69 anos (16,25%). A permanência dos pacientes no hospital em sua maior proporção média (45,25%) foi de 2 a 3 dias. A maior média de permanência dos acompanhantes nas internações (72,45%) foi de 1 dia. Os pagamentos realizados aos hospitais, em sua maior proporção a média (60,55%), não ultrapassaram R\$ 500,00. A proporção média de óbitos no rastreador “complicações do sistema nervoso central” foi de 2,3%.

Com relação a distribuição de frequência do rastreador “disfunção metabólica”. Verificou-se uma maior proporção média desse evento nas mulheres (61,03%). A faixa etária média em que ocorreu o maior número de eventos foi de 20 a 29 anos (19,90%). A permanência dos pacientes no hospital, em sua maior proporção média (19,90%), foi de 20 a 29 dias. A maior média de permanência dos acompanhantes nas internações (40,19%) foi de 1 dia. Os pagamentos realizados aos hospitais, em sua maior proporção média (71,04%), não ultrapassaram R\$ 500,00. A proporção média de óbitos no rastreador “disfunção metabólica” foi de 0,90%.

É possível observar distribuição de frequência do rastreador “infecção de ferida operatória”. Verificou-se uma maior proporção média desse evento nas mulheres (54,31%). A faixa etária média em que ocorreu o maior número de eventos foi de 50 a 59 anos (20,91%). A permanência dos pacientes no hospital, em sua maior proporção (33,23%), foi de 2 a 3 dias. A maior média de permanência dos acompanhantes nas internações (82,65%) foi de 1 dia. Os pagamentos realizados aos hospitais, em sua maior proporção (34,75%), foi mais de R\$ 2.000,00, sendo 49,84% dos pagamentos até R\$ 1.000,00. A proporção média de óbitos no rastreador Infecção ferida operatória de 5,32%.

Ainda é possível observar a distribuição de frequência do rastreador “infecção do trato urinário”.

Verificou-se uma maior proporção média desse evento nas mulheres (54,17%). A faixa etária média em que ocorreu o maior número de eventos foi de 20 a 29 anos (21,23%). A permanência dos pacientes no hospital, em sua maior proporção (44,69%), foi de 2 a 3 dias. A maior média de permanência dos acompanhantes nas internações (78,51%) foi de 1 dia. Os pagamentos realizados aos hospitais, em sua maior proporção (51,96%), não ultrapassaram R\$ 500,00. A proporção média de óbitos no rastreador “infecção do trato urinário” foi de 0,96%.

Quanto a distribuição de frequência do rastreador “insuficiência respiratória”, verificou-se uma maior proporção média desse evento nos homens (57,98%). A faixa etária média em que ocorreu o maior número de eventos foi de 0 a 9 anos (17,68%). A permanência dos pacientes no hospital, em sua maior proporção média (33,40%), foi de 1 dia. A maior média de permanência dos acompanhantes nas internações (80,07%) foi de 1 dia. Os pagamentos realizados aos hospitais, em sua maior proporção média (28,25%), foram de R\$ 1.500,00 a R\$ 2.000,00. A proporção média de óbitos no rastreador “insuficiência respiratória” foi de 12,46%.

É possível observar a distribuição de frequência do rastreador sepse hospitalar. Verificou-se uma maior proporção média desse evento nos homens (55,37%). A faixa etária média em que ocorreu o maior número de eventos foi de 70 a 79 anos (17,75%). A permanência dos pacientes no hospital, em sua maior proporção (33,75%), foi mais que 5 dias. A maior média de permanência dos acompanhantes nas internações (65,36%) foi de 1 dia. Os pagamentos realizados aos hospitais, em sua maior proporção (32,24%), foram de R\$ 500,00 a R\$ 1.000,00. A proporção média de óbitos no rastreador sepse hospitalar foi de 29,51%.

Pode-se observar a distribuição de frequência do rastreador “trombose venosa profunda”. Verificou-se uma maior proporção média desse evento nas mulheres (75,92%). A faixa etária média em que ocorreu o maior número de eventos foi de 20 a 29 anos (19,71%).

É possível também visualizar a distribuição de frequência do rastreador “úlceras de pressão”. Verificou-se uma maior proporção média desse evento nos homens (52,94%). A faixa etária média em que ocorreu o maior número de eventos foi de 20 a 29 anos (16,32%). A permanência dos pacientes no hospital, em sua maior proporção média (29,27%), foi de 1 dia. A maior média de permanência dos acompanhantes nas internações (74,88%) foi de 1 dia. Os pagamentos realizados aos hospitais, em sua maior proporção média (50,74%), não ultrapassaram R\$ 500,00. A proporção média de óbitos no rastreador “úlceras de pressão” foi de 3,80%.

Constata-se ao analisarmos os dados expostos, que a permanência dos pacientes no hospital, em sua maior proporção média (40,47%), foi de 2 a 3 dias. A maior média de permanência dos acompanhantes nas internações (81,88%) foi de 1 dia. Os pagamentos realizados aos hospitais, em sua maior proporção

média (52,42%), foram de R\$ 500,00 a R\$ 1.000,00. A proporção média de óbitos no rastreador “trombose venosa profunda” foi de 0,89%.

A distribuição de frequência do rastreador “hemorragia digestiva alta”. Verificou-se uma maior proporção média desse evento nas mulheres (50,99%). A faixa etária média em que ocorreu o maior número de eventos foi de 40 a 49 anos (17,83%). A permanência dos pacientes no hospital, em sua maior proporção média (38,63%), foi de 2 a 3 dias. A maior média de permanência dos acompanhantes nas internações (83,74%) foi de 1 dia. Os pagamentos realizados aos hospitais, em sua maior proporção média (39,52%), não ultrapassaram R\$ 500,00. A proporção média de óbitos no rastreador “hemorragia digestiva alta” foi de 4,90%.

Os resultados também apresentam a distribuição de frequência do rastreador pneumonia hospitalar. Verificou-se uma maior proporção média desse evento nos homens (51,28%). A faixa etária média em que ocorreu o maior número de eventos foi de 0 a 9 anos (17,98%). A permanência dos pacientes no hospital, em sua maior proporção média (43%), foi 2 a 3 dias. A maior média de permanência dos acompanhantes nas internações (65,76%) foi de 1 dia. Os pagamentos realizados aos hospitais, em sua maior proporção média (46,76%), foram de R\$ 500,00 a R\$ 1.000,00. A proporção média de óbitos no rastreador “pneumonia hospitalar” foi de 6,27%.

4. DISCUSSÃO

A abordagem deste estudo é classificada como rastreamento (*screening*), isto é, identifica potenciais problemas relacionados à qualidade do cuidado e da segurança do paciente. De acordo com Dias *et al.* (2012)³, a abordagem de *screening* é uma avaliação inicial que requer uma segunda fase de aprofundamento, a fim de certificar a ocorrência do evento adverso e identificar os principais fatores explicativos e elementos de intervenção hospitalar, para prevenir novas ocorrências.

Das 762.982 internações hospitalares realizadas, o *screening* das AIHs identificou 116.785 eventos adversos de acordo com as 11 condições clínicas ajustadas aos códigos da CID-10, ou seja, 15,30% dos internamentos tiveram resultados adversos. Daud-Gallotti (2004)⁴ coloca que os eventos adversos afetam 10% das admissões hospitalares, no entanto, no Estado do Paraná, os eventos adversos superaram os valores apurados nos estudos em 5,30%. No último censo demográfico populacional realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população do Estado do Paraná era de 10.444.526 habitantes; ao se considerar este último levantamento do Censo e tendo como base as internações realizadas, pode-se estimar que aproximadamente 7,30% dessa população necessitou de internação hospitalar¹¹.

Os rastreadores identificam que a população acometida de forma geral nas internações com os eventos adversos corresponde a pacientes de idade

igual ou acima de 60 anos, ou seja, pacientes que se encontram na terceira idade. Verificou-se que o perfil das internações foi heterogêneo com relação às especialidades, prevalecendo os idosos. Esses dados confirmam a literatura que discorre sobre o efeito da cronicidade, da comorbidade e da gravidade das doenças em idosos relacionadas ao aumento do risco de morte e resultados adversos^{3,4,6,12,13}.

Gontijo (2005)¹⁴ destaca que “o envelhecimento da população é um fenômeno global que exige ação local, regional, nacional e internacional”. Ainda, afirma que o Brasil, em 2025, segundo estatísticas, poderá ser o 6º país mais populoso do mundo em número de idosos, necessitando, assim, de políticas específicas direcionadas ao idoso e às doenças que os acometem. Considerando que 26,38% das internações foram de pacientes acima de 60 anos e ocorreram entre os meses de julho e agosto, considerados os meses mais frios do ano, é possível sugerir que esta população é mais suscetível às doenças respiratórias, podendo levar ao evento adverso parada respiratória (5,38% das internações).

A proporção de resultados adversos apurada no presente estudo (15,30%) é consideravelmente alta, pois a internação busca o restabelecimento da saúde; no entanto, devido aos eventos ocorridos, a vida pode ser interrompida, além do que, durante a internação, o paciente é limitado em seu convívio familiar e social, como também onera o valor das despesas hospitalares, devido a longa permanência hospitalizado, como também pela possibilidade de ser acometido de novas enfermidades secundárias. Cabe às entidades, tanto públicas quanto privadas, credenciadas pelo SUS promoverem a educação, a cultura da segurança, boas práticas de atenção e diversas estratégias do cuidado livre de resultados adversos.

De acordo com os dados, os internamentos da clínica médica (41,34%) e da clínica cirúrgica (34,05%) somam o maior número de hospitalizações (75,39%), ou seja, com um fluxo de pacientes maior em ambas as clínicas, há maior probabilidade de ocorrer um número elevado de eventos adversos, tendo em vista as vastas patologias tratadas durante este tipo de internação. Estes resultados são confirmados pelos estudos de Dias *et al.* (2012)³, Needleman *et al.* (2002)¹⁰ e Heede *et al.* (2009)⁷.

A proporção das mulheres foi maior na clínica médica e cirúrgica. De acordo com Gontijo (2005)¹⁴, “as mulheres vivem mais do que os homens em quase todos os lugares”, sendo assim, necessitam de mais cuidados na manutenção da vida, cabendo políticas públicas direcionadas à saúde da mulher, atentando para as fragilidades do corpo e, conseqüentemente, os eventos adversos durante o período de internação. No entanto, as políticas públicas devem estar atentas e proporcionar qualidade quanto à saúde do homem, disponibilizando programas de atenção que chamem a atenção do sexo masculino nesse cuidado com a saúde, não somente na terceira idade, mas desde a fase da infância, passando pela adolescência, fase adulta, o que

proporcionará, na fase da terceira idade, melhor qualidade de vida. O universo feminino favorece o cuidado da saúde devido ao ciclo reprodutivo, o culto ao corpo na busca do cuidar de si e do próximo, envolvendo-se, desta forma, nos serviços de saúde com maior frequência.

O presente estudo também identifica o sistema de financiamento das internações, destacando os serviços privados, regidos pela Lei 8.080, Capítulo IV, dos contratos “[...] que no art. 26 destaca: O SUS pode celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução”. Cabe, assim, aos órgãos competentes o controle e a fiscalização na emissão AIH, bem como no cuidado para com o restabelecimento da saúde dos pacientes, livre de riscos decorrentes do cuidado e eventos adversos¹⁵.

A maior proporção dos pagamentos foi realizada aos agentes privados (76,74%), destacando-se, dentre esses, os agentes filantrópicos isentos de tributos e contribuições sociais (52,82%). Os pagamentos realizados a agentes públicos corresponderam a 23,26% das internações, sendo a maior proporção realizada para os agentes municipais (53,20%), seguido dos estaduais (34,60%) e federais (12,20%). No quesito despesas hospitalares, 56,41% são atribuídas à tarifa paga pelo SUS, entre R\$ 500,00 a R\$ 1.000,00, relacionadas com diárias dos pacientes de 2 a 3 dias, totalizando 45,84% das características das internações.

A distribuição da frequência dos rastreadores de potencial resultado adverso foi heterogênea. O rastreador de potencial adverso mais registrado em ambas as especialidades foi pneumonia hospitalar (46,42%), seguido de trombose venosa profunda (14,89%), disfunção metabólica (8,27%), infecção do trato urinário (7,49%), complicações do sistema nervoso central (6,62%), hemorragia digestiva alta (6,05%), sepse hospitalar (4,75%), úlcera de pressão (2,33%), insuficiência respiratória (1,85%), choque/parada cardíaca (0,74%), e infecção de ferida operatória (0,59%). Tais resultados corroboram com o do estudo realizado por Dias *et al.* (2012)³.

O rastreador infecção subsequente a procedimentos, que no caso das mulheres atinge 64,68% das internações, principalmente na faixa etária de 50 a 59 anos (20,91%) e com uma taxa de mortalidade de 5,32%. Diversos são os fatores que podem produzir resultados adversos nesta CID, desde a higienização das mãos, esterilização dos materiais médicos, preparo do paciente no pré e pós-operatório, disposição dos artigos, entre outros, sendo um resultado adverso evitável através de cuidados previsíveis que podem ser padronizados e revistos pelas equipes através da educação continuada.

O *screening* da patologia da infecção do trato urinário, as infecções são predominantes no sexo feminino (54,17%). A infecção urinária nas senhoras na fase adulta tem proporção de 50 vezes mais chances de ocorrer que a infecção entre os homens, tendo em vista a rota de contaminação do trato urinário, por via

ascendente. Isso ocorre devido a menor extensão anatômica da uretra feminina, a característica da genitália feminina e a proximidade entre a vagina e o ânus, um desafio para o paciente diante das complicações no trato urinário frente aos resultados adversos¹⁴.

O tratamento das infecções do trato urinário é delicado, pois, em se tratando de infecção, é comum o uso de antibiótico, o que resulta maior despesa hospitalar. Esse evento adverso é possível de se prevenir, entretanto, deve haver parceria entre as equipes que proporcionam o cuidado hospitalar direcionado ao paciente, observando-se as técnicas que envolvem diversos fatores no procedimento, desde a esterilização de materiais, higiene íntima, higiene das mãos, entendendo o paciente como sendo único na realização de cada procedimento. Dessa forma, reduz-se ao máximo os potenciais resultados adversos com a colaboração e unicidade da equipe de enfermagem no cuidado. A educação continuada faz parte integrante das competências do enfermeiro no ambiente hospitalar/saúde, pois o cuidado é atribuído de forma clara através das prescrições médicas, de enfermagem, farmacêutica e de nutrição para a equipe de enfermagem, cabendo ao enfermeiro vivenciar os problemas e rever os indicadores e as estratégias na minimização dos problemas.

Já o rastreador insuficiência respiratória apresenta uma taxa de mortalidade relevante em relação aos demais rastreadores (12,46%). Para reduzir essa taxa, é imprescindível ter excelência no cuidado, com uma atenta observação dos sinais e sintomas do paciente, tais como frequência respiratória e controle de oxigênio, essenciais para a manutenção da vida do paciente. Nesse rastreamento, o fator idade influencia diretamente no cuidado da doença, tendo em vista os hábitos vivenciados durante a vida, como por exemplo: o tabagismo, fumaça, fogão a lenha, entre outros.

O rastreador sepse hospitalar foi relacionado a 5.542 pacientes, apresentando uma taxa de mortalidade (29,51%). Com relação a esta condição clínica, Silva *et al.*¹⁶ afirma que, no decorrer dos anos, a modernização do cuidado com a saúde – tendo a disposição equipamentos sofisticados, materiais de ponta – interfere diretamente na incidência e prevalência das patologias, podendo elevar o número de óbitos pela sepse hospitalar. A sepse é resultante da interação entre os microorganismos infectantes frente à resposta da imunidade do paciente, configurando uma das principais causas de óbito na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI).

A sepse diagnosticada no paciente depende de cuidados especiais, tais como o isolamento do paciente, e deve ser controlada, pois pode ser um meio de contaminação cruzada, caso não sejam observados cuidados por parte das equipes de saúde. A permanência do paciente hospitalizado poderá vir a desenvolver outras enfermidades, como também novos eventos adversos, caso cuidados e protocolos não sejam estabelecidos para estabilizar a enfermidade,

principalmente, quando se trata de infecções bacterianas.

As úlceras de pressão, acometem principalmente pacientes restritos ao leito, ou seja, pacientes de diversos dias de hospitalização e nutrição inadequada, sendo os idosos, os mais acometidos pelas úlceras. Uma das formas de reverter o quadro do paciente, além da nutrição adequada, é a mudança de decúbito, fator primordial no cuidado. Desta forma, a equipe de enfermagem diretamente responsável pelo cuidado deve mudar o posicionamento do paciente, frente aos agravos possíveis que se pode instaurar durante a hospitalização. Sobre este rastreador, Luz *et al.* (2010)¹⁷ afirma o seguinte “ [...] a prevenção acaba sendo o principal foco dos profissionais responsáveis pelo cuidado do paciente. A abordagem preventiva deve ser multidisciplinar e tem início na identificação precoce dos pacientes suscetíveis, devendo abranger a equipe cuidadora, além dos familiares envolvidos e do próprio paciente, quando possível. Mecanismos de distribuição da pressão, mudança periódica de posição, controle da incontinência, cuidados com a pele e nutrição são as principais medidas envolvidas”.

A trombose venosa profunda é predominante nas mulheres (75,92%). Penha *et al.* (2009)¹⁸, ao se referir a este rastreador, ensina que o que caracteriza a trombose é a formação de trombos nas veias mais profundas dos membros, principalmente inferiores, o que configura uma causa comum em pacientes cirúrgicos, elevando a morbidade e mortalidade nestes pacientes. O autor salienta que, entre os fatores de risco, a idade avançada é considerada como um dos mais importantes, pois ocorre a diminuição da atividade fibrinolítica, resistência vascular e a redução do fluxo sanguíneo. A incidência no sexo feminino está relacionada ao uso de anticoncepcional. A obesidade pode inibir a atividade fibrinolítica, dificultando a deambulação e, portanto, aumentando os dias de permanência no hospital, sendo a restrição no leito recomendada frente aos possíveis danos ao paciente.

5. CONCLUSÃO

A relevância deste estudo está assentada em alguns pontos, entre os quais, destacam-se: a sua abrangência, pois foi baseado em dados administrativos das AIHs de todo o Estado do Paraná e os vários tipos de prestadores de serviços; a sua inovação, pois existem até o momento poucos estudos sobre resultados adversos no Brasil e nenhum no Estado do Paraná, com base na coleta e processamento de dados administrativos; a demonstração da viabilidade do emprego do SIH-SUS para avaliar os resultados adversos, apesar da reconhecida extensão e complexidade do tema.

Percebe-se que, no Estado do Paraná, o despertar quanto à segurança do paciente ainda é uma semente muito tênue, pouco se fala nos ambientes hospitalares sobre o assunto e o referencial teórico é restrito, ou seja, a segurança do paciente é atribuída, apenas, à medicação e ao campo cirúrgico.

Espera-se que os resultados deste estudo possam levar a questão da qualidade do cuidado e da segurança do paciente aos formuladores das políticas públicas que contemplem a área da promoção da saúde, no sentido de pleitear maior atenção e volume de recursos para capacitação e atualização dos profissionais envolvidos no cuidado, como, também, no aperfeiçoamento e na diligência no que se refere à fidedignidade dos registros e o desenvolvimento dos sistemas de informações em saúde.

Ao final, incita-se a comunidade acadêmica no sentido de pesquisar e desenvolver estratégias de monitoramento e melhorias dirigidas para a segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

- [1] Silveira TP, Gimenes RMT. Eventos nas internações no sistema único de saúde: rastreamento de resultados adversos no Estado do Paraná. [Dissertação]. Maringá: Centro Universitário CESUMAR, 2014.
- [2] Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err Is Human: building a safer health care system. 2000. Disponível em: <<http://www.nap.edu/catalog/9728.html.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2013.
- [3] Dias MA, Martins M, Navarro N. Rastreamento de resultados adversos nas internações do Sistema Único de Saúde. Revista de Saúde Pública 2012. 46(1):719-29.
- [4] Daud-Gallotti RMD. Eventos adversos – o que são? Revista Associação Médica Brasileira 2004. 50(2):114-20.
- [5] Harada MJCS, Pedreira MLV, Peterlini MAS, Pereira SR. O erro humano e a segurança do paciente. Rio de Janeiro: Atheneu. 2006.
- [6] Ben-Tovim DI, Pointer SC, Woodman R, Hakendorf PH, Harrison J E. Routine use of administrative data for safety and quality purposes — hospital mortality. Medical Journal of Australia 2010. 1(193):100–3.
- [7] Heede KVD, Sermeus W, Diya L, Clarke SP, Lesaffre E, Vleugels A, Aiken LH. Nurse staffing and patient outcomes in Belgium acute hospitalis: cross-sectional analysis of administrative data. International Journal of Nursing Studies 2009. 46(2):928-39.
- [8] Brasil. DATASUS. SIHD. 2011. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/SIHD>>. Acesso em: 15 jan.2017.
- [9] Brasil. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10. Décima revisão. Trad. do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 3ª ed. São Paulo: EDUSP. 2008.
- [10] Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. New England Journal of Medicine 2002. 346(22):1715-22.
- [11] Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Atlas do Censo Demográfico 2010. 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_atlas.shtm. Acesso em: 10 jul. 2017.
- [12] Iezzoni LI. Assessing quality usig administrative data. Annals of Internal Medicine 1997. 127(1):666-74.

- [13] Martins M, Blais R, Miranda NN. Avaliação do índice de comorbidade de Charlson em internações da região de Ribeirão Preto. São Paulo, Brasil. Caderno de Saúde Pública 2008. 24(3):643-52.
- [14] Gontijo S. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: OPAS. 2005.
- [15] Brasil. Diário Oficial da União. Lei no 8.080, de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>.
Acesso em: 12 mai. 2017.
- [16] Silva BL, Ribeiro FF, Andrade SSC, Fonseca LCT. Morbimortalidade hospitalar por sepse no Sistema Único de Saúde. Revista Enfermagem UFPE 2013. 7(2):23-9.
- [17] Luz SR, Lopacinski AC, Fraga R, Urban CA. Úlceras de Pressão. Revista Geriatria e Gerontologia 2010. 4(1):36-43.
- [18] Penha GS, Damiano AP, Carvalho T, Lain V, Serafim JD. Mobilização precoce na fase aguda da trombose venosa profunda de membros inferiores. Jornal Vascular Brasileiro 2009. 8(1):77-85.