



**UNICESUMAR – CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ
PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE**

**TEREZINHA PELINSKI DA SILVEIRA
RÉGIO MARCIO TOESCA GIMENES**

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

MARINGÁ/PR

2014



TEREZINHA PELINSKI DA SILVEIRA
RÉGIO MARCIO TOESCA GIMENES

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

Dissertação de mestrado apresentada ao Centro
Universitário de Maringá (UNICESUMAR), como
requisito à obtenção de título de Mestre em Promoção
da Saúde.

Orientador: Prof^o Dr. Régio Marcio Toesca Gimenes
Coorientação: Prof^a Dra. Mirian Ueda Yamaguchi

MARINGÁ/PR

2014

Silveira, Terezinha Pelinski da

Eventos nas internações no Sistema Único de Saúde: rastreamento de resultados adversos no Estado do Paraná.

Maringá, 2014.

60 p.

Dissertação (Mestrado) – CESUMAR – Centro Universitário de Maringá

Área de Concentração: Multidisciplinar – Promoção da Saúde

Orientador: Prof^o Dr. Régio Marcio Toesca Gimenes

Coorientação: Prof^a Dra. Mirian Ueda Yamaguchi

1.Hospitalar; 2.Mortalidade hospitalar; 3.Qualidade da assistência à saúde;
4.Sistema Único de Saúde; 5.Segurança do paciente.

RESUMO

O estudo aborda o rastreamento dos resultados dos eventos adversos nas internações no Sistema Único de Saúde, no Estado do Paraná, no ano de 2011. O objetivo é descrever a regularidade dos eventos adversos, através da frequência de rastreadores de potenciais resultados nas internações no SUS, no ano de 2011, no Estado do Paraná – Brasil. O estudo é do tipo retrospectivo, tendo como sujeitos abordados na pesquisa, todos os prontuários disponíveis em banco de dados públicos com base no Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), através da Autorização de Internações Hospitalares – AIH, exclusivamente financiada 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. O rastreamento de resultados adversos utilizou *screening*, mensurando as 11 condições clínicas, fundamentadas nas teorias desenvolvidas por Needleman *et al.*(2002) e aplicadas por Van Den Heede *et al.*(2006) através da Classificação Internacional de Doenças na décima revisão (CID-10), no rastreamento e classificação das variáveis. Resultados: No ano de 2011, foram registradas 762.982 internações no Estado do Paraná, correspondente 7,3% da população do estado, 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 Sepses 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: Segurança do Paciente, Assistência Hospitalar, Resultados Adversos, Cuidados da Saúde.

ABSTRACT

The study addresses the tracking of the results of adverse events in hospital admissions in the Sistema Único de Saúde in the state of Paraná in 2011. The objective of this study is to describe the regularity of adverse events by the potential results trackers frequently in admissions in SUS, in 2011, the State of Paraná - Brazil. The study is a retrospective. The subjects addressed in this study, all records available in public database based on the Hospital Information System Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) by the Hospitalization Authorization - AIH, exclusively funded by SUS, regardless of level, federal, state, municipal, private, among others, being long or short stay care during hospitalization of the patient, regardless of age and sex. The tracking of adverse outcomes used screening, measuring the 11 clinical conditions, based on the theories developed by Needleman et al. (2002) and applied by Van Den Heede et al. (2006) by International Classification of Diseases in the tenth revision (ICD-10), in tracking and classification of variables. Results: In 2011, 762,982 hospitalizations were recorded in the State of Paraná, representing 7.3% of the state population, being tracked 116,785 adverse events, totaling 15.30% of admissions. The most frequent adverse outcome tracker was Hospital Pneumonia (46.42%) and the highest mortality rate was found in the tracker Sepsis Hospital (29.51%). The identification of high rates of adverse outcomes in hospitalizations, signals the need to develop monitoring strategies and targeted improvements to patient safety.

Key words: Patient Safety, Hospital Care, Adverse results, Health care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Rastreadores de resultados adversos e respectivos códigos da Classificação Estatística de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima revisão.	25
Quadro 2 – Metas e desafios globais para a qualidade e segurança do paciente ..	45
Quadro 3 – Metas e desafios globais para a qualidade e segurança do paciente ..	46
Quadro 4 – Dez objetivos essenciais para a cirurgia segura: revisão das evidências e recomendações.....	51

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – The Swiss cheese of how defenses, barriers, and safeguards may be penetrated by an accident trajectory.	16
Figura 2 – Diagrama de Venn representando a terminologia em segurança de pacientes.	19
Figura 3 – Características do hospital e do paciente.....	20

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Internações segundo grupo procedimento Paraná 2011 - especialidade por internação.....	26
Tabela 2 – Faixa etária – internações – 2011 – Estado do Paraná.....	27
Tabela 3 – Internações no Paraná 2011, entidades prestadoras dos serviços públicos e privados.....	28
Tabela 4 – Rastreadores de potencial de resultado nas hospitalizações no Estado do Paraná, 2011. Perfil geral do estudo, características das internações.....	29
Tabela 5 – Rastreadores de potencial de resultado nas hospitalizações no Estado do Paraná, 2011 - Choque/parada cardíaca	30
Tabela 6 – Rastreadores de potencial de resultado nas hospitalizações no Estado do Paraná, 2011 - Complicações Sistema Nervoso Central	31
Tabela 7 – Rastreadores de potencial de resultado nas hospitalizações no Estado do Paraná, 2011 - Disfunção Metabólica	33
Tabela 8 – Rastreadores de potencial de resultado nas hospitalizações no Estado do Paraná, 2011 - Infecção ferida operatória	34
Tabela 9 – Rastreadores de potencial de resultado nas hospitalizações no Estado do Paraná, 2011 - Infecção trato urinário	35
Tabela 10 – Rastreadores de potencial de resultado nas hospitalizações no Estado do Paraná, 2011 - Insuficiência respiratória	36
Tabela 11 – Rastreadores de potencial de resultado nas hospitalizações no Estado do Paraná, 2011 - Sepsis hospitalar.....	37
Tabela 12 – Rastreadores de potencial de resultado nas hospitalizações no Estado do Paraná, 2011 - Úlcera de pressão	38
Tabela 13 – Rastreadores de potencial de resultado nas hospitalizações no Estado do Paraná, 2011 - Trombose venosa profunda.I 26.9 - Embolia pulmonar sem menção de cor pulmonale aguda - sem registros	39
Tabela 14 – Rastreadores de potencial de resultado nas hospitalizações no Estado do Paraná, 2011 - Hemorragia digestiva alta	41
Tabela 15 – Rastreadores de potencial de resultado nas hospitalizações no Estado do Paraná, 2011 - Pneumonia hospitalar	43

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1 QUALIDADE EM SAÚDE	12
2.2 DESTAQUE E CONCEPÇÃO DE SEGURANÇA AO PACIENTE	13
2.3 COMPREENDENDO A SEGURANÇA DO PACIENTE COMO UM PROBLEMA	15
2.4 COMPREENDENDO: PACIENTE, SAÚDE, SEGURANÇA, RESULTADO E EVENTOS ADVERSOS	17
2.5 SEGURANÇA DO PACIENTE: DADOS ADMINISTRATIVOS NO RASTREAMENTO DOS RESULTADOS DOS EVENTOS ADVERSOS	20
2.6 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), FONTES DE INFORMAÇÕES	22
3 MATERIAL E MÉTODO	24
4 RESULTADOS	26
5 DISCUSSÃO	44
REFERÊNCIAS	57

1 INTRODUÇÃO

O cuidado no atendimento à saúde, independentemente do sistema ser público ou privado é progressivo e contínuo, e, por ambas as partes, a qualidade no cuidado vem sendo discutida como objeto de atenção entre os sistemas de saúde, tendo em vista garantir a assistência em prol da satisfação do paciente. No entanto, estudos vão ao encontro de estratégias que criam instrumentos para garantir a qualidade na assistência dos serviços de saúde tendo o paciente como objeto de satisfação.

Com o decorrer dos anos, principalmente na área hospitalar, criaram-se instrumentos 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 serviços.

Dias (2010, p. 14) afirma que “o almejo pela qualidade do cuidado em saúde revela uma de suas dimensões diretamente ligadas ao paciente: a segurança”. A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2009, p. 3) define segurança do paciente como sendo “a redução, a um mínimo aceitável, do risco de um dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”, isto é, o mínimo corresponde a proporcionar ao paciente a confiabilidade, o conhecimento científico e a continuidade do cuidado, condizentes com as práticas dispensadas na área da saúde, no intuito de reduzir ao máximo possíveis falhas no cuidado.

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.

Dias (2010, p. 14) descreve que “o tema segurança do paciente foi tratado pela primeira vez por Schimmel em 1964, revelando uma incidência de 20% de complicações decorrentes do cuidado, nos hospitais universitários em estudo”.

A dinâmica da segurança do paciente se destaca a partir da publicação do livro *To Err is Humanganhando*, enfoque em nível internacional, tendo em vista a relevância do tema e a ascensão pela busca do estudo, no que se refere à segurança do paciente, principalmente em países desenvolvidos, como Estados Unidos, Canadá, Austrália e Inglaterra. A segurança do paciente engloba erros de forma geral, tendo como objetivo evitar os eventos adversos, a fim de proporcionar confiabilidade e segurança no cuidado como um todo: “*patient safety: a critical component of quality*”. (KOHN, 2000, p.18).

Kohn (2000, p. 4) 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.

Not all errors result in harm. Errors that do result in injury are sometimes called preventable adverse events. An adverse event is an injury resulting from a medical intervention, or in other words, it is not due to the underlying condition of the patient. While all adverse events result from medical management, not all are preventable (i.e., not all are attributable to errors) (KOHN, 2000, p.4).

Dias (2012, p. 721) afirma 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, cujo objetivo transcreve-se a seguir:

Art. 2º, o PNSP tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional[...]Art. 4º [...] definições: segurança do paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde; dano [...]; incidente [...]; evento adverso: incidente que resulta em dano ao paciente [...]. (MS, 2013).

Daud-Gollatti (2004) dedicou-se aos estudos sobre os eventos adversos direcionados às internações hospitalares, com achados alarmantes em pacientes com diagnóstico de acidente vascular. Harada (2006) voltou 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 grande 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 paciente. (BEM-TOVIM, 2010).

Van Den Heede (2006) explora dados administrativos, prontuários, na busca de eventos adversos, a fim de estudá-los. No Brasil, Rozenfeld (2007) pesquisou, 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 suas 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, no ano de 2011.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 QUALIDADE EM SAÚDE

Donabedian (1978, p. 856) conceitua qualidade em saúde como “a obtenção dos maiores benefícios com os menores riscos ao paciente e ao menor custo”, sendo um processo complexo, multidisciplinar e multidimensional, na perspectiva que o cuidado seja de qualidade, visando maximizar o bem estar da pessoa acometida de alguma enfermidade, ou não. Nesta concepção, o cuidado ganha características peculiares, tendo em vista as necessidades de cada paciente durante a internação e procedimentos eletivos.

No que se refere aos conceitos de qualidade em saúde, não há um consenso entre os autores que tratam deste tema. No entanto, a definição de qualidade extensivamente empregada foi redigida pelo *Institute of Medicine* (IOM) nos EUA (2001, p. 3) como o “grau com o qual os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados de acordo com o conhecimento profissional atual”.

Desta maneira, a definição do cuidado passa a ganhar novas amplitudes, tendo como objetivo a qualidade dos serviços de saúde, padronizados nas dimensões e questões organizacionais dos envolvidos, independentemente da atuação dos serviços oferecidos no campo da saúde.

Donabedian (1994, p. 4) elaborou uma tríade da qualidade para os cuidados de saúde, atualmente referenciado com a denominação de “sete pilares do cuidado”, cujo teor descreve-se a seguir:

Eficácia - capacidade de a arte e a ciência da medicina produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.

Efetividade - melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis.

Eficiência - é a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.

Otimização - torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão

desproporcional aos custos acrescidos, que tais "adições" úteis perdem a razão de ser.

Aceitabilidade-sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado.

Legitimidade - aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral.

Equidade - princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade.

Donabedian (2003) complementa que a qualidade envolve a efetividade, eficiência e a equidade, centradas no cuidado para com o paciente, dentro dos sete pilares necessários para o cuidar com responsabilidade, visando a segurança, a fim de evitar possíveis danos prestados na assistência médica. A IOM (2001, p. 2), além das dimensões citadas por Donabedian (2003), destaca a centralidade no paciente, a oportunidade no tempo e a segurança, ou seja *“crossing the quality chasm focuses more broadly on how the health system can be reinvented to foster innovation and improve the delivery of care”*.

Nos serviços de saúde no Brasil, o Projeto de Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PROADESS, 2011) desenha uma proposta de desempenho para os serviços de saúde, por meio de uma matriz de dimensões, tendo como base o eixo equidade, divididos entre os determinantes da saúde, as condições de saúde da população e o desempenho dos serviços de saúde (efetividade, acesso, eficiência, respeito aos direitos das pessoas, aceitabilidade, continuidade, adequação e segurança). Esta proposta coloca-se como um desafio à qualidade de serviços de saúde devido à dimensão de cuidados prestados junto ao paciente. Durante sua estadia nos serviços de saúde, busca-se uma interação e/ou iniciativas por parte de todas as categorias em prol da satisfação do paciente na qualidade do cuidado, ou seja, implementam-se ações com objetivo de dar segurança ao paciente.

2.2 DESTAQUE E CONCEPÇÃO DE SEGURANÇA AO PACIENTE

Segurança do paciente é uma preocupação constante na qualidade do cuidado, tendo em vista a sua dimensão no setor da saúde, um desafio constante por parte das equipes que atuam no cuidado com a saúde do(s) paciente(s). Com a

publicação do livro *To Err is Human*, em 2000, voltado às questões sobre a segurança do paciente, novos direcionamentos e estudos sobre o assunto vieram ao encontro dos eventos adversos, tendo em vista os danos causados para o paciente como um todo, descritos no livro.

No ano de 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) priorizou suas reflexões sobre a existência de problemas com a segurança do paciente e eventos adversos, após a exposição de estudos em alguns países selecionados, estabelecendo algumas metas globais e a qualidade nos serviços de saúde, bem como a segurança do paciente.

A OMS (2004) desenvolveu a *World Alliance for Patient Safety*, ou seja, Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, atualmente denominada *WHO Patient Safety*.

A OMS (2009, p. 15) preceitua a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde a um nível mínimo aceitável. Sobre esta temática, afirma o seguinte:

O “mínimo aceitável” se refere àquilo que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de não-tratamento, ou outro tratamento. Complementando este conceito, a segurança do paciente não é nada mais que a redução de atos inseguros nos processos assistenciais e uso das melhores práticas descritas de forma a alcançar os melhores resultados possíveis para o paciente; e incidentes são eventos ou circunstâncias que poderiam resultar, ou resultaram, em dano desnecessário ao paciente. O uso do termo "desnecessário" nesta definição é por se reconhecer que erros, violações, maus-tratos e atos deliberadamente inseguros ocorrem na assistência em saúde. Tudo isso é considerado incidente. Certas formas de dano, porém, como uma incisão de uma laparotomia, são necessárias. Este não é considerado um incidente. Incidentes acontecem em decorrência de atos involuntários ou planejados. Erros são, por definição, não intencionais, enquanto que violações são geralmente intencionais ou eventualmente até mal intencionadas, e poderão tornar-se rotineiras e automáticas em certos contextos. Um erro é uma falha para realizar uma ação planejada da forma como deveria acontecer ou a realização incorreta de um plano. Erros podem se manifestar quando se faz algo errado (erro por comissão, que é ativo), ou quando não se faz a coisa certa (erro por omissão, que é passivo), tanto no passo do planejamento quanto na fase de execução. Sendo assim, se para rastreamento de câncer de cólon é feita a pesquisa de sangue oculto nas fezes de forma periódica, e é feita uma colonoscopia na vigência de um teste de sangue oculto negativo (ou seja, a colonoscopia seria desnecessária), esse é um erro de comissão (um exame que não é isento de riscos foi realizado de forma desnecessária), enquanto que a não realização da pesquisa de sangue oculto constituiria um erro de omissão (segundo as evidências atuais, esse rastreamento é recomendado em determinados pacientes pois pode ajudar a diagnosticar precocemente um câncer de cólon). Uma violação é um desvio deliberado a partir de um procedimento, norma ou regra. Tanto os erros quanto as violações

aumentam os riscos, mesmo que um incidente não ocorra. Importante saber que risco é a probabilidade de um incidente ocorrer.

Gallotti (2004, p. 114) conceitua eventos adversos como sendo “complicações indesejadas decorrentes do cuidado prestado aos pacientes, não atribuídas à evolução natural da doença de base”, ou seja, danos resultantes de eventos não naturais, prestados através do cuidado direcionado ao paciente. A autora complementa que os eventos adversos “afetam 10% das admissões hospitalares e constituem atualmente um dos maiores desafios para o aprimoramento da qualidade na área da saúde. A sua presença reflete o marcante distanciamento entre o cuidado ideal e o cuidado real”, desafio que busca possíveis meios de prevenção dos eventos adversos na qualidade dos cuidados de saúde.

Dias (2012, p. 21) destaca que

[...] a ausência de segurança no cuidado ao paciente pode resultar em perda de confiança nos serviços de saúde e relação prejudicada entre pacientes e profissionais; aumento nos custos econômicos e sociais; e redução na possibilidade de alcançar os resultados esperados.

Segundo o IOM (1999), *“errors...are costly in terms of loss of trust in the health care system by patients and diminished satisfaction by both patients and health professionals”*. A perda da confiança por parte dos pacientes no sistema de saúde põe em risco a construção da qualidade dos serviços ofertados e abre margem para, principalmente, a insatisfação do paciente frente ao serviço oferecido.

2.3 COMPREENDENDO A SEGURANÇA DO PACIENTE COMO UM PROBLEMA

Reason (2000, p. 768) descreve que “a premissa básica do sistema de abordagem é que os seres humanos são falíveis e erros são para ser esperados, mesmo nos melhores organismos, os erros são vistos como consequências ao invés de causas [...]”. Em face disso, a segurança do paciente pode ser vista como um problema, pois os eventos adversos são esperados. No entanto, os mesmos são previsíveis, envolvendo ações nas quais a segurança do paciente é primordial na qualidade da assistência. Reason (2000, p. 768) destaca que “o problema de erro humano pode ser visto de duas maneiras: a abordagem da pessoa e a abordagem

do sistema”, o qual considera que a abordagem da pessoa se concentra nas falhas e a abordagem do sistema é percebida como consequência do fato ocorrido.

O autor aplica a metáfora do “queijo suíço”, ou seja, como ocorre o erro na segurança do paciente, tendo em vista que seres humanos são susceptíveis a erros, podendo acometer erros não intencionais e inesperados, e podem ocorrer nos serviços de saúde, tendo em vista a complexidade da saúde como um todo.

Os serviços de saúde buscam formas de minimizar os erros, possibilitando melhores condições de trabalho, organização dos serviços e buscam novos instrumentos direcionados à promoção e atenção na segurança do paciente.

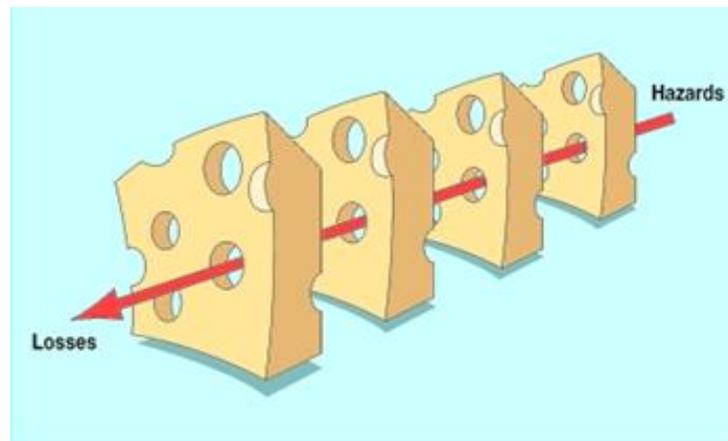


Figura 1 - The Swiss cheese of how defenses, barriers, and safeguards may be penetrated by an accident trajectory.
Fonte: Reason (2000).

A imagem do “queijo suíço” reproduz o erro como uma lacuna, ou seja, um desencadeamento de fatores simultâneos que irão contribuir para o erro; esta combinação envolve diversos segmentos, os quais, alinhados ou não, contribuem para os eventos adversos e a instabilidade da segurança do paciente. As lacunas preveníveis ou não podem acarretar danos significativos ao paciente. Os perigos dos eventos adversos direcionam a possíveis perdas, estabelecendo, assim, insegurança no cuidado e na compreensão da segurança do paciente como um todo, tendo em vista o reconhecimento dos erros na busca de estratégias para evitá-los.

Reason (2000, p. 769) complementa, ao afirmar que “[...] falhas ativas são como mosquito. Eles podem ser golpeados, um por um, mas eles ainda continuam chegando”, ou seja, o sistema busca diversas formas para minimizar os erros, contudo, novos erros são visualizados dia a dia nos serviços de saúde.

Donabedian (2003, p.46), na tentativa de minimizar os erros, sugere três abordagens “*structure, process, and outcome*”, ou seja, estrutura, processo e desfecho, tríade que, devido à sua clareza, teve uma ampla aceitação, mesmo não sendo compreendida e utilizada acertadamente, pois se faz necessário medidas a serem tomadas tendo o monitoramento como eixo principal na segurança do paciente.

Ainda Donabedian (2003, p. 46-47) aponta como estrutura as condições em que os cuidados são prestados, incluindo os recursos materiais e humanos; o processo indica as atividades que organizam os cuidados de saúde, e o resultado são as mudanças, sendo desejáveis ou não nos indivíduos, para os quais são atribuídos os cuidados de saúde com vistas à sua segurança. Esta tríade envolve todos os atores no auxílio, ou seja, a assistência do cuidado à saúde, tendo a promoção e a prevenção como objetivos neste processo.

Desta forma, a busca da segurança ao paciente se inicia pela porta de entrada dos serviços de saúde, desencadeando na porta de saída do paciente, e ainda envolve os cuidadores, os quais procuram no domicílio assegurar a segurança de diversas formas no cuidado, orientando o paciente de tal forma a minimizar os eventos adversos junto a ele, em seu domicílio.

Donabedian (2003) reitera que o envolvimento na segurança do paciente vai ao encontro das mudanças de comportamento, influenciando na satisfação do cuidado. O monitoramento faz parte desta tríade do cuidado, pois se busca observar, analisar, rastrear as possíveis falhas e propor soluções, que envolvem o cuidado, elemento fundamental para a segurança do paciente, tendo como objeto as possíveis falhas na qualidade dos serviços de saúde, trazendo, assim, danos para a saúde do paciente. Busca-se na tríade proposta por Donabedian (2003), elementos-chaves, monitoramento e na teoria do “queijo suíço” de Reason (2000), passagem livre, possibilitando o evento adverso, pois não há barreiras de prevenção na segurança do paciente. Assim, a busca do cuidado requer união de forças envolvendo todos os segmentos no rastreamento da segurança do paciente, tendo o cuidado como base no processo da mudança.

2.4 COMPREENDENDO: PACIENTE, SAÚDE, SEGURANÇA, RESULTADO E EVENTOS ADVERSOS

No campo da saúde, as definições e conceitos são pontos que devem ser considerados, tendo em vista a complexidade que abrangem.

Who (2009, p.3) conceitua paciente como “pessoa que é um receptor de cuidados de saúde, [...] serviços recebidos por pessoas físicas ou comunidades para promover, manter, monitorar ou restaurar a saúde”. Sendo assim, o paciente necessita de cuidados, independentemente de idade, sexo, indispensáveis na prevenção e na promoção da saúde dos mesmos.

Who (2009, p.3) compreende como cliente os “locatários ou consumidores”. Já a saúde vem ao encontro da Organização Mundial de Saúde (2006, p. 1) como “*state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*”.

No Brasil, conforme a Constituição Federal, Artigo 196, Seção II (1988, p. 93), saúde é

[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Ou seja, é um direito universal, na busca da saúde de modo geral da população.

Who (2009, p. 03) afirma que saúde não é meramente a ausência da doença ou enfermidade, ou seja, não basta a ausência da doença, o paciente deve ser visto como um todo. Segundo este autor, “*safety is the reduction of risk of unnecessary harm to an acceptable minimum*”, tanto no coletivo como individual, já o dano pode ser causado por outras intercorrências durante o procedimento.

Dias (2010, p. 22) atribui resultado adverso à “avaliação da qualidade do cuidado” de forma que, na área hospitalar, o monitoramento direcionado ao prontuário é uma das ferramentas na busca destes resultados, como rastrear os resultados desfavoráveis atribuídos ao cuidado junto ao paciente. Monitorar possibilita rever a qualidade dos serviços prestados, possibilitando, assim, o rastreamento dos eventos adversos.

Kohn (2000, p. 5) destaca em seu livro que, quando os erros são analisados e estudados, se aprende com os mesmos, o que possibilita propor ações para preveni-

los, ou seja, *“All adverse events resulting in serious injury or death should be evaluated to assess whether improvements in the delivery system can be made to reduce the likelihood of similar events occurring in the future”*, pois o dano pode ocorrer nos serviços de saúde em qualquer que seja as circunstâncias.

No ambiente hospitalar, Wacheter (2012, p.4) afirma que os pacientes enfrentam os eventos adversos advindos da “negligência [...] e imprudência”, ou seja, o “provedor específico foi o responsável pelo dano”, sendo assim, os eventos adversos podem ser evitados, no entanto determinar os erros depende de vários quesitos a serem abordados pelos envolvidos.

Wacheter (2012, p.6) complementa que os pacientes estão preocupados com sua saúde e com os erros que lhes foram atribuídos, não com a equipe que lhe atribuiu o(s) erro(s). O diagrama representado na Figura 2 ilustra a terminologia em segurança do paciente:



Figura 2 - Diagrama de Venn representando a terminologia em segurança de pacientes.

Fonte: Wacheter (2012, p.4).

Rivard (2008) apresenta um modelo conceitual em pacientes hospitalizados, enfocando as características dos hospitais e as características do paciente, destacando resultados no nível do paciente, como demonstrado na Figura 3.

O tempo de permanência do paciente hospitalizado gera custos. Piola, (2002, p.16) destaca que os “custos dos serviços estão fora de controle”, tendo em vista a dimensão de serviços oferecidos no sistema de saúde. O período de estadia, falta de serviços especializados e demais fatores, oneram os custos hospitalares, pois a

permanência hospitalizado pode vir a desenvolver outras patologias, as quais podem acometer o paciente advindo de eventos adversos, restrição do convívio familiar e o isolamento social.

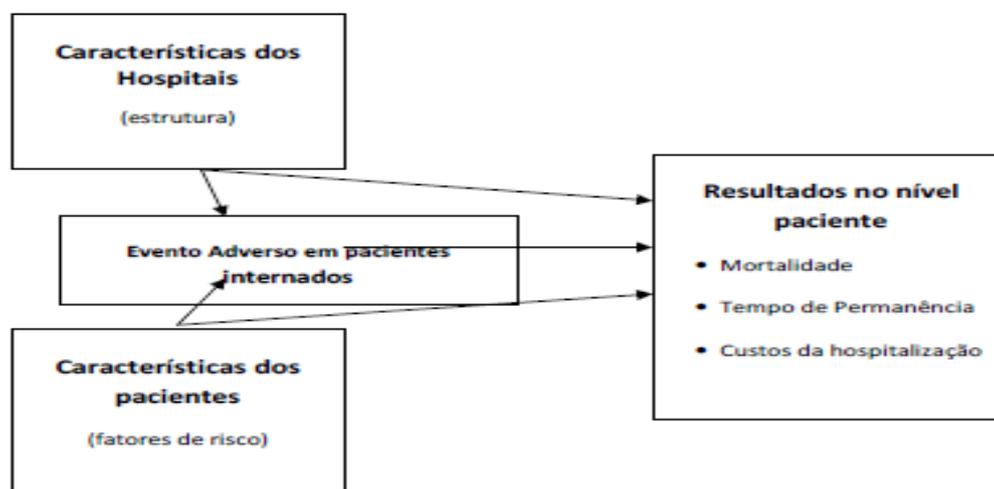


Figura 3 - Características do hospital e do paciente.
Fonte: Adaptado de Rivard et al. (2008).

2.5 SEGURANÇA DO PACIENTE: DADOS ADMINISTRATIVOS NO RASTREAMENTO DOS RESULTADOS DOS EVENTOS ADVERSOS

Na busca dos eventos adversos, o rastreamento (*screening*) é uma ferramenta aliada na organização dos dados, sendo os prontuários considerados como fonte de informação fidedigna dentro de um olhar crítico na busca do desempenho do cuidado, possibilitando, assim, um estudo exploratório o qual é instrumento de rastreamento no monitoramento dos serviços prestados junto ao paciente.

A classificação dos estudos administrativos na abordagem do rastreamento (*screening*) se dá através das informações contidas no prontuário, possibilitando a identificação da deficiência na qualidade do cuidado e a segurança do paciente, ou seja, uma aproximação dos problemas no que diz respeito ao cuidado e, conseqüentemente, os potenciais eventos adversos.

Os *screenings* necessitam de uma avaliação inicial no prontuário, passando por uma observação detalhada para certificar-se do real êxito do cuidado, possibilitando, assim, buscar elementos que viabilizem novas intercorrências.

Karson e Battes (1999), consideram que os eventos adversos muitas vezes são evitáveis, comuns e caros. Para minorar o número dos eventos adversos se faz necessário o desenvolvimento de programas com o objetivo na melhoria da qualidade. Ainda coloca que os *screenings* podem ser manuais (escritos) ou eletrônicos. Os manuais são retirados dos documentos conforme os objetivos da pesquisa, já no caso dos eletrônicos, os dados possibilitam investigar bases com diversas informações a um baixo custo de coleta e processamento.

Lisa (1997) afirma que os dados dos prontuários na maioria das vezes são utilizados para estimar os cuidados com a saúde e a qualidade dos serviços prestados, ressalta que pode haver lacunas nas informações contidas nos prontuários, mas são instrumentos *screening* de potencial valor para as investigações nos eventos adversos.

No Brasil, o Ministério da Saúde (2010, p.17), destaca “a distinção entre rastreamento e diagnóstico de doenças”, ou seja, o diagnóstico se faz quando o paciente apresenta sinal de uma doença e, durante o atendimento, é realizado um exame o qual diagnostica a doença. Já o rastreamento para o Ministério da Saúde (2010, p.7) vem ao encontro da [...] garantia de benefícios relevantes, frente aos riscos, danos previsíveis e imprevisíveis da intervenção”, ou seja, a busca dos possíveis eventos adversos durante o cuidado para com o paciente.

Van Den (2006), em estudo retrospectivo em hospitais na Bélgica, com bases em dados administrativos, identificou a prevalência e a variabilidade das taxas de resultados adversos em hospitais direcionados aos cuidados da enfermagem, identificados no decorrer da hospitalização do paciente. Durante o estudo, buscou-se as 11 (onze) condições clínicas resultantes de eventos adversos por grupos de diagnósticos clínicos, definindo as seguintes classes: choque/parada cardíaca, complicações do sistema nervoso central, distúrbio metabólico, infecção de ferida operatória, infecção do trato urinário, hemorragia digestiva alta, insuficiência respiratória, pneumonia hospitalar, sepse hospitalar, trombose venosa profunda e úlcera de pressão”, as quais estão voltadas aos cuidados da equipe de enfermagem que deve estar atenta nos resultados adversos.

Os programas de rastreamento, segundo o Ministério da Saúde (2010, p. 17), “[...] são aqueles onde se detém o maior controle das ações e informações no tocante ao rastreamento, [...] voltados para detecção [...], condição ou risco”. Os sistemas de informações devem dispor de condições para a busca dos *screenings* da população interessada no rastreamento dos eventos adversos.

2.6 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), FONTES DE INFORMAÇÕES

Nos últimos anos, com o evento da globalização, diversos eventos ocorreram no Brasil, possibilitando, assim, novos rumos na saúde. A Reforma Sanitária é um exemplo, advinda de movimentos os quais originaram a Constituição de 1988 e a implantação do SUS.

A origem dos dados que permitem sistematizar informações para a gestão da saúde, tem como base as unidades hospitalares credenciadas no SUS, as quais enviam as informações das internações, geradas pela AIH, sendo processadas pelas tecnologias da internação a serviço do SUS(DATASUS), gerando, assim, créditos para os serviços de saúde e base de dados das internações hospitalares realizadas no Brasil, a partir de janeiro de 1984.

O objetivo da AIH, após o preenchimento e autorização do procedimento, é o pagamento das internações realizadas no âmbito hospitalar, alimentando, assim, um banco de dados que possibilita:

- Armazenar os dados das internações hospitalares;
- Apresentar e processar mensalmente as AIH dos estabelecimentos de saúde públicos, conveniados e contratados;
- Disponibilizar aos gestores relatórios com informações para pagamento da produção aos prestadores;
- Acompanhar o desempenho dos hospitais quanto às metas firmadas nos contratos entre gestor e hospitais;
- Garantir ferramenta de auxílio para as ações de controle, avaliação e auditoria locais;
- Calcular o valor global a ser pago aos prestadores e o acompanhamento dos tetos financeiros estabelecidos na programação;
- Conhecer, gestores, prestadores e profissionais envolvidos na prestação de assistência hospitalar e todas as regras contidas no sistema;
- Ao gestor, interferir oportunamente no processamento da produção mensal da produção hospitalar.

O Sistema de Informações Hospitalares SIH auxilia também: o conhecimento ou na construção do perfil de morbidade e mortalidade hospitalar; o direcionamento adequado das ações de prevenção e promoção da saúde para uma população definida e a avaliação da qualidade da atenção à saúde ofertada a uma população. (MS, 2008, p. 1).

As internações são informadas a partir da definição da causa da doença, ou seja, o possível diagnóstico que levou à internação, gerando, assim, a Classificação Internacional da Doença ou Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID). A CID é publicada pela OMS, classificando em códigos, as doenças e outros problemas de saúde associados a causas internas e externas.

Grassi (1998, p.44), dispõe que a CID “é instrumento estatístico utilizado na apresentação das tabelas de mortalidade por causa”, sendo a primeira CID aprovada em 1893 e a última revisão aprovada em 1993, pela Conferência Internacional para a Décima Revisão de 1993, e utilizada pelos Sistemas de Informações no Brasil desde 1996.

Dentro dos novos aspectos da saúde pública, Laurenti (1991, p. 407), sugere:

Para analisar estatisticamente a frequência de doença na população é necessário o uso de um instrumento que as agrupe ou classifique segundo determinado critério, sendo que a primeira classificação de uso internacional foi aprovada em 1892 e, desde então, vem sendo periodicamente revista, chegando a décima revisão, aprovada em 1989 e que foi posta em uso em 1993.

No Brasil está em vigor, desde 1996, a CID-10, a qual é denominada pela OMS(2010) “International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems,” ou seja, Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

Laurenti (1991) dispõe que a CID-10 é composta por 21 capítulos alfanuméricos, com categoria de 3 dígitos possibilitando assim classificar as doenças. Grassi (1998, p.46), afirma a CID-9 relacionava 3.234 casos de doenças e que com a revisão feita pela CID-10, esta relação passa para 5.430 casos. Segundo Laurenti (1991) muitos países conseguiram adaptar-se ao CID-10 somente no século XXI.

3 MATERIAL E MÉTODO

A presente pesquisa se caracteriza como um estudo de corte retrospectivo com base no Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), através da Autorização de Internações Hospitalares – AIH, disponíveis em banco de dados públicos.

O banco de dados selecionado para subsidiar este estudo é formado pelas informações de todos os prontuários cadastrados no SIH-SUS-AIH no ano de 2011 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.

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 consequências (resultado adverso) de problemas no processo de cuidado da saúde.

As 11 condições clínicas utilizadas estão fundamentadas nas teorias desenvolvidas por Needleman et al (2002) e aplicadas por Van Den Heede (2006). Essas condições, consideradas rastreadores de potencial resultado adverso, incluem: infecção do trato urinário, úlcera de pressão, pneumonia hospitalar, choque-parada cardíaca, hemorragia digestiva alta, sepse hospitalar, trombose venosa profunda, complicações do sistema nervoso central, infecção de ferida operatória, insuficiência respiratória e distúrbio metabólico.

Os rastreadores de potencial adverso foram codificados para a versão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Revisão (CID-10), vigente no Brasil, conforme demonstrado no Quadro 1.

Quadro 1 – Rastreadores de resultados adversos e respectivos códigos da Classificação Estatística de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima revisão.

Resultado adverso	Códigos ^a
Infecção do trato urinário	N 39.0, T 83.5
Úlcera de pressão	L 03.8, L 89
Pneumonia hospitalar	J 69.0, J 95.4, J 95.8, J 95.9, J 81, J 15.0, J 15.1, J 14, J 15.2, J 15.8, J 15.9, J 18.0, J 18.9
Choque/parada cardíaca	I 46.0, R 57.9, R 09.2
Hemorragia digestiva alta	K 25.0, K 25.3, K 25.9, K 26.3, K 26.9, K 27.3, K 27.9, K 28.3, K 28.9, K 29.0, K 29.6, K 92.2, K 22.8
Sepse hospitalar	A 41.9, A 49.9
Trombose venosa profunda	I 26.9, I 80.8, I 80.3, I 80.2
Complicações do SNC	R 40, R 42, F 05.8, F 44.8, F 43.2, F 43.8
Infecção de ferida operatória	T 79.3, T 81.4
Insuficiência respiratória	J 81, J 80, J 98.4
Disfunção metabólica	E 10.1, E 11.1, E 14.1, T 81.1, R 34, E 87.0, E 87.8, E 15
SNC: sistema nervoso central	

Adaptado de Dias (2010, p. 722).

A estratégia de análise envolveu a identificação dos rastreadores de potenciais resultados adversos e sua 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).

4 RESULTADOS

A apresentação dos resultados foi possível após o rastreamento dos eventos adversos, sendo utilizadas somente as informações disponíveis no sistema público SIH-SUS, sistema que constitui base de dados, garantindo ao gestor o processamento das AIH com informações referentes às internações, conforme competência local. Através do banco de dados SIH/SUS e consultas sobre as AIH, foi possível filtrar os dados no ano de 2011 no estado do Paraná, seguindo a metodologia proposta.

Entre os achados disponíveis, identificaram-se: sexo; idade; dias com acompanhante durante a internação; dias de permanência hospitalizado; quantidade de dias; valor total atribuído nas internações; óbito; e total de indivíduos, conforme as AIHs, independentemente do tempo de permanência hospitalar, faixa etária e a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Revisão (CID-10)

Em 2011, o número de internações hospitalares totalizou 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), conforme detalhamento apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Internações segundo grupo procedimento Paraná 2011 - especialidade por internação

	Dez	Nov	Out	Set	Ago	Jul	Jun	Mai	Abr	Mar	Fev	Jan	Total geral ano 2011
Especialidade Total	62921	62882	63213	61878	62332	65076	64237	63828	65596	63744	62518	64757	762982
Clínica Cirúrgica	22374	22581	22332	21471	22123	22372	22252	21801	21829	20482	20209	19990	259816
Clínica Obstetrícia	7298	7313	7528	8147	7675	8561	8287	8115	8224	8445	8045	8230	95868
Clínica médica	25810	25776	25855	25102	25235	26328	25547	25264	27101	27141	27089	29135	315383
Cuidados prolongados (crônicos)	3	5	3	1	2	5	4	2	7	14	14	15	75
Psiquiatria	1917	1803	1872	1917	1915	1864	1955	2000	1958	1962	1939	1778	22880
Pneumologia sanitária	17	20	11	12	3	20	64	6	18	59	42	50	322
Pediatria	4974	4833	5056	4651	4798	5352	5551	6085	5913	5118	4596	4998	61925
AIDS (hospital dia)	24	34	20	38	28	22	25	38	28	27	38	33	355
Saúde mental - hospital dia	504	517	536	539	543	552	552	517	518	496	543	528	6345

Fonte:SIH/SUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/sxpr.def>. Acesso em: 02 de set de 2014.

A Tabela 2 apresenta a faixa etária dos pacientes internados no decorrer do ano de 2011 em função de enfermidades diversas, tendo como objetivo o tratamento preventivo, curativo ou paliativo no processo saúde e doença.

Tabela 2 – Faixa etária – internações – 2011 – Estado do Paraná

	< 1 ano	1-4 anos	5-9 anos	10-14 anos	15-19 anos	20-29 anos	30-39 anos	40-49 anos	50-59 anos	60-69 anos	70-79 anos	> 80 anos
Dez	2502	2925	2354	1914	4367	9455	7697	7399	7523	7442	6028	3315
Nov	2514	2859	2224	2015	4417	9571	7634	7329	7488	7256	6011	3574
Out	2520	2950	2277	1842	4397	9652	7761	7380	7652	7359	6020	3403
Set	2519	2684	1988	1765	4375	9616	7591	7165	7441	7254	5989	3491
Ago	2841	2741	2002	1794	4229	9402	7530	7118	7636	7272	6194	3573
Jul	3132	2979	1987	1829	4583	10088	7891	7318	7777	7421	6349	3722
Jun	3213	3082	2030	1758	4282	10147	7947	7627	7658	7106	5933	3454
Mai	3299	3558	2258	1911	4549	9926	7628	7154	7339	7032	5912	3232
Abr	3042	3483	2299	2068	4806	10219	8015	7507	7580	7068	6065	3444
Mar	2581	3041	2259	2008	4637	10242	7876	7335	7304	6921	6076	3464
Fev	2368	2712	2198	1910	4539	10052	7707	7176	7320	6913	6090	3533
Jan	2468	2902	2275	1871	4621	10513	7875	7224	7609	7246	6413	3740

Fonte:SIH/SUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/sxpr.def> . Acesso em: 02 de set de 2014

Observa-se, na Tabela 2, que o maior número de internações concentrou-se na faixa etária de 20 a 29 anos, ou seja, 15,58% do total das internações no ano de 2011. A faixa etária acima de 60 anos, que identifica os pacientes idosos, concentrou 201.315 internações, ou seja, 26,39% do total das internações. Se a esta faixa etária adicionarem-se os pacientes de 50 a 59 anos, totaliza-se 38,22% das internações realizadas no referido ano.

Na Tabela 3, identificou-se a natureza jurídica das entidades prestadoras dos serviços de saúde. Destaca-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, seguindo os preceitos da Lei 8.666/93, Constituição Federal e demais Leis direcionadas aos serviços públicos, tanto nas compras, contratos, convênios e demais seguimentos, conforme as necessidades e disposições de interesse público pactuados entre as esferas.

Tabela 3– Internações no Paraná 2011, entidades prestadoras dos serviços públicos e privados.

		Total geral ano 2011
Total		762982
Total público		177436
Total privado		585546
Público – federal		21647
Público – estadual		61388
Público – municipal		94401
Contratado	Privado	179176
Contratado optante simples	Privado	8425
Filantrópico	Privado	88670
Filantrópico isento de tributos e contr.sociais	Privado	309275

Fonte: SIH/SUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/sxpr.def>. Acesso em: 02 set. 2014

Na Tabela 4, apresenta-se o perfil geral do estudo com as características das internações no estado do Paraná no ano de 2011.

A proporção de mulheres (59,07%) foi maior do que a de homens (40,93%). Com relação às diárias do acompanhante, 66,29% foram de 1 dia, sendo que a faixa até 3 dias concentrou 85,53% das internações.

No que se refere às diárias de permanência hospitalizados, a faixa de 2 a 3 diárias foi a que apresentou a maior proporção das internações (45,84%), sendo que em apenas 15,31% das internações a permanência do paciente foi superior a 5 diárias.

A faixa etária dos pacientes em que constatou-se maior número de internações foi até 9 anos (16,65%), seguida da faixa etária de 20 a 29 anos com 13,24% do total de internações. Até a faixa etária de 39 anos concentra-se 48,67% das internações.

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. O limite superior da próxima faixa (R\$ 1.500,00) determina 91,48% 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.

Tabela 4 - Rastreadores de potencial de resultado nas hospitalizações no Estado do Paraná, 2011. Perfil geral do estudo, características das internações

Variáveis	Categorias	Frequência	Frequência Relativa %	Frequência Acumulada	Frequência Relativa Acumulada %
Diárias do acompanhante	0 a 1	77.411	66,29	77.411	66,29
	2 a 3	22.475	19,24	99.886	85,53
	4 a 5	9.221	7,9	109.107	93,43
	mais que 5	7.678	6,57	116.785	100
Idade	0 a 9 dias	19.439	16,65	19.439	16,65
	10 a 19 dias	10.575	9,06	30.014	25,7
	20 a 29 dias	15.461	13,24	45.475	38,94
	30 a 39 dias	11.367	9,73	56.842	48,67
	40 a 49 dias	12.083	10,35	68.925	59,02
	50 a 59 dias	12.706	10,88	81.631	69,9
	60 a 69 dias	13.502	11,56	95.133	81,46
	70 a 79 anos	12.866	11,02	107.999	92,48
mais de 80 anos	8.786	7,52	116.785	100	
Diárias do paciente	0 a 1	26.384	22,59	26.384	22,59
	2 a 3	53.538	45,84	79.922	68,44
	4 a 5	18.984	16,26	98.906	84,69
	mais que 5	17.879	15,31	116.785	100
Valor total	0 a 500 reais	34.582	29,61	34.582	29,61
	500 a 1000 reais	65.873	56,41	100.455	86,02
	1000 a 1500 reais	6.378	5,46	106.833	91,48
	1500 a 2000 reais	5.277	4,52	112.110	96
	mais de 2000 reais	4.675	4	116.785	100
Sexo	Masculino	47.797	40,93	47.797	40,93
	Feminino	68.988	59,07	116.785	100
Valor UTI	0 a 500 reais	91.588	94,07	91.588	94,07
	500 a 1000 reais	1.184	1,22	92.772	95,28
	1000 a 1500 reais	725	0,74	93.497	96,03
	1500 a 2000 reais	2.013	2,07	95.510	98,09
	mais de 2000 reais	1.856	1,91	97.366	100

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares - SUS, 2011.

A Tabela 5 apresenta a distribuição de frequência do rastreador Choque/Parada Cardíaca. Verificou-se uma maior proporção média desse evento nas mulheres (53,02%). A faixa etária média em que ocorreu o maior número de eventos foi de 50 a 59 anos (16,95%). A permanência dos pacientes no hospital em sua maior proporção média (16,95%) foi de 50 a 59 dias. A maior média de permanência dos acompanhantes nas internações (46,71%) foi de 1 dia. Os pagamentos realizados aos hospitais em sua maior proporção média (45,50%) não ultrapassaram R\$ 500,00. A proporção média de óbitos no rastreador Choque/Parada Cardíaca foi de 10,81%.

Tabela 5 - Rastreadores de potencial de resultado nas hospitalizações no Estado do Paraná, 2011 - Choque/parada cardíaca

Variáveis	Categorias	I 46.9 - Parada cardíaca não especificado	R 57.9 - Choque não especificado	R 09.2 - Parada respiratória	Média (%)
Sexo	Masculino	52,22%	41,04%	47,69%	46,98
	Feminino	47,78%	58,96%	52,31%	53,02
Idade	0 a 9 anos	2,22%	1,79%	10,77%	4,93
	10 a 19 anos	4,44%	1,25%	12,31%	6,00
	20 a 29 anos	4,44%	7,17%	16,92%	9,51
	30 a 39 anos	5%	13,26%	23,08%	13,78
	40 a 49 anos	18,89%	18,28%	12,31%	16,49
	50 a 59 anos	16,67%	21,86%	12,31%	16,95
	60 a 69 anos	18,33%	19,35%	6,92%	14,87
	70 a 79 anos	18,33%	13,08%	2,31%	11,24
	mais de 80 anos	11,67%	3,94%	3,08%	6,23
Dias com acompanhante	0 a 1	78,33%	85,84%	88,46%	84,21
	2 a 3	8,33%	7,17%	6,15%	7,22
	4 a 5	2,78%	3,58%	3,85%	3,40
	mais que 5	10,56%	3,41%	1,54%	5,17
Quantidade de diárias	0 a 1	36,11%	44,8%	59,23%	46,71
	2 a 3	31,11%	37,1%	16,92%	28,38
	4 a 5	10,56%	9,32%	13,08%	10,99
	mais que 5	22,22%	8,78%	10,77%	13,92
Valor Total	0 a 500 reais	46,67%	12,9%	76,92%	45,50
	500 a 1000 reais	23,89%	76,34%	12,31%	37,51
	1000 a 1500 reais	8,33%	3,76%	2,31%	4,80
	1500 a 2000 reais	15%	4,84%	3,85%	7,90
	mais de 2000 reais	6,11%	2,15%	4,62%	4,29
Morte	Não	83,89%	89,07%	94,62%	89,19
	Sim	16,11%	10,93%	5,38%	10,81
Total indivíduos		180	558	130	868

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares - Sistema Único de Saúde - 2011.

A Tabela 6 apresenta 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%.

Tabela 6 - Rastreadores de potencial de resultado nas hospitalizações no Estado do Paraná, 2011 - Complicações Sistema Nervoso Central

Variáveis	Categorias	F 43.8 - Outras reações do stress grave	F 05.8 - Outros delírium	F 44.8 - Outros transtornos dissociativos (de conversão)	R 40.0 - Sonolência	R 42 - Tontura e instabilidade	F 43.2 - Transtornos de adaptação	Média (%)
Sexo	Masculino	43,33%	47,08%	50,59%	75,33%	49,21%	55,06%	53,43
	Feminino	56,67%	52,92%	49,41%	24,67%	50,79%	44,94%	46,57
Idade	0 a 9 anos	4,32%	7,24%	3,82%	12,88%	51,04%	3,7%	13,83
	10 a 19 anos	4,95%	7,8%	1,65%	14,82%	9,96%	11,28%	8,41
	20 a 29 anos	6,76%	13,09%	2,26%	8,63%	5,74%	14,98%	8,58
	30 a 39 anos	6,31%	9,47%	3,17%	7,65%	4,68%	15,37%	7,78
	40 a 49 anos	9,82%	10,86%	8,71%	8,63%	6,1%	17,9%	10,34
	50 a 59 anos	16,31%	15,88%	15,6%	11,66%	4,98%	15,18%	13,27
	60 a 69 anos	21,62%	20,33%	22,19%	16,65%	6,61%	10,12%	16,25
	70 a 79 anos	19,1%	12,26%	25,63%	14,58%	6,96%	10,51%	14,84
	mais de 80 anos	10,81%	3,06%	16,95%	4,5%	3,91%	0,97%	6,70
Dias com acompanhante	0 a 1	68,65%	84,4%	77,61%	74,24%	43,01%	86,77%	72,45
	2 a 3	22,97%	9,75%	14,86%	13,61%	42,4%	9,34%	18,82
	4 a 5	4,95%	3,9%	4,19%	7,29%	9,41%	2,53%	5,38
	mais que 5	3,42%	1,95%	3,34%	4,86%	5,19%	1,36%	3,35
Quantidade de Diárias	0 a 1	28,11%	31,75%	47,55%	30,5%	15,1%	36,77%	31,63
	2 a 3	46,67%	42,34%	33,43%	39%	63,55%	46,5%	45,25
	4 a 5	15,59%	16,43%	12,77%	17,86%	14,74%	8,75%	14,36
	mais que 5	9,64%	9,47%	6,25%	12,64%	6,61%	7,98%	8,77
Valor Total	0 a 500 reais	60,09%	50,14%	48,94%	39,61%	92,53%	71,98%	60,55
	500 a 1000 reais	25,23%	8,08%	45,25%	21,51%	6,2%	14,2%	20,08
	1000 a 1500 reais	2,34%	5,29%	1,32%	23,82%	0,36%	3,31%	6,07
	1500 a 2000 reais	7,93%	8,64%	3,68%	11,79%	0,56%	3,89%	6,08
	mais de 2000 reais	4,41%	27,86%	0,81%	3,28%	0,36%	6,61%	7,22
Morte	Não	97,39%	94,15%	98,04%	97,45%	99,54%	99,61%	97,70
	Sim	2,61%	5,85%	1,96%	2,55%	0,46%	0,39%	2,30
Total indivíduos		1110	359	2961	823	1967	514	7.734

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares - Sistema Único de Saúde - 2011.

A Tabela 7 apresenta 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%.

Tabela 7 - Rastreadores de potencial de resultado nas hospitalizações no Estado do Paraná, 2011 - Disfunção Metabólica

Váriaveis	Categorias	R 34 - Anúria e oligúria	T 81.1 - Choque durante ou resultante de procedimento não classificados em outra parte	E 15 - Coma hipoglicêmica não diabético	E 11.1 - Diabetes mellitus não insulino dependente com cetoacidose	E 10.1 - Diabetes mellitus insulino dependente com cetoacidose	E 14.1 - Diabetes mellitus não especificada com cetoacidose	E 87.0 - Hiperosmolaridade e hipernatremia	E 87.8 - Outros transtornos do equilíbrio hidroeletrólítico não classificados em outra parte	Média (%)
Sexo	Masculino	0,91%	17,28%	73,23%	30,12%	68,47%	30,28%	35,54%	55,9%	38,97
	Feminino	99,09%	82,72%	26,77%	69,88%	31,53%	69,72%	64,46%	44,1%	61,03
Idade	0 a 9 anos	0,14%	0,2%	19,69%	7,44%	4,05%	2,11%	3,31%	16,15%	6,64
	10 a 19 anos	18,59%	3,05%	12,6%	17,86%	6,31%	14,67%	5,79%	8,72%	10,95
	20 a 29 anos	38,78%	9,55%	13,39%	22,18%	14,86%	38,85%	15,7%	5,9%	19,90
	30 a 39 anos	27,96%	16,14%	18,11%	14,37%	17,57%	22,3%	16,94%	9,23%	17,83
	40 a 49 anos	9,41%	20,12%	11,81%	10,55%	23,87%	9,04%	16,94%	17,18%	14,87
	50 a 59 anos	2,47%	24,11%	8,66%	8,19%	18,47%	4,69%	15,29%	17,44%	12,42
	60 a 69 anos	1,74%	17,2%	5,51%	7,34%	9,91%	4,34%	12,81%	15,64%	9,31
	70 a 79 anos	0,78%	7,2%	7,09%	7,28%	2,7%	2,58%	9,09%	6,92%	5,46
mais de 80 anos	0,14%	2,44%	3,15%	4,79%	2,25%	1,41%	4,13%	2,82%	2,64	
Dias com acompanhante	0 a 1	95,71%	91,54%	84,25%	74,23%	90,99%	77,7%	76,86%	87,18%	84,81
	2 a 3	3,65%	6,18%	11,02%	16,92%	5,41%	14,08%	14,46%	4,36%	9,51
	4 a 5	0,5%	1,38%	1,57%	5,29%	1,8%	3,05%	4,13%	2,31%	2,50
	mais que 5	0,14%	0,89%	3,15%	3,56%	1,8%	5,16%	4,55%	6,15%	3,18
Quantidade de Diárias	0 a 1	70,58%	31,26%	45,67%	18,37%	40,99%	25,23%	28,93%	60,51%	40,19
	2 a 3	24,76%	53,46%	37,8%	59,01%	22,52%	43,08%	46,28%	17,95%	38,11
	4 a 5	3,24%	6,59%	6,3%	14,68%	4,95%	12,32%	14,88%	6,92%	8,74
	mais que 5	1,42%	8,7%	10,24%	7,94%	31,53%	19,37%	9,92%	14,62%	12,97
Valor Total	0 a 500 reais	95,29%	33,13%	79,53%	97,83%	60,36%	57,75%	77,27%	67,18%	71,04
	500 a 1000 reais	4,16%	57,32%	11,81%	1,58%	15,77%	26,06%	15,7%	15,64%	18,51
	1000 a 1500 reais	0,37%	2,24%	0,79%	0,47%	15,32%	14,44%	1,24%	6,15%	5,13
	1500 a 2000 reais	0,14%	6,83%	4,72%	0,09%	8,11%	1,64%	4,13%	7,18%	4,11
	mais de 2000 reais	0,05%	0,49%	3,15%	0,03%	0,45%	0,12%	1,65%	3,85%	1,22
Morte	Não	100%	99,35%	96,85%	99,24%	98,65%	99,88%	99,59%	99,23%	99,10
	Sim	0%	0,65%	3,15%	0,76%	1,35%	0,12%	0,41%	0,77%	0,90
Total indivíduos		2189	2460	127	3174	222	852	242	390	9656

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares - Sistema Único de Saúde - 2011.

A Tabela 8 apresenta a distribuição de frequência do rastreador Infecção 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 média (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 média (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%.

Tabela 8 - Rastreadores de potencial de resultado nas hospitalizações no Estado do Paraná, 2011 - Infecção ferida operatória

Variáveis	Categorias	T 79.3 - Infecção pós traumática de ferimento não classificados em outra parte	T 81.4 - Infecção subsequente a procedimentos não classificados em outra parte	Média (%)
Sexo	Masculino	56,06%	35,32%	45,69
	Feminino	43,94%	64,68%	54,31
Idade	0 a 9 anos	16,67%	2,26%	9,47
	10 a 19 anos	9,09%	6,77%	7,93
	20 a 29 anos	4,55%	15,32%	9,94
	30 a 39 anos	13,64%	9,84%	11,74
	40 a 49 anos	7,58%	22,74%	15,16
	50 a 59 anos	24,24%	17,58%	20,91
	60 a 69 anos	9,09%	14,84%	11,97
	70 a 79 anos	13,64%	8,87%	11,26
	mais de 80 anos	1,52%	1,77%	1,65
Dias com acompanhante	0 a 1	80,3%	85%	82,65
	2 a 3	6,06%	6,61%	6,34
	4 a 5	1,52%	2,74%	2,13
	mais que 5	12,12%	5,65%	8,89
Quantidade de Diárias	0 a 1	31,82%	23,87%	27,85
	2 a 3	34,85%	31,61%	33,23
	4 a 5	12,12%	15,16%	13,64
	mais que 5	21,21%	29,35%	25,28
Valor Total	0 a 500 reais	12,12%	38,23%	25,18
	500 a 1000 reais	10,61%	38,71%	24,66
	1000 a 1500 reais	1,52%	10%	5,76
	1500 a 2000 reais	10,61%	8,71%	9,66
	mais de 2000 reais	65,15%	4,35%	34,75
Morte	Não	92,42%	96,94%	94,68
	Sim	7,58%	3,06%	5,32
Total indivíduos		66	620	686

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares - Sistema Único de Saúde - 2011.

A Tabela 9 apresenta 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 média (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 média (51,96%), não ultrapassaram R\$ 500,00. A proporção média de óbitos no rastreador Infecção do Trato Urinário foi de 0,96%.

Tabela 9 - Rastreadores de potencial de resultado nas hospitalizações no Estado do Paraná, 2011 - Infecção trato urinário

Variáveis	Categorias	N 39.0 - Infecção do trato urinário de localização não especificada	T 83.5 - Infecção e reação inflamatória devido à dispositivo proteico, implante e enxerto no aparelho urinário	Média (%)
Sexo	Masculino	28,47%	63,2%	45,84
	Feminino	71,53%	36,8%	54,17
Idade	0 a 9 anos	12,52%	4%	8,26
	10 a 19 anos	13,84%	12%	12,92
	20 a 29 anos	18,45%	24%	21,23
	30 a 39 anos	12,65%	20,8%	16,73
	40 a 49 anos	10,05%	20%	15,03
	50 a 59 anos	7,83%	9,6%	8,72
	60 a 69 anos	7,71%	4%	5,86
	70 a 79 anos	9,34%	4,8%	7,07
	mais de 80 anos	7,6%	0,8%	4,20
Dias com acompanhante	0 a 1	72,21%	84,8%	78,51
	2 a 3	16,57%	7,2%	11,89
	4 a 5	5,83%	1,6%	3,72
	mais que 5	5,4%	6,4%	5,90
Quantidade de Diárias	0 a 1	21,67%	38,4%	30,04
	2 a 3	49,37%	40%	44,69
	4 a 5	15,29%	12%	13,65
	mais que 5	13,67%	9,6%	11,64
Valor Total	0 a 500 reais	90,32%	13,6%	51,96
	500 a 1000 reais	7,47%	24%	15,74
	1000 a 1500 reais	0,87%	9,6%	5,24
	1500 a 2000 reais	1,01%	52,8%	26,91
	mais de 2000 reais	0,33%	0%	0,17
Morte	Não	98,89%	99,2%	99,05
	Sim	1,11%	0,8%	0,96
Total indivíduos		7.894	857	8.751

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares - Sistema Único de Saúde - 2011.

A Tabela 10 apresenta 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%.

Tabela 10 - Rastreadores de potencial de resultado nas hospitalizações no Estado do Paraná, 2011 - Insuficiência respiratória

Variáveis	Categorias	J 98.4 - Outros transtornos pulmonares	J 80 - Síndrome do desconforto respiratório do adulto	Média (%)
Sexo	Masculino	66,79%	49,18%	57,99
	Feminino	33,21%	50,82%	42,02
Idade	0 a 9 anos	11,31%	24,06%	17,69
	10 a 19 anos	7,66%	4,88%	6,27
	20 a 29 anos	14,23%	7,26%	10,75
	30 a 39 anos	10,22%	5,62%	7,92
	40 a 49 anos	18,98%	9,33%	14,16
	50 a 59 anos	16,06%	16,91%	16,49
	60 a 69 anos	12,77%	14,36%	13,57
	70 a 79 anos	5,47%	12,03%	8,75
	mais de 80 anos	3,28%	5,56%	4,42
Dias com acompanhante	0 a 1	78,1%	82,03%	80,07
	2 a 3	4,01%	8,48%	6,25
	4 a 5	4,01%	3,92%	3,97
	mais que 5	13,87%	5,56%	9,72
Quantidade de Diárias	0 a 1	21,9%	44,89%	33,40
	2 a 3	17,15%	26,5%	21,83
	4 a 5	11,31%	11,66%	11,49
	mais que 5	49,64%	16,96%	33,30
Valor Total	0 a 500 reais	10,22%	45,68%	27,95
	500 a 1000 reais	2,92%	20,03%	11,48
	1000 a 1500 reais	10,95%	3,5%	7,23
	1500 a 2000 reais	50,36%	6,15%	28,26
	mais de 2000 reais	25,55%	24,64%	25,10
Morte	Não	91,24%	83,84%	87,54
	Sim	8,76%	16,16%	12,46
Total indivíduos		274	1887	2.161

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares - Sistema Único de Saúde - 2011.

A Tabela 11 apresenta a distribuição de frequência do rastreador Sepses 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 média (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 média (32,24%), foram de R\$ 500,00 a R\$ 1.000,00. A proporção média de óbitos no rastreador Sepses Hospitalar foi de 29,51%.

Tabela 11 - Rastreadores de potencial de resultado nas hospitalizações no Estado do Paraná, 2011 - Sepses hospitalar

Variáveis	Categorias	A 49.9 - Infecção bacteriana não especificada	A 41.9 - Septicemia não especificada	Média (%)
Sexo	Masculino	55,43%	55,3%	55,37
	Feminino	44,57%	44,7%	44,64
Idade	0 a 9 anos	15,25%	12,35%	13,80
	10 a 19 anos	8,5%	4,73%	6,62
	20 a 29 anos	6,08%	6,27%	6,18
	30 a 39 anos	6,87%	6,93%	6,90
	40 a 49 anos	10,97%	9,59%	10,28
	50 a 59 anos	15,03%	12,24%	13,64
	60 a 69 anos	14,58%	15,78%	15,18
	70 a 79 anos	15,19%	18,3%	16,75
	mais de 80 anos	7,54%	13,81%	10,68
Dias com acompanhante	0 a 1	65,9%	64,81%	65,36
	2 a 3	10,97%	11,95%	11,46
	4 a 5	8,1%	9,16%	8,63
	mais que 5	15,03%	14,08%	14,56
Quantidade de Diárias	0 a 1	24,03%	29,08%	26,56
	2 a 3	22,23%	23,51%	22,87
	4 a 5	16,71%	16,95%	16,83
	mais que 5	37,03%	30,46%	33,75
Valor Total	0 a 500 reais	14,12%	16,79%	15,46
	500 a 1000 reais	30,22%	34,26%	32,24
	1000 a 1500 reais	19,13%	18,06%	18,60
	1500 a 2000 reais	20,82%	15,56%	18,19
	mais de 2000 reais	15,7%	15,33%	15,52
Morte	Não	76,65%	64,33%	70,49
	Sim	23,35%	35,67%	29,51
Total indivíduos		1777	3765	5.542

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares - Sistema Único de Saúde - 2011.

A Tabela 12 apresenta a distribuição de frequência do rastreador Úlcera 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 Úlcera de Pressão foi de 3,80%.

Tabela 12 - Rastreadores de potencial de resultado nas hospitalizações no Estado do Paraná, 2011 - Úlcera de pressão

Variáveis	Categorias	L 03.8 - Celulite de outros locais	L 89 - Úlcera de decúbito	Média (%)
Sexo	Masculino	44,58%	61,3%	52,94
	Feminino	55,42%	38,7%	47,06
Idade	0 a 9 anos	19,92%	5,67%	12,80
	10 a 19 anos	14,6%	8,09%	11,35
	20 a 29 anos	18,8%	13,84%	16,32
	30 a 39 anos	13,28%	12,09%	12,69
	40 a 49 anos	9,2%	13,01%	11,11
	50 a 59 anos	7,63%	15,93%	11,78
	60 a 69 anos	8,28%	12,59%	10,44
	70 a 79 anos	5,85%	13,84%	9,85
	mais de 80 anos	2,43%	4,92%	3,68
Dias com acompanhante	0 a 1	70,68%	79,07%	74,88
	2 a 3	14,27%	8,01%	11,14
	4 a 5	7,23%	3,67%	5,45
	mais que 5	7,82%	9,26%	8,54
Quantidade de Diárias	0 a 1	32,35%	26,19%	29,27
	2 a 3	32,74%	23,27%	28,01
	4 a 5	14,07%	13,26%	13,67
	mais que 5	20,84%	37,28%	29,06
Valor Total	0 a 500 reais	86,72%	14,76%	50,74
	500 a 1000 reais	8,94%	61,47%	35,21
	1000 a 1500 reais	0,99%	10,09%	5,54
	1500 a 2000 reais	2,1%	9,51%	5,81
	mais de 2000 reais	1,25%	4,17%	2,71
Morte	Não	98,42%	93,99%	96,21
	Sim	1,58%	6,01%	3,80
Total indivíduos		1521	1199	2.720

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares - Sistema Único de Saúde - 2011.

A Tabela 13 apresenta 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%). 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%.

Tabela 13 - Rastreadores de potencial de resultado nas hospitalizações no Estado do Paraná, 2011 - Trombose venosa profunda. I 26.9 - Embolia pulmonar sem menção de cor pulmonale aguda - sem registros

Variáveis	Categorias	I 80.8 - Flebite e tromboflebite de outras localizações	I 80.2 - Flebite e tromboflebite de outros vasos profundos dos membros inferiores	I 80.3 - Flebite e tromboflebite dos membros inferiores, não especificada	Média (%)
Sexo	Masculino	4,29%	26,81%	41,15%	24,08
	Feminino	95,71%	73,19%	58,85%	75,92
Idade	0 a 9 anos	0,08%	0,25%	0,75%	0,36
	10 a 19 anos	22,99%	1,21%	1,5%	8,57
	20 a 29 anos	45,51%	8,77%	4,86%	19,71
	30 a 39 anos	17,23%	15,07%	11,35%	14,55
	40 a 49 anos	5,22%	22,53%	17,83%	15,19
	50 a 59 anos	4,08%	22,38%	19,45%	15,30
	60 a 69 anos	2,68%	17,14%	17,96%	12,59
	70 a 79 anos	1,66%	8,87%	17,46%	9,33
mais de 80 anos	0,55%	3,78%	8,85%	4,39	
Dias com acompanhante	0 a 1	87,61%	86,59%	71,45%	81,88
	2 a 3	10,69%	6,55%	12,84%	10,03
	4 a 5	0,96%	3,28%	6,61%	3,62
	mais que 5	0,75%	3,58%	9,1%	4,48
Quantidade de Diárias	0 a 1	27,06%	47,33%	16,71%	30,37
	2 a 3	61,62%	26,26%	33,54%	40,47
	4 a 5	7,27%	12,35%	21,95%	13,86
	mais que 5	4,05%	14,06%	27,81%	15,31
Valor Total	0 a 500 reais	17,88%	31,8%	82,54%	44,07
	500 a 1000 reais	81%	62,3%	13,97%	52,42
	1000 a 1500 reais	0,69%	2,52%	1,87%	1,69
	1500 a 2000 reais	0,31%	1,97%	1,25%	1,18
	mais de 2000 reais	0,11%	1,41%	0,37%	0,63
Morte	Não	99,8%	99,29%	98,25%	99,11
	Sim	0,2%	0,71%	1,75%	0,89
Total indivíduos		14606	1984	802	17.392

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares - Sistema Único de Saúde - 2011.

A Tabela 14 apresenta 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%.

Tabela 14 - Rastreadores de potencial de resultado nas hospitalizações no Estado do Paraná, 2011 - Hemorragia digestiva alta

Váriaveis	Categorias	K 29.0 - Gastrite hemorrágica aguda	K 28.3 - Úlcera gastrojejunal, aguda sem hemorragia ou perfuração	K 27.9 - Úlcera péptica de localização não esp. como aguda ou crônica sem hemorragia ou perfuração	K 27.3 - Úlcera péptica de localização não especificada aguda sem hemorragia ou perfuração	K 92.2 - Hemorragias gastrointestinais sem outra especificação	K 22.8 - Outras doenças específicas do esôfago	K 29.6 - Outras gastrites	K 26.3 - Úlcera duodenal aguda sem hemorragia ou perfuração	K 26.9 - Úlcera duodenal não especificada aguda ou crônica, sem hemorragia ou perfuração	K 25.0 - Úlcera gástrica aguda com hemorragia	K 25.3 - Úlcera gástrica aguda sem hemorragia ou perfuração	K 25.9 - Úlcera gástrica não especificada como aguda ou crônica, sem hemorragia ou perfuração	Média (%)
Sexo	Masculino	56,18%	53,05%	33,33%	76,81%	73,21%	58,85%	43,78%	60,42%	21,2%	30,07%	67,47%	13,8%	49,01
	Feminino	43,82%	46,95%	66,67%	23,19%	26,79%	41,15%	56,22%	39,58%	78,8%	69,93%	32,53%	86,2%	50,99
Idade	0 a 9 anos	9,55%	54,38%	11,9%	0%	4,64%	70,77%	1,2%	20,83%	1,81%	3,72%	7,86%	1,32%	15,67
	10 a 19 anos	6,74%	2,92%	21,43%	13,04%	13,57%	2,82%	9,24%	6,25%	1,67%	1,26%	2,62%	0,9%	6,87
	20 a 29 anos	9,55%	5,84%	11,9%	31,88%	20,36%	3,97%	13,25%	10,42%	5,44%	5,2%	5,46%	2,46%	10,48
	30 a 39 anos	12,36%	6,37%	7,14%	13,04%	21,43%	5,64%	12,85%	6,25%	15,2%	13,78%	7,64%	15,97%	11,47
	40 a 49 anos	12,36%	5,84%	14,29%	10,14%	16,79%	4,23%	16,06%	12,5%	31,94%	34,48%	9,61%	45,75%	17,83
	50 a 59 anos	16,29%	6,63%	11,9%	11,59%	13,93%	4,62%	17,27%	10,42%	16,04%	15,61%	21,62%	17,77%	13,64
	60 a 69 anos	14,61%	5,31%	16,67%	8,7%	3,93%	3,59%	10,84%	10,42%	11,85%	14,35%	29,04%	9,03%	11,53
	70 a 79 anos	12,92%	9,28%	2,38%	5,8%	3,93%	2,95%	7,23%	18,75%	10,74%	9,43%	13,76%	5,91%	8,59
mais de 80 anos	5,62%	3,45%	2,38%	5,8%	1,43%	1,41%	12,05%	4,17%	5,3%	2,17%	2,4%	0,9%	3,92	
Dias com acompanhante	0 a 1	85,96%	72,41%	76,19%	91,3%	93,93%	82,82%	82,73%	64,58%	87,17%	88,39%	87,77%	91,64%	83,74
	2 a 3	9,55%	12,2%	0%	4,35%	3,93%	6,03%	14,86%	22,92%	6,42%	4,63%	7,21%	4,25%	8,03
	4 a 5	2,81%	7,69%	11,9%	1,45%	0%	5,13%	1,61%	6,25%	2,51%	2,92%	1,97%	2,13%	3,86
	mais que 5	1,69%	7,69%	11,9%	2,9%	2,14%	6,03%	0,8%	6,25%	3,91%	4,06%	3,06%	1,98%	4,37
Quantidade de Diárias	0 a 1	26,4%	38,2%	23,81%	24,64%	64,64%	52,18%	29,72%	8,33%	39,33%	26,93%	30,35%	30,1%	32,89
	2 a 3	50,56%	33,16%	30,95%	31,88%	23,93%	21,79%	58,63%	47,92%	38,21%	37,05%	35,59%	53,83%	38,63
	4 a 5	16,85%	13,26%	14,29%	17,39%	6,43%	8,33%	8,03%	25%	10,74%	11,55%	12,66%	10,96%	12,96
	mais que 5	6,18%	15,38%	30,95%	26,09%	5%	17,69%	3,61%	18,75%	11,72%	24,47%	21,4%	5,1%	15,53
Valor Total	0 a 500 reais	82,02%	33,95%	2,38%	31,88%	72,5%	26,79%	94,38%	75%	11,58%	21,33%	5,9%	16,54%	39,52
	500 a 1000 reais	12,36%	28,12%	0%	0%	18,21%	11,28%	3,21%	2,08%	68,34%	48,14%	17,47%	73,02%	23,52
	1000 a 1500 reais	1,69%	7,69%	0%	17,39%	1,07%	9,87%	0,8%	2,08%	6,56%	8,12%	2,62%	1,89%	4,98
	1500 a 2000 reais	2,81%	14,59%	14,29%	30,43%	3,21%	19,23%	1,2%	0%	7,67%	6,8%	10,26%	2,27%	9,40
mais de 2000 reais	1,12%	15,65%	83,33%	20,29%	5%	32,82%	0,4%	20,83%	5,86%	15,61%	63,76%	6,29%	22,58	
Morte	Não	97,75%	91,78%	97,62%	92,75%	97,86%	89,74%	99,6%	95,83%	90,52%	94,68%	95,63%	97,5%	95,11
	Sim	2,25%	8,22%	2,38%	7,25%	2,14%	10,26%	0,4%	4,17%	9,48%	5,32%	4,37%	2,5%	4,90
Total indivíduos		178	377	42	69	280	780	249	48	717	1749	458	2116	7.063

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares - Sistema Único de Saúde - 2011.

A Tabela 15 apresenta 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%.

Tabela 15 - Rastreadores de potencial de resultado nas hospitalizações no Estado do Paraná, 2011 - Pneumonia hospitalar

Variáveis	Categorias	J 18.0 - Broncopneumonia não especificada	J 15.2 - Pneumonia devido a Staphylococcus	J 18.9 - Pneumonia não especificada	J 95.4 – Síndrome de Mendilson	J 95.9 - Transtornos respiratórios pós- procedimento não especificados	J 81 - Edema pulmonar, não especificado de outra forma	J 15.8 - Outras pneumonias Bacterianas	J 95.8 - Outros transtornos respiratórios pós- procedimentos	J 15.9 - Pneumonia bacteriana não especificada	J 14 - Pneumonia devida a Haemophilus influenzae	J 15.0 - Pneumonia devida a Klebsiella pneumoniae	J 69.0 - Pneumonia devido a alimento ou vômito	J 15.1 - Pneumonia devido a Pseudomonas	Média (%)
Sexo	Masculino	53,97%	50,88%	52,28%	58,7%	57,21%	45,43%	52,81%	58,09%	53,65%	61,7%	54,91%	28,67%	38,38%	51,28
	Feminino	46,03%	49,12%	47,72%	41,3%	42,79%	54,57%	47,19%	41,91%	46,35%	38,3%	45,09%	71,33%	61,62%	48,72
Idade	0 a 9 anos	36,7%	24,56%	25,04%	30,43%	8,14%	11,76%	28,55%	11,32%	19,61%	19,15%	1,18%	16%	1,35%	17,98
	10 a 19 anos	7,28%	6,14%	5,52%	21,74%	7,21%	1,83%	6,44%	10,24%	4,89%	0%	4,87%	20,67%	8,65%	8,11
	20 a 29 anos	4,79%	12,28%	4,64%	8,7%	10,93%	2,05%	4,39%	11,99%	4,57%	10,64%	21,03%	28,67%	15,68%	10,80
	30 a 39 anos	4,93%	7,02%	5,51%	4,35%	9,77%	2,63%	5,05%	10,11%	5,25%	2,13%	25,46%	15,33%	10,54%	8,31
	40 a 49 anos	7,05%	14,91%	7,84%	6,52%	11,86%	6,74%	7,75%	14,56%	10,43%	14,89%	14,76%	7,33%	14,86%	10,73
	50 a 59 anos	9,41%	12,28%	10,75%	15,22%	13,95%	12,33%	10,3%	14,42%	14,44%	17,02%	15,5%	5,33%	16,22%	12,86
	60 a 69 anos	10,45%	9,65%	13,81%	6,52%	16,51%	23,97%	13,28%	12,26%	16,99%	17,02%	9%	3,33%	15,14%	12,92
	70 a 79 anos	10,47%	6,14%	14,86%	2,17%	13,95%	23,52%	13,91%	10,78%	14,09%	14,89%	5,68%	2%	13,51%	11,23
mais de 80 anos	8,92%	7,02%	12,04%	4,35%	7,67%	15,18%	10,33%	4,31%	9,72%	4,26%	2,51%	1,33%	4,05%	7,05	
Dias com acompanhante	0 a 1	45,05%	80,7%	50,33%	45,65%	85,35%	62,67%	49,53%	76,68%	51,66%	70,21%	87,08%	70%	80%	65,76
	2 a 3	35,46%	9,65%	26,91%	36,96%	4,42%	22,37%	28,46%	10,11%	23,86%	23,4%	6,13%	14,67%	13,24%	19,66
	4 a 5	12,41%	4,39%	12,26%	13,04%	3,26%	8,45%	14,51%	5,8%	14,52%	4,26%	3,76%	8%	4,05%	8,36
	mais que 5	7,08%	5,26%	10,5%	4,35%	6,98%	6,51%	7,5%	7,41%	9,97%	2,13%	3,03%	7,33%	2,7%	6,21
Quantidade de Diárias	0 a 1	12,69%	23,68%	12,03%	13,04%	35,12%	25,8%	11,4%	37,6%	12,24%	12,77%	18,38%	36,67%	31,08%	21,73
	2 a 3	53,29%	40,35%	47,25%	56,52%	18,84%	40,98%	50,95%	26,95%	45,02%	74,47%	23,32%	38,67%	42,43%	43,00
	4 a 5	19,56%	16,67%	21,54%	21,74%	11,86%	20,32%	24,01%	15,23%	25,61%	6,38%	11,44%	12,67%	9,73%	16,67
	mais que 5	14,46%	19,3%	19,18%	8,7%	34,19%	12,9%	13,64%	20,22%	17,13%	6,38%	46,86%	12%	16,76%	18,59
Valor Total	0 a 500 reais	8,49%	28,07%	6,37%	84,78%	29,3%	11,42%	6,76%	61,46%	25,67%	14,89%	33,58%	68%	37,84%	32,05
	500 a 1000 reais	81,87%	37,72%	78,95%	8,7%	26,05%	61,19%	83,21%	12,4%	62,61%	85,11%	16,68%	25,33%	28,11%	46,76
	1000 a 1500 reais	3,19%	12,28%	9,02%	4,35%	9,07%	7,42%	3,8%	4,04%	7,87%	0%	10,33%	5,33%	7,84%	6,50
	1500 a 2000 reais	3,12%	13,16%	3,25%	2,17%	13,95%	13,58%	3,38%	10,11%	2,21%	0%	38,08%	0%	13,78%	8,98
	mais de 2000 reais	3,34%	8,77%	2,4%	0%	21,63%	6,39%	2,85%	11,99%	1,63%	0%	1,33%	1,33%	12,43%	5,70
Morte	Não	96,28%	93,86%	94,71%	97,83%	86,28%	83,33%	95,08%	92,05%	94,99%	97,87%	95,65%	96%	94,59%	93,73
	Sim	3,72%	6,14%	5,29%	2,17%	13,72%	16,67%	4,92%	7,95%	5,01%	2,13%	4,35%	4%	5,41%	6,27
Total indivíduos		11784	114	28067	46	430	876	5264	742	4967	47	1355	150	370	54.21 2

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares - Sistema Único de Saúde - 2011

5 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), a abordagem de *screening* representa uma avaliação inicial que requer uma segunda fase de aprofundamento, a fim de certificar a ocorrência de tal desfecho e identificar os principais fatores explicativos e elementos de intervenção, para prevenir novas ocorrências. As 11 condições clínicas definidas em estudos internacionais anteriores foram empregadas para a mensuração dos resultados adversos potenciais, sensíveis ao cuidado adequado de enfermagem. (NEEDLEMAN *et al.*, 2002; VAN DER HEEDE *et al.*, 2006).

De 762.982 internações hospitalares realizadas em 2011, no estado do Paraná, o *screening* das AIHs identificou 116.785 eventos adversos (Tabela 4) de acordo com as 11 condições clínicas ajustadas aos códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), ou seja, 15,30% dos internamentos tiveram resultados adversos. Galloti (2004) 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 Censo realizado em 2010 pelo IBGE (2010), 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 no ano de 2011, pode-se estimar que aproximadamente 7,30% dessa população necessitou de internação hospitalar no referido ano.

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. Verifica-se que o perfil das internações foi heterogêneo com relação às especialidades, prevalecendo 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. (DIAS *et al.*, 2012; DAUD-GALLOTTI *et al.*, 2005; IEZZONI, 2003; MARTINS; BLAIS; MIRANDA, 2008).

Gontijo (2005, p. 45) destaca “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 em 2011 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, o que, de acordo com a Tabela 5, CID R 09.2 (Parada Respiratória), 5,38% dessas internações acarretam, confirmando, assim, a necessidade de promoção e prevenção do cuidado para esta população.

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.

Dentro das metas globais para a segurança do paciente, que visa à qualidade do cuidado, a OMS (2004) lançou formalmente a Aliança Mundial Para a Segurança do Paciente, distribuída em 13 áreas de ação, conforme descrito no Quadro 2.

Quadro 2 – Metas e desafios globais para a qualidade e segurança do paciente

Área de ação	
Action area 1	Clean Care is Safer Care / Safe Surgery Saves Lives
Action area 2	Research for Patient Safety
Action area 3	Research for Patient Safety
Action area 4	International Patient Safety Classification
Action area 5	Reporting and Learning
Action area 6	Solutions for Patient Safety
Action area 7	High 5s
Action area 8	Technology for Patient Safety
Action area 9	Knowledge Management
Action area 10	Eliminating central line-associated bloodstream infections
Action area 11	Education for Safer Care
Action area 12	Safety Prize
Action area 13	Medical Checklists

Fonte: WHO Patient Safety (2009, p. 44)

A educação é parte essencial e integra as áreas de ação, cabendo às instituições hospitalares, dentre outras, capacitar seu capital humano, auxiliando-os no cumprimento de sua missão com a contribuição das tecnologias que apoiam o cuidado no sentido de prestá-lo com menores níveis de risco para o paciente.

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2011) propôs iniciativas na área de segurança e qualidade dos serviços de saúde, instituindo uma sequência ordenada de atividades, como também estimulou parcerias e acordos internacionais na segurança do paciente, tendo como prioridade a busca das metas e dos desafios globais, listados no Quadro 3.

Quadro 3 – Metas e desafios globais para a qualidade e segurança do paciente

Áreas de ação do Programa Segurança do Paciente da OMS.	
Área de ação 1	O Desafio Global para a Segurança do Paciente pressupõe comprometimento e ações em segurança do paciente para minimização de risco em todos os países. Em 2005, foi lançado o primeiro Desafio Global para a Segurança do Paciente, focado na prevenção e redução de IRAS, com o tema Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura. Em 2007, o segundo Desafio Global de Saúde do Paciente teve foco na segurança cirúrgica, com o tema Cirurgia Seguras salvam Vidas.
Área de ação 2	Pacientes pela Segurança do Paciente asseguram que a voz do paciente esteja no centro do movimento pela saúde do paciente em todo o mundo.
Área de ação 3	Pesquisa em Segurança do Paciente envolve pesquisas internacionais para o conhecimento da natureza do dano ao paciente e desenvolvimento de ferramentas de prevenção.
Área de ação 4	Taxonomia/Classificação Internacional para Segurança do Paciente desenvolve um sistema internacionalmente aceito de classificação da informação em segurança do paciente, promovendo efetivo aprendizado global.
Área de ação 5	Relato e Aprendizagem promovem ferramentas valiosas de notificação, análise, investigação e abordagens que identificam fontes e causas de riscos, propiciando a realização de ações de aprendizado e prevenção de eventos adversos.
Área de ação 6	Soluções para Segurança do Paciente tratam de intervenções e ações práticas para prevenção de dano ao paciente.
Área de ação 7	Alto 5S difunde boas práticas para a mudança organizacional, clínica e de equipe, como: cuidados no preparo de soluções concentradas de eletrólitos; controle da medicação nas transições de cuidado; realização de procedimentos corretos nos sítios corretos; prevenção de falhas de comunicação durante a passagem de plantão; prevenção e redução de IRAS.
Área de ação 8	Tecnologia para segurança do paciente foca na utilização de novas tecnologias para promoção da segurança do paciente.
Área de ação 9	Gerenciando conhecimento irá reunir e compartilhar conhecimentos sobre a evolução mundial da segurança do paciente.
Área de ação 10	Eliminando infecção da corrente sanguínea associada a cateter central concentrará esforços mundiais para ações de prevenção, controle e eliminação deste tipo de infecção em serviços de saúde.
Área de ação 11	Educação para cuidado seguro desenvolve guias curriculares para estudantes da área da saúde, voltados para a segurança do paciente.
Área de ação 12	Prêmio de segurança envolverá prêmios internacionais de excelência no campo da segurança do paciente, impulsionando mudança e melhoria nesta área.
Área de ação 13	Checklists para a área da saúde vem desenvolvendo outras listas de verificação de segurança em serviços de saúde (após averiguação do sucesso da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica na diminuição da morbidade e mortalidade de pacientes, tais como: check-lists para Influenza A (H1N1), parto seguro e segurança do recém-nascido.

Fonte: Boletim Informativo Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde - Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Brasília, Jan-Jul de 2011

As metas e os desafios globais estão sendo perseguidos na tentativa de reduzir os resultados adversos durante as internações hospitalares, contribuindo para que o profissional de saúde promova, no seu espaço, ações que visem atribuir aos pacientes procedimentos seguros, assegurando, desta forma, independentemente da patologia, do tempo de permanência hospitalizado e da sua idade.

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 da Tabela 1, os internamentos da clínica médica (41,34%) e da clínica cirúrgica (34,05%) somam o maior número de hospitalizações no ano de 2011 (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), Needleman *et al.*(2002) e Van der Heede *et al.* (2006).

A proporção das mulheres foi maior na clínica médica e cirúrgica. De acordo com Gontijo (2005, p. 40), “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 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 no ano de 2011, destacando os serviços privados, regidos pela Lei 8080, Capítulo IV (1990, p. 8), 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 adversos.

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 em 2011.

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%), Sepses Hospitalar (4,75%), Úlcera de Pressão (2,33%), Insuficiência Respiratória (1,85%), Choque/Parada Cardíaca (0,74%), e Infecção Ferida Operatória (0,59%). O estudo de Dias *et al.* (2012) corrobora o resultado deste estudo para o rastreado registrado com maior frequência em ambas as especialidades (Clínica Médica e Cirúrgica), qual seja, a Pneumonia Hospitalar (40,60%).

Na Tabela 5, verifica-se que 32,34% das internações identificadas pelo rastreador Choque/Parada Cardíaca referem-se a pacientes com mais de 60 anos, predominando os do sexo feminino (53,02%) e permanecendo mais de 50 dias internados. Esta configuração, no que se refere à idade e ao tempo de permanência hospitalizado, permite inferir que existe maior risco para estes pacientes em relação às infecções cruzadas e associadas a outras patologias. Para este rastreamento, identificou-se uma taxa de mortalidade nas internações ao redor de 10,81%.

A Tabela 6 apresenta os resultados para o rastreador Complicações do Sistema Nervoso Central, com destaque para a patologia Tontura e Instabilidade, que é responsável por 25,43% das internações. A Tontura e Instabilidade requerem dos profissionais de enfermagem cuidados em tempo real, pois podem produzir as quedas, fator primordial no desencadear dos resultados adversos. Além de assustar

o paciente, podem levar a traumatismo, inconsciência e até ao óbito. Eventos desta natureza poderiam ser evitados com medidas simples, dentre as quais destaca-se o posicionamento das grades do leito elevadas ou a liberação de diárias para acompanhantes, pois permitem observar o paciente e solicitar auxílio da equipe de enfermagem em qualquer circunstância que não seja sua condição basal. Promover ações simples e fáceis estão inclusas no cuidado, podendo ser empregadas sem custos adicionais, com resultados efetivos para a segurança do paciente no ambiente hospitalar.

Além de o acompanhante observar o paciente, faz-lhe companhia, o que evita possíveis episódios depressivos, tristeza, além de auxiliar nas refeições e necessidades do dia a dia. O leito do paciente não deve ser moradia, mas um espaço de descanso e/ou repouso, em que o paciente, durante a sua enfermidade, deve permanecer por pequenos espaços de tempo, e assim que for possível deambular, deve-se fazê-lo para prevenir outras doenças e também escarras e trombos, ocasionados pela restrição no leito.

Neste rastreador inclui-se a sonolência, cujo fator de risco é elevado, pois muitas vezes a equipe de enfermagem não está atenta a este fato, podendo ocorrer resultados adversos no sentido de rebaixamento do paciente, falta de alimentação, pouca ingestão de líquidos, o que possibilita a desidratação e a falência renal, entre outras patologias. A sonolência, geralmente, é desencadeada pelas medicações, que após administradas, podem induzir o paciente a complicações do sistema nervoso central.

A Tabela 7 proporciona visibilidade no rastreador Disfunção Metabólica, cuja proporção é maior para as mulheres (61,03%) na faixa etária de 20 a 29 anos (19,90%). Destacam-se a Anúria e Oligúria, cuja proporção nas mulheres atinge 99,09% das internações. Costa (2009, p. 173) conceitua Oligúria como sendo “a redução do volume urinário para um valor abaixo de 400 mL em 24 horas”, ou seja, o mínimo aceitável; e Anúria, a diminuição da diurese.

Cabe à equipe de enfermagem quantificar o volume diário de diurese, oferecer líquidos, higienizar as mãos e observar os demais sintomas e sinais de ausência das eliminações fisiológicas do paciente, a fim de evitar possíveis resultados adversos, independentemente da idade dos pacientes. As pacientes necessitam de 1 dia de tratamento, o que corresponde às diárias hospitalares para

40,19% dos casos e o número maior de pagamentos (71,04%) não ultrapassam R\$ 500,00.

Este resultado adverso pode ser evitado com medidas simples, como a higienização das mãos em diversos momentos, preconizada no dia a dia do profissional de saúde, além do uso de luvas estéreis e da higienização adequada antes e após realização dos procedimentos de saúde. Outro destaque neste rastreador é a taxa de mortalidade, estabelecida em 3,15%.

Santana (2014) define hipoglicemia como sendo a diminuição do nível de glicose no sangue, sendo considerada abaixo dos níveis normais (50 a 66mg/dl), em qualquer hora do dia, monitorada pelo teste de glicemia capilar, possibilitando assim interferir junto ao mesmo após a realização do exame. Paciente com hipoglicemia pode ser ou não diabético. Dentre os sintomas mais comuns da hipoglicemia, Santana (2014, p. 1) destaca os mais frequentes: “visão turva, tonturas, fraqueza, dor de cabeça, pensamento lento, formigamentos, sensação de fome, dificuldade de concentração, irritabilidade, alterações de comportamento e, em casos mais graves, convulsão e coma”.

É importante o vínculo do paciente para com a equipe de saúde e vice-versa, ponto-chave na comunicação e nos possíveis diagnósticos do paciente. Tais óbitos poderiam ser evitados, porém constam na estatística dos resultados adversos nos cuidados de saúde. A hipoglicemia pode trazer sequelas ao paciente, se não for observada, sendo assim, a alimentação e administração de soluções fisiológicas e/ou glicose. Os danos provocados por esta patologia podem ser irreversíveis. A diabetes aparece em 45,31% dos indivíduos rastreados pela condição clínica Disfunção Metabólica.

Na Tabela 8 verifica-se o rastreador Infecção Ferida Operatória, com destaque para 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%). A Anvisa (2009, p. 25) busca envolver os serviços hospitalares na busca da cirurgia segura, com o objetivo de minimizar os possíveis resultados adversos, tendo em vista a complexidade dos procedimentos, os quais estão distribuídos em diversas etapas, possibilitando a minimização e a perda desnecessária de vidas e possíveis complicações.

Desta forma, os hospitais podem se apropriar desta ferramenta, disponibilizando e padronizando para as equipes cirúrgicas o quadro dos objetivos, visando o paciente como um todo, conforme ilustrado no Quadro 4.

Quadro 4 – Dez objetivos essenciais para a cirurgia segura: revisão das evidências e recomendações

1. A equipe operará o paciente certo e o local cirúrgico certo.
2. A equipe usará métodos conhecidos para impedir danos na administração de anestésicos, enquanto protege o paciente da dor.
3. A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para perda de via aérea ou de função respiratória que ameacem a vida.
4. A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para o risco de grandes perdas sanguíneas.
5. A equipe evitará a indução de reação adversa a drogas ou reação alérgica sabidamente de risco ao paciente.
6. A equipe usará de maneira sistemática, métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção no sítio cirúrgico.
7. A equipe impedirá a retenção inadvertida de instrumentos ou compressas nas feridas cirúrgicas.
8. A equipe manterá seguros e identificará precisamente todos os espécimes cirúrgicos.
9. A equipe se comunicará efetivamente e trocará informações críticas para a condução segura da operação.
10. Os hospitais os sistemas de saúde pública estabelecerão vigilância de rotina sobre a capacidade, volume e resultados cirúrgicos.

Fonte: Anvisa: cirurgias seguras salvam vidas - manual cirurgia seguras - biblioteca virtual

Os objetivos essenciais para a cirurgia segura servem de guia para a equipe cirúrgica, desenvolvendo um passo a passo, a fim de evitar possíveis falhas no ato cirúrgico, os quais podem e devem ser padronizados pelos hospitais para reduzir os eventos adversos pré, pós e intra operatório.

Conforme demonstrado na Tabela 8, a taxa de mortalidade para esse rastreador é de 5,32%, com incidência maior nos pacientes com mais de 50 anos (45,76%). 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.

Na Tabela 9, *screening* na patologia da Infecção do Trato Urinário, as infecções são predominantes no sexo feminino (54,17%). Roriz (2010) justifica que 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 adversos.

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.

Na Tabela 10, 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 da idade influencia diretamente no cuidado da doença, tendo em vista as situações, hábitos vivenciados durante a vida, como por exemplo: o tabagismo, fumaça, fogão a lenha, entre outros.

Na Tabela 11, o rastreador Sepse Hospitalar foi relacionado a 5.542 pacientes no ano de 2011, apresentando um número elevado de taxa de mortalidade (29,51%). Com relação a esta condição clínica, Silva (2013) 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 imunidade do paciente, configurando uma das principais causas de óbito na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). É considerada infecção hospitalar e o tratamento se faz com antibióticos, que são controlados pelo Controle de Infecção

Hospitalar (CCIH), o qual acompanha diariamente os exames em virtude dos agravos do paciente.

A Sepsé 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 resultados adversos, caso cuidados e protocolos não sejam estabelecidos para estabilizar, principalmente, as infecções bacterianas, no sentido do controle da doença no âmbito hospitalar.

As Úlceras de Pressão, rastreador apresentado na Tabela 11, acometem principalmente pacientes restritos ao leito, ou seja, pacientes de diversos dias de hospitalização, nutrição inadequada, sendo que os idosos são os mais acometidos pelas úlceras. Sobre este rastreador, Luz (2010, p. 37) 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.

Os envolvidos diretamente e indiretamente no cuidado devem estar atentos quanto aos possíveis sinais na pele do paciente, quanto às 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.

A Úlcera de Decúbito, conforme rastreamento apresentado na Tabela 12, foi diagnosticada em 31,35% dos pacientes acima de 60 anos, resultando em mais de 50 dias de internação para 47,29% dos internados, levando a óbito 6,01% dos mesmos, tendo em vista as possíveis complicações diretas e indiretas frente ao processo da doença.

Na Tabela 13, a Trombose Venosa Profunda é predominante nas mulheres (75,92%). Penha (2009), 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.

A Hemorragia Digestiva Alta, enquanto rastreador, apresenta seus resultados na Tabela 14. Esta patologia acomete ambos os sexos, praticamente na mesma proporção. No ano de 2011, ocorreram 7.063 eventos adversos neste rastreador e os casos mais comuns acometeram pacientes com idades entre 40 e 49 anos, destacando-se a taxa de óbito de 10,26% para a condição clínica Outras Doenças Específicas do Esôfago, sendo os pagamentos das despesas hospitalares, em sua maior proporção (39,52%), até R\$ 500,00.

Na Tabela 15, os rastreadores dos eventos adversos durante as internações decorrentes de Pneumonia Hospitalar predominam na terceira idade, ou seja, pacientes hospitalizados acima de 60 anos, exceto nos casos da CID J 18.0, J 95.4 e J 69.0 ocorridos em crianças entre 0 e 9 anos.

De acordo com Dias *et al.* (2012), os limites de estudos de rastreamento de resultados adversos devem-se ao objeto e ao desenho do estudo e à qualidade das variáveis concernentes aos pacientes e ao processo de cuidado. A análise de rastreadores de resultados adversos, à semelhança dos indicadores de desempenho clínico, representa abordagem indireta de qualidade, ou seja, o processo de cuidado aos pacientes não foi avaliado. Os rastreadores de resultados adversos empregados constituem ferramenta preliminar para identificar casos ou hospitais potencialmente com risco de estarem prestando serviços e qualidade inadequada ou inferior ao padrão esperado. Entre estes indicadores, estão incluídas condições clínicas, em que é difícil discriminar a importância relativa da gravidade do caso e de problemas na qualidade do cuidado e da interação entre esses fatores.

6 CONCLUSÕES

Este estudo não objetivou avaliar a validade dos rastreadores de resultados adversos como medida de qualidade do cuidado, comparativamente à efetiva avaliação detalhada da qualidade do processo de cuidado. Os resultados apurados demonstram somente a frequência de potenciais resultados adversos, portanto, não se pode concluir que em todos os casos houve, de fato, resultados adversos, ou seja, o dano evitável decorrente do cuidado e não da doença em si.

A hipótese que orientou os procedimentos metodológicos adotados neste estudo para cumprir seu objetivo está baseada nas teorias desenvolvidas por Needleman *et al.* (2002) e Van Der Hedde *et al.* (2006), quando postulam que os rastreadores de resultados adversos são condições potencialmente sensíveis ao cuidado de enfermagem, indicando associação altos níveis do cuidado de enfermagem e redução nas taxas de mortalidade e resultados adversos em pacientes hospitalizados.

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; explorou a 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. É o que se espera!

REFERÊNCIAS

BEM-TOVIM, D.I. **Routine use of administrative data for safety and quality purposes—hospital mortality.** Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20955133101514. Acesso em: 10 mai. 2014.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim Informativo.** Volume 1 Numero 1, Brasília, jan-jul de 2011. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/boletim+i.pdf?mod=ajperes>. Acesso em: 12 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 18 jul. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html. Acesso em: 02 dez. 2013.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 10 abr. 2014.

_____. **Lei 8080.** Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 12 mai. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento/Ministério da Saúde, Secretária de Atenção Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Caderno da atenção primária.** Brasília. Ministério da Saúde. 2010. 95p. ISBN 978.85-334-1729-8. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/caderno_atencao_primaria_29_rastreame_r. Acesso em: 20 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. SIHD – **Sistema de Informação Hospitalar Descentralizada.** Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIHD/institucional>. Acesso em: 20 fev. 2014.

_____. Ministério da Saúde/Anvisa. **Aliança mundial para a segurança do paciente. Cirurgias seguras salvam vidas manual.** Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/213372004745811b8d55dd3fbc4c6735/Manual_seguranca_do_paciente.pdf?MOD=AJPERES. Acesso em: 22 out. 2014.

CLASSIFICAÇÃO Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde. Décima Revisão; 2007. Disponível em: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/content/statichtml/ISC10volume2>. Acesso em: 12 abr. 2014.

COSTA, V.T.; YU, I. **Abordagem clínica da oligúria**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v31n3/v31n3a01.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2014.

DAUD-GALLOTTI, et al. **Adverse events and death in stroke patients admitted to the emergency department of a tertiary university hospital**. Disponível em: http://www.researchgate.net/...Adverse_events_and_death_in_stroke_patients. Acesso em: 12 de mar. de 2014.

DIAS, A. E. D.; MARTINS, M.; NAVARRO, N. **Rastreamento de resultados adversos nas internações do Sistema Único de Saúde**. Disponível: . Acesso em: 12 abr de 2013.

DONABEDIAN, A. **The Definition of Quality and Approaches to its Assessment (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, volume I)**. Ann Arbor, Health Administration Press, 1980.

_____. **A Gestão da Qualidade Total na Perspectiva dos Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro, Qualitymark, 1994.

_____. **An Introduction to Quality Assurance in Health Care**. Disponível em: <http://www.calidadensalud.org.ar/.../1.%20Curriculum%20%20Avedis.doc>, PDF. Acesso em: 13 jul. 2013.

PROADESS. **Matriz de dimensões da avaliação de desempenho do sistema de saúde**. Disponível em: <http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php/pag=matp>. Acesso em: 07 ago. 2014.

GALLOTTI, R.M.D. **Eventos adversos – o que são?** Disponível em: <http://www.scielo.br?pdf?ramb?v50n2/20754.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2013.

GONTIJO, S. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em: 12 out. 2014.

GRASSI, P.R.; LAURENO, R. **Implicações na introdução da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças em análise de tendências da mortalidade por causa**. Disponível em: scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid-50104-167319980003000058&script=sci_artlex. Acesso em: 20 jun. 2014.

HARADA M.J.C.S; PEDREIRA, M.L.V; PETERLINI, M.A.A.S.; PEREIRA, S.R. **O erro humano e a segurança do paciente**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2006.

IOM - Institute Of Medicine. **Crossing The Quality Chasm: a new health system for the 21st century**. Disponível em: <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-chasrr>. Acesso em: 03 abr. 2014.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pr>. Acesso em: 10 ago. 2014.

KARSON, A.S.; BATES, D.W. **Screening for adverse events**. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10468381>. Acesso em: 25 mai. 2014.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S. **To Err Is Human: Building a Safer Health System**. Disponível em: <http://www.nap.edu/catalog/9728.html>. PDF. Acesso em: 15 jul. 2013.

LAURENTI, R. **Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v25n6/01.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2014.

LISA I.; IEZZONI, MD. **Assessing quality usig administrative**. Disponível em: <http://annals.org/article.aspx?.articleid=710911>. Acesso em: 23 mai. 2013.

LUZ, S.R. ; LOPACINSKI, A.C ; URBAN, C. A. **Úlceras de Pressão**. Disponível em :<http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/revista/volume4-numero1/artigo06.pdf>. Acesso em: 12 set. 2014.

NEEDLEMAN, J.B.P.; MATTKE, S.S.M.; ZELEVINSKY, K. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospotals. **N. Eng J Med.**, v. 346, n.22, p. 1715-22 2002.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety v 1.1**. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>. Acesso em: 13 set. 2013.

_____. **WHO Patient Safety - programme areas**. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/about/programmes/en/>. Acesso em: 12 out. 2014.

PENHA, G.S. et al. **Mobilização precoce na fase aguda da trombose venosa profunda de membros inferiores**. Disponível em: <http://scielo.br/scielo.php?pid=S1677-54492009000100011&script=sciarttext>. Acesso em: 18 out. 2014.

PIOLA, S.F.; VIANNA, S. M. (Orgs.). **Econômica da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde**. Disponível em: http://www.institutoapoiar.org.br/imagens/bibliotecas/ES_1.pdf. Acesso em: 13 mai. 2014.

REASON, J. Human error: modelos and management. **British Medical Journal**, n. 320, p. 768-770, 2000. Disponível em: http://openlearn.opem.ac.uk/file.php/3303!/via/ouconter/ouconter/course/257/t835_1_reading001.pdf. Acesso em: 18 nov. 2013.

RORIZ, J.S.F. et. al. **Infecção do trato urinário**. Disponível em: http://revista.fmrp.usp.br/2010/vol43n2/Simp3_Infec%E7%E3o%20do%20trato%20urin%E1rio.pdf. Acesso em: 20 out. 2014.

ROZENFELF, S. **Agravos provocados por medicamentos em hospitais do estado do Rio de Janeiro, Brasil.** Disponível em: [HTTP://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/saude/almaata.htm](http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/saude/almaata.htm). Acesso em: 10 mai. 2013.

SANTANA, G. **Hipoglicemia.** Disponível em: <http://www.endocrinologia.com.br/html/hipoglicemia.htm>. Acesso em: 12 nov. 2014.

SILVA, B.L.; RIBEIRO, F.F.; ANDRADE, S.S.C. **Morbimortalidade Hospitalar por Sepsis no Sistema Único de Saúde.** Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/3412/pdf_1787. Acesso em: 12 out. 2014.

VAN DEN HEEDE, K.; SERMEUS, W.; DIYA L.; CLARKE, S.P.; VLEUGELS, A.; AIKEN, L.H. Nurse staffing and patient outcomes in Belgium acute hospitalis: cross-sectional analysis of administrative data. **J Nursing Studies**, v.46, p. 928-39, 2009.

WACHTER, R.M. Compreendendo a segurança do paciente. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2012, p.463.