



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM

CLAYTON DA SILVA BRITO

MAGALY DA ROSA ALMEIDA

**A IDENTIFICAÇÃO COMO IMPORTANTE ESTRATÉGIA PARA A
SEGURANÇA DO PACIENTE IDOSO HOSPITALIZADO**

BELÉM-PA

2017

CLAYTON DA SILVA BRITO

MAGALY DA ROSA ALMEIDA

**A IDENTIFICAÇÃO COMO IMPORTANTE ESTRATÉGIA PARA A
SEGURANÇA DO PACIENTE IDOSO HOSPITALIZADO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora do curso de Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Pará como requisito para a obtenção do grau de Bacharel e Licenciado em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Izabel Penha de Oliveira Santos

Co-orientadora: Prof^a Msc. Daiane de Souza Fernandes.

BELÉM-PA

2017

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Biblioteca do Instituto de Ciências da Saúde / UFPA

Brito, Clayton da Silva.

A identificação como importante estratégia para a segurança do paciente idoso hospitalizado / Clayton da Silva Brito, Magaly da Rosa Almeida; orientadora, Maria Izabel Penha de Oliveira Santos, co-orientadora, Daiane de Souza Fernandes. — 2017.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde, Faculdade de Enfermagem (FAENF), Belém, 2017.

1. Idoso. 2. Segurança do paciente. 3. Enfermagem. I. Almeida, Magaly da Rosa. II. Título.

CDD: 22. ed.: 618.970231

CLAYTON DA SILVA BRITO

MAGALY DA ROSA ALMEIDA

A IDENTIFICAÇÃO COMO IMPORTANTE ESTRATÉGIA PARA A SEGURANÇA
DO PACIENTE IDOSO HOSPITALIZADO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora do curso de Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Pará como requisito para a obtenção do grau de Bacharel e Licenciado em Enfermagem

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra. Maria Izabel Penha de Oliveira Santos
Universidade do Estado do Pará / UEPA
Orientadora

Prof^ª. Msc. Daiane de Souza Fernandes
Universidade Federal do Pará / UFPA
Co-orientadora

Prof^ª. Msc. Andréa Ribeiro da Costa
Universidade Federal do Pará / UFPA

Aprovado em: 17/02/2017

Conceito: _____

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que me deu força e coragem para que eu conseguisse superar as dificuldades e chegasse até aqui.

Aos meus pais pelo incentivo, dedicação e amor incondicional que mesmo diante de todas as dificuldades não mediram esforços para que eu realizasse meu sonho.

Aos demais membros da minha família e meu companheiro que sempre estavam dispostos a me ajudar em tudo que eu precisei.

Aos amigos pelo apoio e palavras de incentivo que se fez extremamente importante nos momentos de dificuldades.

A esta faculdade e todo seu corpo docente, além da direção e administração que me proporcionaram as condições necessárias para que eu alcançasse meus objetivos.

A minha orientadora Prof^a. Dr^a. Maria Izabel Penha de Oliveira Santos e co-orientadora Prof^a. Msc. Daiane de Souza Fernandes, por todo o tempo que dedicou a me ajudar durante o processo de realização deste trabalho.

E enfim, a todos que contribuíram para a realização deste trabalho, seja de forma direta ou indireta, fica registrado aqui, o meu muito obrigado!

Clayton da Silva Brito.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me permitir concretizar este sonho, abençoando minha caminhada até aqui.

À minha família e amigos por todo o apoio, especialmente a minha avó Waldomira, por todas as palavras de incentivo. Agradeço também ao meu amor, por todo o seu carinho e companheirismo em todos os momentos, obrigada!

Aos membros do grupo de pesquisa GESIAMA/UEPA por compartilharem seus conhecimentos e por nossas parcerias acadêmicas, destacando: Emanuele, Emerson, Jessika e especialmente Nathália por sua solicitude em contribuir com este estudo.

Ao meu amigo e dupla de TCC Clayton Brito, por nossa amizade e cumplicidade construída ao longo da graduação e por sua alegria contagiante.

Ao CNPq por financiar esta pesquisa. Aos CEPs da UEPA e FSCMPA.

A minha instituição, UFPA e toda a equipe que compõe a FAENF, mais particularmente a direção, sempre resolutiva e a todo corpo docente, destacando as prof^{as} da AC Saúde do Adulto e Idoso, Msc. Andréa Costa e Msc. Daiane Fernandes que foram muito inspiradoras pessoal e profissionalmente. Obrigada!

Por fim, agradeço a nossa orientadora, Prof^a. Dr^a. Maria Izabel Penha de Oliveira Santos, por confiar em nosso potencial para desenvolver este estudo, por sua disponibilidade e generosidade por partilhar conosco seus conhecimentos, muito obrigada!

Magaly da Rosa Almeida.

“Pode parecer estranho enunciar que a principal exigência em um hospital seja não causar dano aos doentes”

Florence Nightingale

RESUMO

INTRODUÇÃO: A identificação dos pacientes é considerada uma estratégia importante para sua segurança durante a hospitalização. A utilização adequada dessa estratégia concorrerá para que se evitem danos maiores durante a sua permanência no hospital, como a troca de medicações entre os pacientes, hemoderivados, exames laboratoriais, anotações e outros procedimentos. **OBJETIVO:** Avaliar a segurança do idoso hospitalizado quanto a estratégia de identificação. **MÉTODO:** Caracteriza-se como um estudo quantitativo, descritivo, transversal. Trata-se do recorte de um estudo oriundo do Projeto “Segurança do Idoso Hospitalizado quanto ao Risco de Quedas” submetido pelo Grupo de Pesquisa GESIAMA (UEPA/CNPq) aprovado pelo edital CNPq/Universal de 2014. Os dados colhidos foram originalmente armazenados em planilhas eletrônicas e os cálculos estatísticos realizados com uso de programa estatístico SPSS versão (20.0). Em seguida esses dados foram tratados estatisticamente por testes paramétricos e não-paramétricos, como distribuição de frequência simples, medidas de dispersão (média, mediana e desvio padrão). Considerando-se o p valor $\leq 10\%$. **RESULTADOS:** Participaram do estudo o total de 75 idosos de ambos os sexos e idades entre 60 a 90 anos, sendo a média de idade de 71,3 anos, a maioria dos idosos estava na faixa etária entre 60 e 70 anos, eram do sexo masculino, provenientes de Belém, houve predomínio daqueles que recebiam até um salário mínimo e baixo nível de escolaridade. A maioria das internações foi do sexo masculino totalizando 58,7%. Destaca-se que a maioria dos idosos da amostra teve como causa de internação doenças do sistema cardiovascular correspondendo a 38,7%. Entre as comorbidades a hipertensão arterial e diabetes foram as mais prevalentes e 57,3% dos idosos foram fumantes de longa data. Identificou-se que nenhum idoso do estudo usava pulseira de identificação, assim como, havia idosos com nomes similares na mesma enfermaria cerca de 22,7%. **CONCLUSÃO:** De acordo com os resultados encontrados neste estudo, quanto a não utilização da estratégia da identificação para a segurança do paciente, expõe ainda mais os idosos aos riscos de eventos adversos durante a hospitalização. Assim, sugere-se que seria prudente que as instituições de saúde pudessem seguir meios de identificação seguros e padronizados, conforme preconizado pela ANVISA, através da Política Nacional de Segurança do Paciente, e que toda a equipe de saúde incluísse em seus protocolos os dados de identificação antes de realizar qualquer procedimento.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Idoso. Enfermagem.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Patient identification is considered an important strategy for their safety during hospitalization. The proper use of this strategy will contribute to avoid greater damages during your stay in the hospital, such as the exchange of medications between patients, blood products, laboratory tests, notes and other procedures. **OBJECTIVE:** To evaluate the safety of the elderly hospitalized regarding the identification strategy. **METHOD:** It is characterized as a quantitative, descriptive, cross-sectional study. This is a snippet from project "Segurança do Idoso Hospitalizado quanto ao Risco de Quedas" submitted by GESIAMA Research Group (UEPA / CNPq) approved by CNPq / Universal edict of 2014. The data collected were originally stored in spreadsheets and statistical calculations performed using statistical software SPSS version (20.0). These data were then treated statistically by parametric and non-parametric tests, such as simple frequency distribution, dispersion measures (mean, median and standard deviation). Considering the p value $\leq 10\%$. **RESULTS:** A total of 75 elderly people of both sexes and ages between 60 and 90 years of age participated of the study, the mean age being 71.3 years, the majority of the elderly were between 60 and 70 years old, were of the sex male, from Belém, there was a predominance of those who received up to a minimum wage and low level of schooling. The majority of hospitalizations were males totaling 58, 7%. It is noteworthy that the majority of the elderly in the sample had as a cause of hospitalization diseases of the cardiovascular system corresponding to 38.7%. Among comorbidities, hypertension and diabetes were the most prevalent and 57.3% of the elderly were long-term smokers. It was identified that no elderly of the study wore identification bracelet, just as, there were elderly with similar names in the same ward about 22.7%. **CONCLUSION:** According to the results found in this study, regarding the non-use of the identification strategy for patient safety, it further exposes the elderly to the risks of adverse events during hospitalization. Thus, it is suggested that it would be prudent for health institutions to follow safe and standardized means of identification, as recommended by ANVISA, through the National Patient Safety Policy, and that all health personnel include in their protocols data from Identification before performing any procedure.

Key-words: Patient safety. Aged. Nursing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 JUSTIFICATIVA.....	15
3 PROBLEMA DA PESQUISA	16
4 OBJETIVOS	17
4.1 Objetivo Geral.....	17
4.2 Objetivos Específicos.....	17
5 REVISÃO DA LITERATURA	18
5.1 Segurança do paciente.....	18
5.2 Histórico.....	19
5.3 Principais conceitos sobre a segurança do paciente	22
5.4 Eventos Adversos Relacionados à Assistência em Serviços de Saúde	23
5.5 Principais tipos de eventos adversos	24
5.5.1 Eventos adversos relacionados à identificação do paciente.....	25
6 METODOLOGIA	26
6.1 Tipo de estudo.....	26
6.2 Local do estudo.....	26
6.3 População e Amostragem.....	26
6.4 Procedimentos de Coleta de Dados	27
6.5 Análise dos Dados.....	28
7 RESULTADOS E DISCUSSÕES	29
8 CONCLUSÃO	39
REFERÊNCIAS.....	40
APÊNDICES.....	49
APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	49
APÊNDICE 2 - Instrumento de Coleta de Dados para o seu estudo.....	51

ANEXOS.....	52
ANEXO 1 - Autorização da instituição selecionada para pesquisa.....	52
ANEXO 2 - Parecer Consubstanciado do CEP-UEPA.....	53
ANEXO B - Parecer Consubstanciado CEP Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.....	58

1 INTRODUÇÃO

Na atenção à saúde, a segurança é um princípio básico e um requisito para a qualidade do cuidado (NEUFELD, 2009). A segurança do paciente é definida como a redução do risco de danos desnecessários associados à atenção à saúde, até um mínimo aceitável (SHERWOOD; DRENKARD, 2007), pois, considerando-se a complexidade de procedimentos e tratamentos, o potencial para o dano é real. O cuidado seguro resulta tanto de ações corretas dos profissionais de saúde, como de processos e sistemas adequados nas instituições e serviços, assim como de políticas governamentais regulatórias, exigindo um esforço coordenado e permanente. A preocupação com a segurança já se mostra implícita no modelo brasileiro de atenção à saúde, que é “pautado na defesa da vida” (KINGSTON-RIECHERS et al., 2010).

Nesse sentido a identificação dos pacientes é considerada uma estratégia importante para que se evitem danos maiores durante a sua permanência no hospital. Estudos apontam que de cada dez pacientes atendidos em um hospital, um sofre pelo menos um evento adverso e entre eles, ocorre por falhas na identificação (ANVISA, 2013). Além disso, esse fato pode ter desfechos negativos na administração de medicamentos, de sangue e hemoderivados, nos exames diagnósticos, nos procedimentos cirúrgicos e na entrega de recém-nascidos (HELMS et al., 2010).

A Portaria MS/GM nº 529/2013 estabelece que um conjunto de protocolos básicos, definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), deva ser elaborados e implantados: prática de higiene das mãos em estabelecimentos de Saúde; cirurgia segura; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; **identificação de pacientes**; comunicação no ambiente dos estabelecimentos de Saúde; prevenção de quedas; úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e uso seguro de equipamentos e materiais. Esses protocolos são os recomendados pela OMS, quer nos desafios globais – prática de higiene das mãos em estabelecimentos de Saúde; cirurgia segura, quer nas chamadas soluções de segurança para o paciente – medicamentos com nomes e embalagens semelhantes; controle de soluções eletrolíticas concentradas; garantia da medicação correta em transições dos cuidados (conciliação medicamentosa); identificação do paciente; comunicação correta durante a transmissão do caso (ANVISA, 2013).

A busca pela qualidade nos serviços de saúde é condição essencial nos dias atuais, consequentemente, o movimento pela segurança do paciente passa a ser um caminho

prioritário a ser percorrido (MASSOCO; MELLEIRO, 2015).

Em toda a Rede de Atenção à Saúde, que se configura como um conjunto de ações e serviços, com densidades tecnológicas distintas e focados na integralidade e qualidade do cuidado (GREINER; KNEBEL, 2013), a segurança deve ser valorizada como um direito do paciente e um compromisso ético do profissional de saúde. Na atenção à saúde, a segurança é um princípio básico e um requisito para a qualidade do cuidado (BRAGA; LAUTERT, 2004).

Para que o cuidado seja seguro, também é necessário construir uma cultura de segurança do paciente, em que profissionais e serviços compartilhem práticas, valores, atitudes e comportamentos de redução do dano e promoção do cuidado seguro. É preciso que medidas de segurança sejam sistematicamente inseridas em todos os processos de cuidado (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). Segundo o *Canadian Patient Safety Institute*, conceito de cultura de segurança tem sua origem em outras áreas, como aviação e energia nuclear, nas quais o trabalho se caracteriza pela complexidade e pelo risco. Na área da saúde, é um conceito ainda em construção, mas alguns de seus aspectos básicos já estão identificados.

A identificação está presente na vida do cidadão desde seu nascimento. Ao internar num hospital, os cidadãos se despersonalizam passando, por vezes, a representar apenas um corpo portador de uma determinada doença e que ocupa um leito hospitalar. Nos serviços de saúde, constata-se prática comum entre os profissionais, a referência aos pacientes pelo número do leito ou pela doença que o trouxe ao serviço (ANVISA, 2013).

A falha na identificação de um paciente pode iniciar no momento em que ele ingressa no sistema de atendimento. Equívocos no cadastro de admissão de pacientes, tais como: nomes difíceis, nomes oriundos de outras nacionalidades, imprecisão na data de nascimento de pacientes muito idosos podem favorecer a ocorrência de falhas deste tipo. A entrada de dados equivocados nos sistemas informatizados pode provocar erros em vários momentos do processo de atendimento (ANVISA, 2013).

Pacientes com nomes iguais ou semelhantes, quando internados no mesmo quarto, são fonte provável de incidentes relativos à troca de medicamentos, exames, procedimentos cirúrgicos, troca de informações na passagem de plantão ou mesmo troca de bebês em maternidades. O próprio paciente também pode ser a causa da ocorrência de erros, pelo uso de documentos de outras pessoas para acessar o serviço ou mesmo pelo fornecimento de informações imprecisas quando questionados acerca de seu nome (ANVISA, 2013).

A ausência de um processo padronizado de identificação entre os serviços de saúde contribui para a ocorrência de falhas, visto que pode provocar confusão para o paciente, que utiliza mais de um serviço e para o profissional, que trabalha em mais de uma instituição. As práticas recomendadas para reduzir estes incidentes envolvem a utilização de pulseiras de identificação, a adoção da rotina de conferência no primeiro encontro com o paciente e pelo menos uma vez ao turno, a cada troca de plantão, assim como a conferência no recebimento do paciente para realização de exame ou procedimento (HUGONNET; PERNEGER; PITTET, 2002).

O processo de identificação muitas vezes é dificultado por questões culturais como o preconceito associado ao uso de pulseiras, a utilização de roupas que ocultam as pulseiras ou mesmo nomes oriundos de outras culturas. A percepção dos profissionais de que o atendimento fica comprometido pelas repetidas verificações contribui para a rejeição das recomendações de conferência (SMITH et al., 2011). Embora seja recomendado o uso de pulseira para identificar os pacientes, o cenário nos hospitais demonstra 75,9% de uso de identificadores no leito e apenas 23,8% de pacientes utilizando pulseiras no antebraço (NEWMAN; SEITZ, 1990).

2 JUSTIFICATIVA

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea. O fenômeno que ocorreu, inicialmente, nos países desenvolvidos, de forma gradativa, se estende, de maneira acentuada, para aqueles em desenvolvimento. No Brasil, o número de idosos (≥ 60 anos de idade) passou de 3 milhões em 1960 para 7 milhões em 1975 e 14 milhões em 2002, o que significa um aumento de cerca de 500% em 40 anos. Esse processo deve colocar o Brasil, em 2020, na sexta posição do *ranking* mundial dos países com maior número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas idosas. (LIMA-COSTA e VERAS, 2003)

Os idosos consomem mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias, sendo necessário um planejamento de ações efetivas de saúde para essa faixa etária. No entanto, todo planejamento potencialmente bem-sucedido perpassa, em grande parte, do conhecimento da realidade, que nesse contexto, segundo Loyola Filho *et al.*, inclui o perfil das internações da população idosa.

Entre as internações registradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em 2001, 18% eram de idosos. Os dados referentes ao diagnóstico principal dessas hospitalizações revelam que as causas mais frequentes de internação entre os idosos devem-se a doenças dos aparelhos circulatório, respiratório e digestivo. De acordo com informações do Ministério da Saúde (MS), seis anos depois, em 2007, a participação dos idosos nas internações aumentou mais de dois pontos percentuais (LOYOLA FILHO *et al.*, 2004).

Assim, em revisão da literatura nacional, observou-se que nenhum estudo sobre o tema na Região Norte, especificamente em Belém – Pará encontrava-se nas bases de dados de enfermagem. Dessa forma, considerando-se essa lacuna, esse foi um dos motivos que incentivou os autores a desenvolver esse estudo. Assim como, espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir com a comunidade acadêmica local e nacional.

3 PROBLEMA DA PESQUISA

O aumento da população idosa, em termos de saúde pública, obviamente se traduz em maior número de problemas médicos crônicos e degenerativos, que frequentemente dependem de tratamentos longos e dispendiosos. A velocidade com que ocorre o envelhecimento populacional, especialmente nos países em desenvolvimento, tornou-se tema da atualidade, principalmente quando a discussão atinge a questão do preparo dos sistemas de saúde pública para acolher essa crescente demanda. A transição demográfica em alguns países da Europa e nos Estados Unidos evoluiu em cerca de um a dois séculos, enquanto na América Latina e no Brasil se iniciou mais tardiamente, de forma mais rápida, principalmente a partir da segunda metade do século XX, perfazendo um período de 50 anos (RAMOS, 2002).

A velhice associa-se à maior prevalência de doenças crônicas e incapacidades, necessidades de saúde mais complexas e maior utilização dos serviços de saúde, quando comparada a outros grupos etários. Sabe-se também que durante as internações hospitalares, o tempo de ocupação do leito é maior (LOUVISON; LEBRÃO; DUARTE, 2008).

Os idosos tendem a consumir mais serviços de saúde, apresentando taxas de internação hospitalar bem mais elevadas do que as observadas em outros grupos etários, assim como permanência hospitalar mais prolongada (AMARAL et al., 2004).

A partir da vivência acadêmica no Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão sobre a Saúde do Idoso da Amazônia (GESIAMA), que estuda e discute as diversas temáticas acerca da saúde do idoso e onde participamos como auxiliares na pesquisa do projeto “Avaliação da Segurança do Paciente Idoso Hospitalizado quanto ao Risco De Quedas”, observou-se alguns aspectos na identificação dos idosos que poderiam comprometer a sua segurança, o que nos incentivou a explorar esse tema com base nos dados encontrados no referido projeto.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Avaliar a segurança do idoso hospitalizado quanto a estratégia de identificação.

4.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar as condições sociodemográficas e da saúde dos idosos hospitalizados
- b) Verificar a estratégia de identificação dos idosos hospitalizados utilizada pela instituição de saúde;
- c) Discutir os possíveis riscos de efeitos adversos por falhas na identificação do idoso hospitalizado.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Segurança do paciente

Segundo a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP, 2013), a segurança é a “redução, a um mínimo aceitável, de risco de dano desnecessário”. Segurança do Paciente é a “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”. Na atenção à saúde, a segurança é um princípio básico e um requisito para a qualidade do cuidado. A segurança do paciente é definida como a redução do risco de danos desnecessários associados à atenção à saúde, até um mínimo aceitável, pois, considerando-se a complexidade de procedimentos e tratamentos, o potencial para o dano é real.

O avanço nas pesquisas de cuidado à saúde contribui para a melhoria do cuidado prestado. No entanto, mesmo com os avanços nos sistemas de saúde, as pessoas estão ainda expostas a diversos riscos quando submetidas aos cuidados, particularmente em ambientes hospitalares. Devido a isso, a segurança do paciente tem se tornado preocupação central para o sistema de saúde, no mundo todo, desde a década de 90. Dados de pesquisa, obtidos dos Estados Unidos, em 1999, indicam que os erros de cuidado à saúde causam, aproximadamente, de 44 a 98 mil eventos adversos, anualmente, nos hospitais daquele país (INSTITUTE OF MEDICINE OF THE NATIONAL ACADEMIES, 2008).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), assim como todos os órgãos de saúde, tem se ocupado fortemente com a melhoria do cuidado prestado nos ambientes de assistência à saúde com o intuito de aprimorar a efetividade de suas ações, oferecendo um serviço de qualidade aos usuários dos serviços de saúde (ANVISA, 2013).

A segurança do paciente é uma questão que vem sendo discutida mundialmente. Buscar a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável é uma questão reconhecida como componente extremamente importante na obtenção do certificado de qualidade (OMS, 2010).

Sob a perspectiva de que o paciente sob cuidados corre o risco de sofrer danos relacionados à assistência prestada, a Organização Mundial da Saúde criou em 2004, a Aliança Mundial pela Segurança do Paciente com a missão de coordenar, disseminar e acelerar melhorias para segurança do paciente em termos mundiais (GOMES, 2010). Para isso,

definiu um programa com 12 áreas de trabalho contemplando a questão da segurança do paciente, como tema central de suas ações. Um dos aspectos considerados importantes pela Aliança diz respeito à correta identificação do paciente. O assunto foi objeto de trabalho em uma das nove soluções construídas pela Aliança e aprovadas, em 2007, com o objetivo de transmitir conhecimentos e soluções práticas sobre segurança do paciente disseminando-as em todo mundo (PEDREIRA; HARADA, 2009).

Segundo *Joint Commission for Patient Safety*, (2008) um dos elementos centrais da aliança mundial da OMS é a ação conhecida como Desafio Global, o qual lança um tema prioritário a cada dois anos para a adoção pelos membros da OMS.

A melhoria da segurança do cuidado em saúde reduz as doenças e danos, diminui o tratamento e/ou o tempo de hospitalização, melhora ou mantém o status funcional do paciente, e aumenta sua sensação de bem-estar (OMS, 2002).

5.2 Histórico

A constatação de que os resultados do cuidado na condição de saúde do paciente estão associados ao processo, assim como a fatores contextuais, não é recente. Em 1855, Florence Nightingale, com base em dados de mortalidade das tropas britânicas, propôs mudanças organizacionais e na higiene dos hospitais, mudanças estas que resultaram em expressiva redução no número de óbitos dos pacientes internados (NEUHAUSER, 2003).

Dentre diversas outras atividades que exerceu ao longo de sua vida, Florence Nightingale também esteve envolvida com a criação das primeiras medidas de desempenho hospitalar. Algumas décadas à frente, em 1910, nos Estados Unidos da América (EUA), a Associação Médica Americana publicou um documento que ficou conhecido como Relatório Flexner, tornando aparente a precariedade das escolas médicas e dos principais hospitais do país (PAGLIOSA; ROSA, 2008). Nesta mesma época, Ernest Codman, cirurgião do Hospital Geral de Massachussets, EUA, argumentava que para obter melhores resultados no cuidado aos pacientes era necessário melhorar as condições dos hospitais. Codman propôs o primeiro método de monitoramento do resultado do cuidado com o argumento de que é fundamental verificar se o cuidado prestado foi efetivo (ROBERTS; COALE; REDMAN, 1987).

Em 1952, foi criada a Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais (*Joint Commission on Accreditation of Hospitals – JCAHO*), nos EUA, com a participação de associações profissionais e de hospitais deste país e do Canadá. No Brasil, a acreditação surgiu como estratégia para a melhoria da qualidade hospitalar no início da década de 1990.

A busca pela qualidade da atenção não é um tema novo e foi o documento publicado pelo *Institute of Medicine (IOM)*, intitulado “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro” (*To err is Human: building a safer health system*), em 1999 que acrescentou a preocupação por uma das dimensões da qualidade: a segurança do paciente. A publicação constatou que entre 44.000 e 98.000 pacientes morriam a cada ano nos hospitais dos EUA em virtude dos danos causados durante a prestação de cuidados à saúde (KOHN et al., 2000).

Em maio de 2002, a 55ª Assembleia Mundial da Saúde adotou a resolução WHA 55.18, “Qualidade da atenção: segurança do paciente” (WHO, 2008), que solicitava urgência aos Estados Membros em dispor maior atenção ao problema da segurança do paciente. A fim de nortear ações, maior conhecimento sobre o problema seria necessário. Para isso, a comunidade científica foi mobilizada a fim de conhecer os principais pontos críticos na assistência e na atenção à saúde para minimizar falhas e promover a qualidade dos serviços e a segurança dos pacientes.

Ainda em 2002 foi criada a Rede Sentinela que trabalham com gerenciamento de risco sobre três pilares: busca ativa de eventos adversos, notificação de eventos adversos e uso racional das tecnologias em saúde. Na forma de projeto foi inicialmente voltado para os hospitais públicos, filantrópicos ou privados, de média e alta complexidade, que pudessem desenvolver um conjunto de atividades no sentido de fortalecer a cultura da vigilância pós-uso/pós-comercialização de produtos sob vigilância sanitária (Vigipós), funcionando como observatório do uso de tecnologias para o gerenciamento de riscos à saúde. Os hospitais aderiram voluntariamente e criaram uma estrutura responsável por fazer a busca, a identificação e a notificação dos eventos adversos e das queixas técnicas (“desvios de qualidade”), ligadas aos produtos sob vigilância sanitária. Posteriormente desenvolveram eixos: 1) prioridade para o gerenciamento de risco em três áreas – a medicamentos, sangue e produtos para a saúde, desenvolvendo ações de farmacovigilância, de hemovigilância e de tecnovigilância; 2) uso racional de medicamentos; 3) uso racional de outras tecnologias em saúde; 4) qualidade em serviços sentinela. As instituições Rede Sentinela são capacitadas

sobre gestão de risco e de segurança do paciente, metodologias para planejamento, monitoramento, comunicação de eventos adversos e dos riscos em saúde, entre outras. O objetivo é o fortalecimento das ações de vigilância sanitária e a busca contínua de uma gestão do risco sanitário a contento, com o desenvolvimento da qualidade e do aprimoramento de práticas seguras nos serviços de Saúde (ANVISA, 2013).

Em 2004, a 57ª Assembleia Mundial da Saúde apoiou a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente para liderar no âmbito internacional os programas de segurança do paciente. Os objetivos principais da Aliança envolvem: apoiar os esforços dos Estados-Membros para promover uma cultura de segurança nos sistemas de saúde e desenvolver mecanismos para melhorar a segurança do paciente; Desenvolver normas globais, protocolos e orientações para detectar e aprender com problemas de segurança do paciente, reduzindo os riscos para os futuros usuários dos serviços de saúde; Definir soluções de segurança relevantes que estejam amplamente disponíveis para todos os Estados-Membros e que sejam de fácil implementação, de acordo com suas necessidades, etc. (WHO, 2008)

Segundo *Pan American Health Organization* (2007), durante a 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana (CSP), em 5 de outubro de 2007, foi emitida a Resolução CSP27.R.10, “Política e Estratégia Regional para a Garantia da Qualidade da Atenção Sanitária, incluindo o tema segurança do paciente. Esta resolução tratou, dentre outros, de instar os Estados-Membros a priorizar a segurança do paciente e a qualidade da atenção nas políticas de saúde e programas setoriais, incluindo a promoção de uma cultura organizacional e pessoal de segurança do paciente e da qualidade dos cuidados prestados aos pacientes.

Os enfermeiros vêm se organizando em entidades que visam melhorar a segurança do paciente, entre as quais se destacam a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) e a Sociedade Brasileira de Enfermagem em Feridas e Estética (Sobenfee). A Rebraensp foi criada em maio de 2008, vinculada à Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente (RIENSP) como uma iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Os objetivos da REBRAENSP são disseminar e sedimentar a cultura de segurança do paciente nas organizações de Saúde, escolas, universidades, organizações governamentais, usuários e seus familiares. A REBRAENSP tem os 17 polos e 13 núcleos constituídos por mais de 500 profissionais de Enfermagem e estudantes da graduação e da pós-graduação em Enfermagem que, de forma voluntária, participam de todas as ações propostas pela rede, impulsionando aprimoramentos nas práticas e no ensino e

pesquisa sobre a temática da segurança do paciente (BRASIL, 2014).

5.3 Principais conceitos sobre a segurança do paciente

As publicações na área de segurança do paciente crescem a cada ano. Porém, por se tratar de uma área relativamente nova, a compreensão desses trabalhos tem sido comprometida pelo uso inconsistente da linguagem adotada. Este fato justificou a criação pela OMS de uma classificação de segurança do paciente. A oportunidade surgiu com o lançamento da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, da OMS, em 2004. Orientado por um referencial explicativo, o grupo de trabalho desenvolveu a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (*International Classification for Patient Safety – ICPS*), contendo 48 conceitos-chave (RUNCIMAN, 2009).

Os principais conceitos da ICPS, suas definições e termos preferidos estão apresentados abaixo. A tradução para o português foi realizada pelo Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (Proqualis), em 2010 (FIOCRUZ, 2012).

Erro é definido na ICPS como uma falha em executar um plano de ação como pretendido ou como a aplicação de um plano incorreto. Os erros podem ocorrer por se fazer a coisa errada (erro de ação) ou por falhar em fazer a coisa certa (erro de omissão) na fase de planejamento ou na fase de execução. Erros são, por definição, não intencionais, enquanto violações são atos intencionais, embora raramente maliciosas, e que podem se tornar rotineiras e automáticas em certos contextos. Um exemplo de violação é a não adesão à higiene das mãos por profissionais de saúde. Incidente relacionado ao cuidado de saúde – no contexto da taxonomia tratado apenas por incidente – é um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. Os incidentes classificam-se como: *near miss* – incidente que não atingiu o paciente (por exemplo: uma unidade de sangue é conectada ao paciente de forma errada, mas o erro é detectado antes do início da transfusão); incidente sem dano – evento que atingiu o paciente, mas não causou dano discernível (por exemplo: a unidade de sangue acabou sendo transfundida para o paciente, mas não houve reação); incidente com dano (evento adverso) – incidente que resulta em dano ao paciente (por exemplo: é feita infusão da unidade errada de sangue no paciente e este morre por reação hemolítica). Os tipos de incidentes são categorias que agrupam os

incidentes de mesma natureza, como, por exemplo: processo ou procedimento clínico; documentação; infecção associada ao cuidado; medicação/fluidos IV; sangue e produtos sanguíneos; nutrição; oxigênio, gás e vapores; dispositivos e equipamentos médicos; comportamento; pacientes; infraestrutura e recursos/administração (ANVISA, 2013).

5.4 Eventos Adversos Relacionados à Assistência em Serviços de Saúde

Evento adverso é o incidente que atingiu o paciente e resultou num dano ou lesão, podendo representar um prejuízo temporário ou permanente e até mesmo a morte entre os usuários dos serviços de saúde (RUNCIMAN, 2009).

Em instituições hospitalares, as equipes de enfermagem são as principais fontes de cuidado e apoio aos pacientes e familiares nos momentos mais vulneráveis de suas vidas, desempenhando um papel central nos serviços fornecidos aos pacientes (JCI, 2008). Devido a isso, os profissionais de enfermagem concentram grande parte das atividades e dos processos de atendimento nos serviços de saúde, o que determina um alto envolvimento desta equipe nas falhas que ocorrem na assistência ao paciente, tais como erros de medicação, queda do paciente, extubação, queimaduras durante procedimentos, hemorragias por desconexão de drenos e cateteres, úlceras por pressão, infecções, erros em hemotransfusões, entre outros (NASCIMENTO et al., 2008).

Estudos apontam que a ocorrência de eventos adversos no processo de atendimento aos pacientes hospitalizados acarreta complicações na evolução de sua recuperação, aumento de taxas de infecções e do tempo médio de internação (NEEDLEMAN, 2011). A estimativa de que, aproximadamente, uma em cada 10 admissões hospitalares resulta na ocorrência de pelo menos 1 evento adverso é alarmante, ainda mais se considerarmos que metade destes incidentes poderiam ter sido evitados, segundo estudos conduzidos em hospitais americanos (WILSON et al., 2012). No Brasil, estudo realizado em três hospitais de ensino evidenciou a incidência de eventos adversos de 7,6%, dos quais 66,7% foram considerados evitáveis (MENDES et al., 2009).

Apesar da relevância do tema, ainda existem lacunas de conhecimento nesse campo, principalmente, entre os países menos desenvolvidos. Estudos apontam que a falta de recursos de infraestrutura e informatização limita a capacidade desses países em sistematizar as informações, coletar dados e desenvolver projetos de pesquisas nesse campo. Devido a essas dificuldades, evidencia-se escassa literatura e considera-se que relatórios e taxas de ocorrência de eventos adversos possam estar subestimados, não retratando a verdadeira extensão e danos causados aos pacientes nesses sistemas de saúde (WILSON, 2012).

Assim, ainda são necessárias maiores investigações sobre as questões que envolvem a segurança dos pacientes e a definição de melhores indicadores de qualidade do cuidado, com o objetivo de aprimorar a medida dos riscos a que os pacientes internados estão expostos e a avaliação dos serviços de saúde. Nesse âmbito, considera-se que a adoção de um acompanhamento e monitoramento de indicadores de qualidade assistencial pode se constituir em uma poderosa ferramenta para melhorar a segurança do paciente e auxiliar na implantação de medidas preventivas para a ocorrência de eventos adversos (ANVISA, 2013).

5.5 Principais tipos de eventos adversos

Existem classificações quanto a tipo de incidentes: processos e procedimentos clínicos, documentação, infecção relacionada à assistência à saúde, infusões intravenosas e medicações, sangue e hemoderivados, nutrição, oxigenioterapia e outros gases, equipamentos e produtos para a saúde, atitudes e comportamentos, acidentes do paciente, infraestrutura e área física, gerenciamento organizacional (RUNCIMAN, 2009). Outras se referem aos eventos adversos: cirúrgicos, procedimentos médicos, diagnósticos, obstétricos, medicações, fraturas, anestésicos, eventos sistêmicos e outros (MENDES et al., 2009). Os eventos adversos também poderiam ser classificados quanto à sua localização, dentro do hospital (quarto do paciente, ou setor de internação, sala cirúrgica, unidade de cuidado intensivo, sala de emergência, sala de parto, sala de procedimento, área de serviço e ambulatório) e fora do hospital (domicílio e outros lugares).

5.5.1 Eventos adversos relacionados à identificação do paciente

As não conformidades na identificação do paciente vêm sendo apontadas como um fator preocupante na assistência à saúde, evidenciando que a identificação incorreta induz a uma série de eventos adversos ou erros, envolvendo a administração de medicamentos e hemocomponentes, a realização de procedimentos ou cirurgias e os exames laboratoriais, e radiológicos como, também, entrega de recém-nascidos às famílias erradas na alta ou no momento do aleitamento (QUADRADO; TRONCHIN, 2012).

No que se refere à administração de medicamentos, de soluções e hemocomponentes, a ausência de identificação do paciente é descrita como um grave problema (REEVES, 2005). Relatório divulgado pelo Comitê Nacional de Transfusão Sanguínea do Reino Unido em 2009, identificou que cerca de 70% dos incidentes relacionados à transfusão de sangue ocorreram em razão de erros de identificação (BAYLEY; SAVITZ; RODRIGUEZ, [20--]).

Em outro estudo que buscou verificar as mortes causadas por erros de medicação notificados à *Food and Drug Administration* entre 1993-1998, o problema de administração do medicamento ao paciente indevido aparece como a segunda maior causa. Dos 583 casos verificados, 469 óbitos aconteceram por erro de medicação e estão associados a falhas de comunicação, confusão de nomes, falhas de identificação do medicamento, de identificação do paciente e embalagem inadequada (CHASSIN; BECHER, 2002).

Entre novembro de 2003 e julho de 2005 a Agência Nacional de Segurança de Pacientes do Reino Unido relatou 236 incidentes relacionados às pulseiras de identificação dos pacientes com informações incorretas ou a perda das mesmas (BAYLEY; SAVITZ; RODRIGUEZ, [20--]).

Segundo a *American Academi of Pediatrics*, para evitar o erro é preciso reorganizar os sistemas de atendimento reconhecendo o problema de identificação do paciente como uma possibilidade real a todos e nenhuma instituição está imune. Estudo aponta que, em média, de 100 pacientes hospitalizados, sete foram expostos a sérios erros de medicação que causaram ou poderiam ter provocado danos (AVELAR, 2009).

6 METODOLOGIA

6.1 Tipo de estudo

Caracteriza-se como um estudo quantitativo, descritivo, transversal. Trata-se do recorte de um estudo oriundo do Projeto “Segurança do Idoso Hospitalizado quanto ao Risco de Quedas” submetido pelo Grupo de Pesquisa GESIAMA (UEPA/CNPq) aprovado pelo edital CNPq/Universal de 2014.

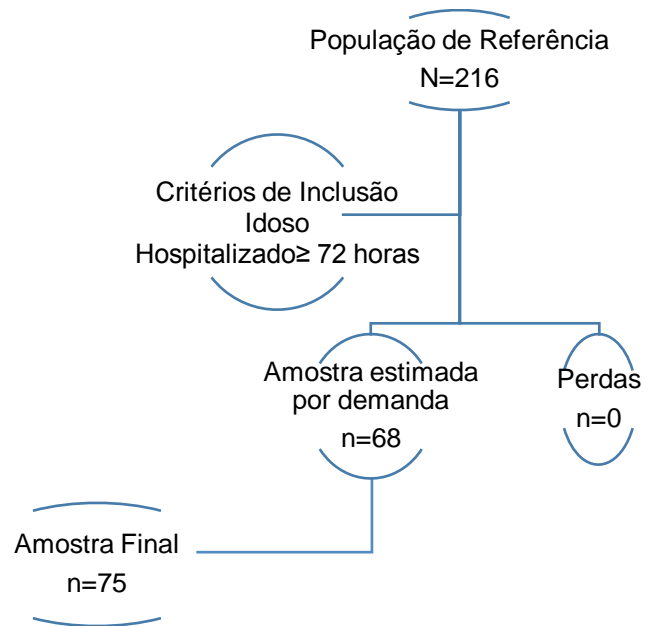
6.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em um hospital público da rede de assistência do SUS. As enfermarias para avaliação dos idosos foram a de clínica médica e de cardiologia, por aportarem maior número de pacientes na faixa etária de 60 anos ou mais.

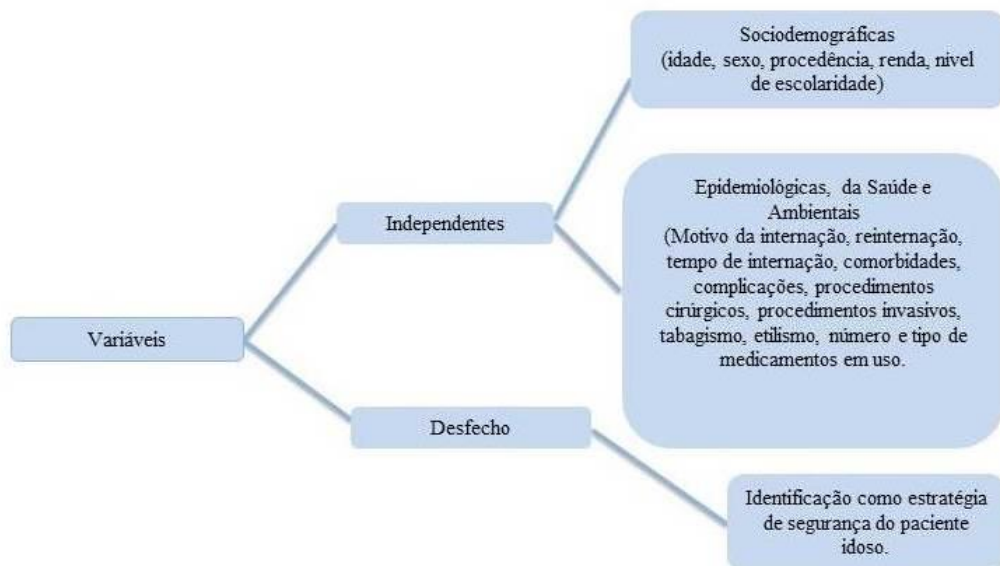
6.3 População e Amostragem

Foram selecionados para o estudo idosos que estiverem hospitalizados cerca de 72 horas ou mais. Ressaltando-se que não houve nenhum tipo de intervenção invasiva com os idosos, apenas foi observado a existência de risco quanto a identificação que comprometa sua segurança durante a hospitalização.

A delimitação da amostra realizada para compor este estudo deu-se com base no número de internações ocorridas em 2014 segundo o Serviço de Estatística da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Dessa forma, considerando-se essa população de referência que foi de (N=216) idosos, após o cálculo amostral ($n = N \cdot n_0 / N + n_0$, onde $n_0 = 1/E^2$) proposta por FONTELLES (2012), obteve-se uma amostra inicial estimada de (n=68). Para melhor compreensão do delineamento amostral, este encontra-se demonstrado no diagrama abaixo:



VARIÁVEIS DO ESTUDO



Esquema das Variáveis do Estudo, BRITO, ALMEIDA, SARGES, FERNANDES, SANTOS, 2017.

6.4 Procedimentos de Coleta de Dados

Foram aplicados questionários com perguntas acerca do perfil sociodemográfico dos idosos e observadas se há aplicação de estratégias de identificação. A amostra do presente estudo foi um recorte amostral do projeto “Avaliação da Segurança do Idoso Hospitalizado

quanto Risco de Quedas”, aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com o parecer n° 1039.636/2015 UEPA (Anexo 2) e parecer n° 1074.370/2015 Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (Anexo 3), iniciou-se as atividades de execução propriamente dita do estudo, como a pesquisa de campo, com consulta ao prontuário individual dos idosos para se obter informações quanto as variáveis sociodemográficas, epidemiológicas, da saúde, da segurança do paciente idoso e ambientais.

6.5 Análise dos Dados

Os dados colhidos foram originalmente armazenados em planilhas eletrônicas e os cálculos estatísticos realizados com uso de programa estatístico SPSS versão (20.0). Em seguida esses dados foram tratados estatisticamente por testes paramétricos e não-paramétricos, como distribuição de frequência simples, medidas de dispersão (média e desvio padrão). Considerando-se o p valor $\leq 10\%$.

7 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Participaram do estudo o total de 75 idosos de ambos os sexos e idades entre 60 a 90 anos, sendo a média de idade de 71,3 anos

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos idosos que participaram do estudo, Belém/PA, 2016 (n=75)

Variáveis	f	%
Sexo		
Masculino	44	58,7
Feminino	31	41,3
Faixa Etária		
60-70	39	52,0
71-80	28	37,3
81-90	08	10,7
Média (71,3)		
Desvio Padrão (\pm 8,2)		
Procedência		
Belém	43	57,3
Outros municípios	32	42,7
Possui Renda		
Sim	57	85,1
Não	10	14,9
Rendimento		
Até 1 salário	45	60,0
1-3 salários	17	22,7
4 ou + salários	4	5,3
Escolaridade		
Nunca estudou	12	16,0
1 a 3 anos de estudo	33	44,0
4 a 8 anos de estudo	24	32,0
9 anos de estudo ou mais	06	8,0

Conforme os dados da tabela 1, a maioria dos idosos estava na faixa etária entre 60 e 70 anos, eram do sexo masculino, provenientes de Belém, houve predomínio daqueles que recebiam até um salário mínimo e baixo nível de escolaridade.

Os dados apresentados na tabela mostram que a maioria das internações foi do sexo masculino totalizando 58,7%. Os resultados deste estudo estão de acordo com aqueles encontrados por Loyola Filho et al., 2004 em relação ao perfil das internações hospitalares da população idosa brasileira com base nos dados do SIH-SUS. De acordo com esses

pesquisadores, 43,7% das internações de idosos que ocorreram no Brasil concentraram-se na faixa etária de 60 a 69 anos, 36,2% entre aqueles de 70 a 79 anos e 20,0% nos demais idosos.

A literatura registra outro estudo mais recente no Rio de Janeiro no qual encontrou distribuição semelhante à desta pesquisa nas três faixas etárias, o sexo masculino superou o feminino na representatividade das internações, ou seja, 72,6% e 27,3%, respectivamente (SALES; SANTOS, 2007). Quanto a maior frequência de internação de idosos do sexo masculino, esta pode estar relacionada com a prática de atitudes negativas pelos homens, tais como os hábitos de beber e fumar, a falta de exercícios físicos e de uma alimentação saudável e a busca tardia por assistência médica (CASTRO et al., 2013).

Papaléo Netto et al., 2005 destacam que as mulheres possuem uma atitude mais cuidadosa em relação à doença, são mais atentas ao aparecimento de sintomas e utilizam mais os serviços de saúde do que os homens. Nesse sentido, é possível que as patologias sejam diagnosticadas precocemente, aumentando as chances de maior sobrevida e, portanto, levando a maior representação do sexo feminino na sociedade e nos eventos de um modo geral, inclusive nas internações hospitalares.

A maioria dos idosos internados 60% recebiam até um salário mínimo. O idoso com baixo rendimento apresenta dificuldade para custear sua saúde, como na compra de medicamentos e no deslocamento até as unidades de saúde. Como consequência, ocorre à degradação da saúde, o agravamento das doenças, levando à deterioração funcional (LOURENÇO, 2011).

Com relação à escolaridade a maioria dos pacientes idosos internados 44% possuíam baixo nível de escolaridade. Lourenço, 2011 declara que indivíduos com maior escolaridade apresentam menores chances de exposição aos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças, o que é reforçado por Coutinho, 2015 quando afirma que a baixa escolaridade pode influenciar de forma negativa na qualidade de vida da população de um modo geral e mais especificamente na vida de pessoas com mais idade no que se refere à apreensão de conceitos de promoção da saúde e qualidade de vida. Deste modo, a incidência de idosos hospitalizados neste estudo pode estar relacionada com a sua menor propensão ao autocuidado.

Tabela 2. Dados epidemiológicos e da saúde dos idosos que participaram do estudo, Belém/PA, 2016 (n=75) (Continua)

Variáveis	f	%
Motivo da internação		
Doenças do Sist. Cardiovascular	29	38,7
Doenças do Sist. Gastrointestinal	25	33,3
Doenças do Sist. Respiratório	06	08,0
Doenças de outros sistemas*	15	20,0
Comorbidades		
Sim	59	78,7
Não	16	21,3
Tipo de Comorbidades		
HAS**	22	29,3
DM**	07	09,3
HAS+DM	26	34,7
Outros	04	05,3
Complicações durante a internação		
Sim	16	21,3
Não	59	78,7
Tipo de Complicação		
Infecção	6,0	8,0
Úlcera por pressão	3,0	4,0
Outros***	7,0	9,3
Procedimento Cirúrgico		
Sim	04	5,3
Não	71	94,7
Tipo de Procedimento Cirúrgico		
Amputação	01	1,3
Colostomia	01	1,3
Apendicectomia	01	1,3
Traqueostomia	01	1,3
Número de internações		
1-3	62	82,7
4-6	11	14,7
>6	02	2,7

Fonte: Prontuário individual dos pacientes, 2015-2016.

Tabela 2. Dados epidemiológicos e da saúde dos idosos que participaram do estudo, Belém/PA, 2016 (n=75)

Variáveis	(Conclusão)	
	f	%
Tempo de internação		
1-5	27	36,0
6-10	27	36,0
11-16	07	9,3
>16	14	18,7
Média (10,37)		
Desvio Padrão ($\pm 9,38$)		
Fumo		
Ex fumante	47	62,7
Nunca fumou	20	26,7
Fumante	07	9,3
Tempo de fumo		
Até 1 ano	06	8,0
2 a 5 anos	04	5,3
6 a 10 anos	10	13,3
> 10 anos	33	44,0
Ingestão de bebida alcoólica		
Sim	26	34,7
Não	49	65,3
Frequência da ingestão de bebida alcoólica		
Às vezes	11	14,7
Frequentemente	15	20,0

Notas:

*Doenças de outros sistemas: Diabetes mellitus descompensada, Dor a esclarecer, Erisipela Bolhosa, Infecção a esclarecer, Septicemia, Anemia Aplástica, Síndrome Hemorrágica, Osteomielite, Pênfigo.

** HAS= Hipertensão Arterial Sistêmica, DM= Diabetes Mellitus

*** Outros tipos de complicações: Delirium, Cirrose Hepática, Dispneia, Convulsão, Síndrome da Imobilidade, Hemorragia.

De acordo com a tabela 2, destaca-se que a maioria dos idosos da amostra teve como causa de internação doenças do sistema cardiovascular. Entre as comorbidades a amostra teve a associação da hipertensão e diabetes como prevalência, mas a hipertensão destaca-se quando analisada de forma isolada e 57,3% dos idosos foram fumantes de longa data.

Sobre as causas de internação, as principais foram doenças do sistema cardiovascular totalizando 29 pacientes o que corresponde a 38,7%, seguido de doenças do sistema

gastrointestinal com 25 pacientes que correspondem a 33,3% e doenças do sistema respiratório que foram 06 pacientes e correspondem a 8,0%, a outras doenças de outros sistemas: Diabetes mellitus descompensada, Dor a esclarecer, Erisipela Bolhosa, Infecção a esclarecer, Septicemia, Anemia Aplástica, Síndrome Hemorrágica, Osteomielite, Pênfigo, somam um total de 15 pacientes e equivalem a 20,0%.

Mediante o processo de envelhecimento, o organismo se torna mais fragilizado e conseqüentemente apresenta problemas comuns à pessoa idosa. Um estudo realizado em 2010 em duas cidades do Estado do Paraná apresentou uma análise das principais causas de internação entre idosos, de acordo com o diagnóstico disponível no CID-10 (Código Internacional de Doenças), apresentando a cidade A: primeira causa (doença do ap. circulatório), segunda causa (doença do ap. respiratório), terceira causa (doenças infecciosas e parasitárias), seguida de (doença do ap. digestivo); e a cidade B: primeira causa (doença do ap. circulatório), segunda causa (doença do ap. respiratório), seguida de (doença do ap. digestivo) (JOBIM; SOUZA; CABRERA, 2010). Os dados apresentados no estudo corroboram com resultado de nossa amostra que teve como principais causas de internação a doenças do sistema circulatório.

A pesquisa mostrou que os 59 pacientes 78,7% possuem algum tipo de comorbidades. Os tipos de comorbidades mais presentes no resultado da pesquisa foi a associação da HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) e DM (Diabetes Mellitus) que somam 26 pacientes e resultam em 34,7%, porém quando analisadas individualmente a comorbidades com maior prevalência foi a HAS com 22 pacientes, resultando em 22, 9%. As doenças crônico-degenerativas são problemas longitudinais, que demonstram alternância em períodos estáveis e instáveis, requerendo terapêutica contínua como práticas de autocuidado e adesão ao tratamento (SILVA, 2009).

No Brasil, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus são os principais responsáveis pela mortalidade e internações hospitalares, além de amputações de membros. Observa-se que há na literatura grande número de publicações que podem auxiliar no desenvolvimento de ações de prevenção e retardo no aparecimento do diabetes e de suas possíveis complicações. O que é reforçado por um estudo realizado por Júnior; Silva e Oliveira, 2014 no Rio Grande do Norte, região nordeste do Brasil que identificou também maior incidência de hipertensão arterial sistêmica (97,8%) e diabetes mellitus (24,4%) entre idosos.

A duração das internações, neste estudo, pode ser considerada elevada (mediana de 10,3 dias), quando comparada ao estudo realizado por Alvarenga e Mendes, 2003 que apresentaram média de 5,7 dias de internação. De modo geral, o tempo de internação em pacientes geriátricos é maior do que em pacientes mais jovens. Para Sales e Santos, 2007 as doenças crônico-degenerativas e as pluripatogenias podem concorrer para maior permanência hospitalar e levarem a progressiva perda de autonomia entre os idosos.

Em geral as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamentos constantes, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos. O tempo de permanência no hospital dependerá de vários fatores como o tipo de doença, o estado geral, a resposta ao tratamento realizado e potenciais complicações existentes (LIMA-COSTA, 2003).

O acompanhamento particularizado, no âmbito hospitalar, é de fundamental importância para uma abordagem adequada desses pacientes, a qual inclui a avaliação geriátrica ampla, cuidados geriátricos e intervenções que visam propiciar menor incapacidade e maior sobrevivência após internação, melhora do estado cognitivo e funcional além de menor uso de medicamentos na alta (RAMOS, 2003).

Com relação ao tabagismo, 47 idosos da amostra eram ex-fumantes o que corresponde a 62,7%. Estudos mostram que há associação extremamente forte do tabagismo com as internações em ambos os sexos (AFONSO; SICHIERI, 2002) o que é por McGhee et al., 2006 em outro estudo que verificou maior contingente de internações entre os homens e mulheres ex-fumantes, 10,0% e 8,4%, respectivamente. As consequências que o uso crônico de tabaco motiva as internações, tais como infecções, hérnias (da parede abdominal e inguinal), atelectasias, ventilação mecânica prolongada, crises de delírio pela abstinência da nicotina, doença tromboembólica, além de complicações cardiovasculares, tais como o infarto do miocárdio, acidente vascular encefálico e arritmias (KIRCHENCHTEJN, 2011).

A dependência à nicotina faz com que os fumantes se exponham, continuamente, a inúmeras substâncias tóxicas, fazendo com que o tabagismo seja o fator causal de aproximadamente 50 doenças, destacando-se as doenças cardiovasculares, o câncer e a DPOC, sendo, portanto, imprescindível que todos os fumantes sejam aconselhados a parar de fumar (RIGOTTI; MUNAFO; STEAD, 2007).

Tabela 3. Distribuição das variáveis relacionadas com a identificação dos idosos durante a hospitalização, Belém/PA, 2016 (n=75)

Variáveis	f	%
Pulseira de identificação		
Sim	0	0,00
Não	75	100
Nomes similares na mesma enfermaria		
Sim	17	22,7
Não	58	77,3

Na tabela 3, os resultados demonstram que estratégias de segurança do paciente como o uso de pulseiras de identificação do paciente estava ausente em 100% dos idosos, assim como a similaridade de nomes estava presente em 22,7% dos casos.

A identificação correta do paciente é o processo pelo qual se assegura ao paciente que a ele é destinado determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo a ocorrência de erros e enganos que o possam lesar (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2011).

Segundo Programa Nacional de Segurança do Paciente de 2013, para assegurar que todos os pacientes sejam corretamente identificados, é necessário usar pelo menos dois identificadores em pulseira branca padronizada, colocada num membro do paciente para que seja conferido antes do cuidado. O serviço de saúde deve definir como identificar pacientes que não possam utilizar a pulseira, tais como grandes queimados, mutilados e politraumatizados. O número do quarto/enfermaria/leito do paciente não pode ser usado como um identificador, em função do risco de trocas no decorrer da estada do paciente no serviço (ANVISA, 2013).

No Brasil, 70% dos idosos possuem pelo menos uma patologia crônica, ou seja, necessita de tratamento farmacológico e uso regular de medicamentos. Essas circunstâncias provocam a constante observação na prática clínica de idosos fazendo uso simultâneo de vários fármacos. Chegam a constituir 50% dos multiusuários em decorrência da terapêutica utilizada com o passar dos anos, dada a vulnerabilidade biológica inerente ao envelhecimento (GOMES e CALDAS, 2008).

Oscanoa, 2004 afirma que quanto ao metabolismo do idoso, ocorre diminuição da

massa hepática. Portanto, decresce a depuração hepática em 30%; deteriora-se o metabolismo de oxidação; diminui o metabolismo de conjugação e o fluxo sanguíneo hepático é diminuído (OSCANOA, 2004).

Tabela 4. Distribuição das variáveis relacionadas ao número de medicamentos e procedimentos invasivos realizados nos idosos durante a hospitalização, Belém/PA, 2016 (n=75)

Número de medicamentos	f	%
1-5	36	48,0
6-10	26	34,7
>10	13	17,3
Recebeu procedimento Invasivo		
Sim	70	93,3
Não	05	06,7
Tipo procedimento invasivo		
Punção de vaso	49	65,3
Cateter vesical	14	18,7
Cateter gástrico	03	4,0
Outros	04	5,3

Fonte: Prontuário individual dos pacientes, 2015-2016.

De acordo com a tabela 4, observa-se que a maioria dos idosos participantes da pesquisa estavam em polifarmácia, fazendo uso simultâneo de 6 ou mais medicamentos e também receberam algum tipo de procedimento invasivo. Quanto ao tipo de procedimento invasivo, predominou a punção de vaso.

Os dados apresentados na tabela mostram que 34,7% dos idosos usavam de 6 a 10 medicações concomitantes e que 17,3% usavam acima de 10, totalizando 52% dos idosos da pesquisa estando efetivamente em polifarmácia. Dos 93,3% dos idosos que receberam algum procedimento invasivo, 65,3% foi punção de vaso, sendo esta via utilizada para administração de medicamentos.

Pacientes idosos apresentam riscos mais elevados de serem vítimas de interações medicamentosas, em função de alterações fisiológicas importantes, que ocorrem com o envelhecimento, principalmente nas funções hepática, renal e cardíaca, além da diminuição da

massa muscular, do nível de albumina sérica e da quantidade total de água no organismo (KASTRUP, 2004).

Segundo Silva et al. em estudo de 2012, é um grande desafio para a geriatria prevenir e tratar os problemas típicos das pessoas de idade avançada, como a imobilidade, a instabilidade, a incontinência urinária, a insuficiência cerebral e a iatrogenia medicamentosa. Estima-se que 23% da população brasileira consomem 60% da produção nacional de medicamentos, principalmente as pessoas acima de 60 anos.

Foi considerada a existência de polifarmácia quando o paciente consome 5 ou mais medicamentos, segundo critério utilizado pelo Centro Ibero-Americano para a Terceira Idade. As interações medicamentosas podem classificar-se em: Menor: os efeitos são usualmente leves, ocasionam poucas moléstias e podem passar inadvertidamente. Não requerem tratamento adicional; Moderada: podem produzir uma deterioração na situação clínica dos pacientes, requerem associação de tratamento; Maior: os efeitos são potencialmente ameaçadores para a vida, capazes de produzir um dano permanente.

Considerando que a maioria dos idosos hospitalizados (38,7%), foi internada devido a doenças do sistema cardiovascular, podemos afirmar que estes corriam riscos de intoxicação medicamentosa fatal segundo o estudo de Silva et al., 2012, os analgésicos, **medicamentos cardiovasculares, antidiabéticos orais**, antidepressivos (AD) e outros medicamentos psicotrópicos (barbitúricos de ação curta, antipsicóticos), relaxantes musculares, antiarrítmicos e os antibióticos são os mais comumente incluídos na fatalidade de intoxicação por medicamentos em idosos (SILVA et al., 2012). Estes dados tornam-se mais alarmantes ao lembrarmos que 09,3% dos participantes apresentavam apenas a diabetes como comorbidade e 34,7% diabetes associada a hipertensão, chegando ao total de 44% dos idosos pesquisados que corriam riscos sérios de intoxicação medicamentosa apenas por apresentarem doenças cardiovasculares e a diabetes como comorbidade.

A ingestão de doses elevadas dos medicamentos por descuido (negligência, esquecimento), a identificação confusa do medicamento, a via incorreta de administração e o armazenamento impróprio estão entre os principais motivos de intoxicação não intencional em idosos (SILVA et al., 2012).

Constatou-se que todos os idosos participantes da pesquisa estavam sob o permanente risco de iatrogenias relacionada ao fato de não possuírem identificação e somado

a isto, haverem idosos com nomes similares na mesma enfermaria e considerável percentual destes estarem em polifarmácia, associando isto aos riscos de intoxicação medicamentosa supracitados, somos levados a refletir que caso o estudo se estendesse por um período mais longo e acompanhasse cada idoso participante da pesquisa até a alta hospitalar ou óbito, provavelmente iríamos encontrar casos de iatrogenias como erros de procedimento e principalmente erros de medicação, pois, dos 93,3% dos idosos que passaram por procedimentos invasivos, destes, 65,3% possuíam punção de vaso, sendo esta via era utilizada para administração de medicamentos. Estes dados chamam a atenção considerando que 34,7% dos idosos já estão em polifarmácia e que os efeitos de uma medicação administrada no paciente incorreto por via endovenosa tem repercussões graves e imediatas. Possivelmente também seriam encontrados casos graves ou letais de intoxicação medicamentosa relacionadas às suas patologias e /ou comorbidades.

8 CONCLUSÃO

Com este estudo foi possível se avaliar a importância da estratégia da identificação para a segurança do paciente. Verificou-se que na instituição aonde se realizou o estudo, não possuía um sistema complementar de identificação dos pacientes como pulseiras, talvez, pelo setor de gestão de riscos ainda está em fase de estruturação, por esse motivo, pode-se supor, que no período da realização deste estudo, os riscos poderiam ser potencializados, entre eles, troca de exames, procedimentos, medicações entre outros eventos adversos.

Assim, este estudo, sugere que seria prudente que as instituições de saúde pudessem seguir meios de identificação seguros e padronizados, conforme preconizado pela ANVISA, através da Política Nacional de Segurança do Paciente, e que toda a equipe de saúde incluísse em seus protocolos os dados de identificação antes de realizar qualquer procedimento.

REFERÊNCIAS:

AFONSO, F.M.; SICHIERI, R. Associação do índice de massa corporal e da relação cintura/quadril com hospitalizações em adultos do Município do Rio de Janeiro, RJ. **Rev Bras Epidemiol** 2002;5(2):153-63.

ALVARENGA, M.R.M; MENDES, M.M.R. O perfil das readmissões de idosos num hospital geral de Marília/SP. **Rev Latinoam Enferm**. 2003;1(3):305-11. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16539.pdf.

AMARAL, A.C.S. et al. Morbidity and mortality profile of hospitalized elderly patients. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 6, p. 1617-1626, 2004.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**, 2013. American Academi of Pediatrics. Principles of Patient Safety in Pediatrics. *Pediatrics*. 2001; 107(6)

AVELAR, A.F.M. Soluções para segurança do paciente. In: PEDREIRA, M.L.G.; HARADA, M.J.C.S. *Enfermagem dia a dia: segurança do paciente*. São Paulo: Yendis Editora. 2009; 197-214.

BAYLEY, K.B; SAVITZ, L.A; RODRIGUEZ, G. Barriers associated with medication information handoffs. In: *Advances in patient safety: from research to implementation*. Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville. AHRQ Publication: 3(050021-3).

BRAGA, C.; LAUTERT, L. Caracterização sociodemográfica dos idosos de uma comunidade de Porto Alegre, Brasil. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) 2004 abr;25(1):44-55.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diabetes Mellitus, Cadernos de Atenção Básica. nº 16. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

CASTRO, V.C et al. Perfil de internações hospitalares de idosos no âmbito do sistema único de saúde. **Rev Rene** [Internet]. 2013 [acesso em dez 2016]; 14(4): 791-800. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1269>

CHASSIN, M.R.; BECHER, E.C. The Wrong Patient. *Annals Of Internal Medicine: Academia and Clinic*, Philadelphia; 2002; 136(11): 826-833.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO; JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Padrões de Acreditação da Joint Commission Internacional para Hospitais. 4ª ed. [editado por] Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: CBA, 2011.

COUTINHO, M. L. N et al. Perfil sociodemográfico e processo de hospitalização de idosos atendidos em um hospital de emergências. **Rev Rene**. 2015 nov-dez; 16(6):908-1005.

FONTELLES, M. J. Bioestatística Aplicada à Pesquisa Experimental. São Paulo, Ed. Livraria da Física, 2012.

GOMES, A.Q.F. Iniciativas Globais para Segurança do Paciente. Fundação Oswaldo Cruz: Rio de Janeiro: proqualis; 2010.

GOMES, H.O. e CALDAS, C. P. **Uso Inapropriado de Medicamentos pelo Idoso: Polifarmácia e seus Efeitos.** *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, UERJ, 2008.

GREINER, A.C.; KNEBEL E; editors. **Health professions education: a bridge to quality.** Executive summary. Washington, DC: National Academies Press; 2003 [acesso em mar. 2016]. Disponível em: <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309087236>

HELMS, B. et al. **Improving hand hygiene compliance: A multidisciplinary approach.** *Am J Infect Control.* 2010;38(7):1-3.

HUGONNET, S.; PERNEGER, T.V.; PITTET, D. Alcohol-based handrub improves compliance with hand hygiene in intensive care units. *Arch Intern Med.* 2002;162:1037-1043.

INSTITUTE OF MEDICINE OF THE NATIONAL ACADEMIES. **The Chasm in Quality: Select the Indicators from Recent Reports.** Institute of Medicine [internet]. 2006 [acesso: mai 2016]. Disponível em: <http://www.iom.edu/?id=14991>

JCI. Joint Commission for Patient Safety. World Alliance for Patient Safety [internet]. 2008 [acesso: 30 jul. 2009] Disponível em: <http://www.ccforspatientsafety.org/30730/>

JOBIM, E. F.C.; SOUSA, V. O.; CABRERA, M. A. S. Causas de hospitalização de idosos em dois hospitais gerais pelo Sistema Único de Saúde (SUS). *Acta Scientiarum Health Sciences*, Maringá, v. 32, n. 1, p. 79-83, 2010.

KINGSTON-RIECHERS J. et al. Patient Safety In Primary Care. Edmonton, Alberta (CA): **Canadian Patient Safety Institute and BC Patient Safety & Quality Council**; 2010 [acesso em mar, 2016]. Disponível em: <http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/toolsResources/patientSafetyPublications/Pages/default.aspx>

KIRCHENCHTEJN, C. Tabagismo. *RBM* 2011;68(3):13-5.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S.; editors. **To err is human**: building a safer health system. Washington, D.C.: **National Academy of Sciences**, Institute of Medicine; 2000

LIMA-COSTA, M.F; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cad Saúde Pública**. 2003;19(3):700-1. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15872.pdf

LOURENÇO, T.M. Capacidade funcional do idoso longevo admitido em unidades de internação hospitalar na cidade de Curitiba [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2011.

LOUVISON, M.C.P.; LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Rev Saúde Pública**. 2008;42(4):733-4.

LOYOLA FILHO, A.I. et al., Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol Serv Saúde**. 2004;13(4):229-38. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v13n4/v13n4a05.pdf>

MASSOCO, E.C.P.; MELLEIRO, M.M. **Comunicação e segurança do paciente**: percepção

dos profissionais de enfermagem de um hospital de ensino. **Rev Min Enferm.** 2015 abr/jun; 19(2): 187-191

MCGHEE, S.M. et al., Cost of tobacco-related diseases, including passive smoking, in Hong Kong. *Tob Control* 2006;15(2):125-30.

MENDES, W. et al., The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *International Journal for Quality in Health Care.* v. 2009; 21(4):279-84.

NASCIMENTO, C.C.P. et al., **Indicadores de resultados da assistência:** análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** Ribeirão Preto, jul./ago. 2008;16(4):746-751.

NEEDLEMAN, J et al., Nurse staffing and inpatient hospital mortality. *New England Journal of Medicine.* England. Marc. 2011; 364:1037-45.

NEUFELD K. The safety imperative. **Canadian Nurse.** 2009 Oct;105(8):2.

NEUHAUSER, D. **Florence Nightingale gets no respect:** as a statistician that is. *Qual Saf Health Care.* 2003;12:317.

NEVES, L.A.C.; MELGACO, R.M.T. A identificação do paciente como indicador de qualidade. *Acreditação - Revista Eletrônica sobre Acreditação.* 2011. v1, n1, Disponível em: <<http://www.cbacred.org.br>>.

NEWMAN, J.L.; SEITZ, J.C. Intermittent use of an antimicrobial hand gel for reducing soap-induced irritation of health care personnel. **Am J Infect Control**. 1990;18:194-200.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Segurança do paciente. 2010. Disponível em: www.new.paho.org/bra Acesso em: 04 Mai. 2016.

_____. Organização Mundial da Saúde. 26a Conferência Sanitária Pan-americana 54a Sessão do Comitê Regional - Qualidade da Assistência: Segurança do Paciente. Organização Pan-Americana da Saúde [internet]. 2002.

OSCANOA, T. Interacción medicamentosa en Geriatria. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Anales de la Facultad de Medicina. 2004;65(2):119-26.

PAGLIOSA, F.L.; ROSA, M.A. **O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. Rev. bras. educ. med.** 2008;32(4):492-499.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. World Health Organization. 27th Pan American Sanitary Conference.CSP27R10. 59th Session of the Regional Committee. 1-5 October 2007. [Internet].Washington D.C.; Disponível em: <<http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27.r10-s.pdf>>.

PAPALÉO NETTO, M.; CARVALHO FILHO, E.T.; SALLES, R.F.N. Fisiologia do envelhecimento. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2005. p.43-62.

PEDREIRA, M.L.G.; HARADA, M.J.C.S. Enfermagem dia a dia. Yendis Editora: São Caetano do Sul. 2009; 214.

PROQUALIS/ICICT/FIOCRUZ. (S.D.). Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente [Internet]. Rio de Janeiro; Disponível em: <http://proqualis.net/>

QUADRADO, E.R.S.; TRONCHIN, D.M.R. Avaliação do protocolo de identificação do neonato de um hospital privado. **Rev Latinoam Enferm** [Internet]. 2012 [citado 20 Nov 2012.]; 20(4):[08 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000400005&script=sci_arttext&tlng=PT

RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. (Ed.). Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 72-78.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano. *Cad. Saúde Pública*. Jun, 2003; 19(3): 793-798. Escalas geriátricas. Disponível em: <http://www.pronep.com.br/escalas/geriátricas>. Acessado em: dez de 2016.

REBRAENSP. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. **Estratégias para a segurança do paciente** : manual para profissionais da saúde / Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. – Porto Alegre : EDIPUCRS, 2013. 132 p.

REEVES P. Patient identification policy. National Health Service NHS. Londres. 2005; 14.

RIGOTTI, N.A.; MUNAFO, M.R.; STEAD, L.F. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(3):CD001837.

ROBERTS, J.; COALE, J.; REDMAN, R. A history of the Joint Commission for

accreditation of hospitals. JAMA. 1987; 258(7):936-40.

RUNCIMAN, W. et al. **Towards an International Classification for Patient Safety**: key concepts and terms. International Journal for Quality in Health Care. Feb 2009;21(1):18- 26.

SALES, F.M.; SANTOS, I. **Perfil de idosos hospitalizados e nível de dependência de cuidados de enfermagem**: identificação de necessidades. **Texto & Contexto Enferm.** 2007;16(3):495-502. [Citado 2016 dez]. Disponível em: www.scielo.br/pdf/a16v16n3.pdf

SILVA, J. **Estar e ser idoso**: aspectos geriátricos e gerontológicos. In: FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida; TONINI, Teresa (Org.). Gerontologia: Atuação da Enfermagem no processo de envelhecimento. São Paulo: Yendis, 2009. p. 73-108.

SILVA et al., POLIFARMÁCIA EM GERIATRIA. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, 56 (2): 164-174, abr.-jun. 2012

SANTOS JÚNIOR, E.B.; OLIVEIRA, L.P.A.B.; SILVA, R.A.R. Doenças crônicas não transmissíveis e a capacidade funcional de idosos. J Res Fundam Care Online. [Internet]. 2014 [citado 2016 dez]; 6(2):516- 24. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/3301/pdf_1235

SHERWOOD, G.; DRENKARD, K. **Quality and safety curricula in nursing education**: matching practice realities. **Nurs Outlook.** 2007 [acesso em Mar, 2016];55:151-155. Disponível em: <tahsa.org/.../QS_curricula_in_nursing_education.pdf>

SMITH, A.F. et al. **Wristbands as aids to reducemisidentification**: an ethnographically guided task analysis. International Journal for Quality in Health Care. 2011;23(i. 5):1-10.

WILSON, R.M. et al., **Patient safety in developing countries**: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. BMJ 2012. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/344/bmj.e832>>.

WHO. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008 - 2009. Geneva:WHO; 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Governo do Estado do Pará
 Universidade do Estado do Pará
 Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
 Curso de Graduação em Enfermagem – Campus IV
 Núcleo de Pesquisa, Extensão e Pós-graduação
 GESIAMA (UEPA-CNPq)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Sr(a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa que tem como título: Avaliação da Segurança do Idoso Hospitalizado quanto ao Risco de Quedas. Com o objetivo de avaliar a segurança dos idosos hospitalizados quanto ao risco de quedas.

A sua participação na pesquisa será autorizar que seus dados pessoais e da saúde constantes na sua documentação do hospital possam ser colocados nesta pesquisa, além de fornecer informações quanto a quedas antes ou durante a hospitalização. Mas, o Sr (a) tem a liberdade de não responder as perguntas caso lhe cause constrangimento.

Porém, existe o risco mínimo de suas informações pessoais ou da saúde serem reveladas, mas para garantir que isso não ocorra seu nome não constará nos formulários da pesquisa em para isto serão utilizados apenas códigos e números.

Informo-lhe também que esta pesquisa poderá trazer benefícios para os idosos e para os profissionais de saúde, pois seus resultados serão apresentados aos gestores deste hospital, em eventos científicos ou outro meio de comunicação, como em revistas científicas, para que se possa buscar medidas preventivas de evitar quedas para sua segurança durante a hospitalização, e após a sua alta do hospital.

As informações desta pesquisa permanecerão guardadas por cinco anos e a qualquer momento o Sr(a) poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação na pesquisa e todo material anotado será devolvido ou queimado.

Não haverá nenhuma despesa pessoal durante a pesquisa e assim como nenhuma forma de pagamento por participação. Se houver dúvidas e desejar esclarecimentos sobre a pesquisa poderá fazer contato com o responsável (Professora Dr^a Maria Izabel Penha Oliveira Santos, fone: (91)981581028, você também poderá entrar em contato com o CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) da Universidade do Estado do Pará, End. Av. José Bonifácio, 1289; CEP: 66063-110; Fone: (091)3249-0236; Fax: (091) 3249-4671 Ramal 208, email: cepenfuepa@yahoo.com.br, se tiver qualquer dúvida com relação aos seus direitos. Contatos: Nathalia de Araújo Sarges(fone:981198071); Magaly da Rosa Almeida(fone:980705003); Emerson Glauber Abreu dos Santos(fone: 98451812) Jessika Cardoso de Souza(fone: 981995722).

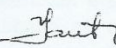
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Declaro que li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi as informações que me foram explicadas sobre a pesquisa. Conversei com a coordenadora e/ ou pesquisadores do projeto sobre minha decisão em participar, autorizando a realização da entrevista, ficando claro para mim, quais são os objetivos da pesquisa, a forma como vou participar, os riscos e benefícios e as garantias de anonimato e de esclarecimento

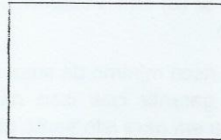
permanente. Ficou claro também, que a minha participação não tem despesas nem receberei nenhum tipo de pagamento, podendo retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos. Concordo voluntariamente participar desse estudo assinando este termo em duas vias e uma ficará comigo. Informo-lhe ainda que esse termo será impresso em duas folhas de papel numeradas em folha 1 e folha 2 e constará a assinatura abreviada do pesquisador na primeira folha e na segunda a minha a do participante e do pesquisador responsável .

Belém, ____ de _____ de 20__


Assinatura do (a) voluntário (a) _____

Assinatura do (a) pesquisador (a): 

Digital do Voluntário



APÊNDICE 2 - Instrumento de Coleta de Dados para o seu estudo

 Participante _____ Governo do Estado do Pará Universidade do Estado do Pará Centro de Ciências Biológicas e da Saúde Curso de Graduação em Enfermagem – Campus IV Núcleo de Pesquisa, Extensão e Pós-graduação Instrumento de Coleta de Dados	
I-Dados Sociodemográficos	Resposta
1. Idade: _____ anos	
2. Sexo. 1() masculino 2() feminino	
3. Procedência. 1() Belém 2() Outro Município. Qual _____	
4. Renda mensal ou pensão. 1() Sim 2() Não. () Até 1 salário mínimo 2() 1-3 salários mínimos 3() > 3 salários mínimos.	
5. Escolaridade. 1() Nunca estudou 2() 1 a 3 anos 3() 4 a 8 anos 4() > 8 anos	
II- Epidemiológicos e da Saúde	
1. Motivo da internação: _____	
2. Número de internações: 1() 1 a 3 2() 3 a 5 3() >5	
3. Tempo de internação: _____ (dias) _____ (meses)	
4. Teve complicações da doença durante a internação. 1() Sim 2() Não. Se sim. Qual (is)? _____	
5. Foi submetido a algum procedimento cirúrgico. 1() Sim 2() Não. Se sim. Qual? _____	
6. Tem comorbidades. 1() Sim 2() Não. Se sim qual(is)? _____	
7. Foi submetido algum procedimento invasivo (puncionamento de veia profunda, cateterismo vesical e ou gástrico). 1() Sim 2() Não. Se sim qual? _____	
8. Fumo. 1() Fumante 2() Ex-fumante 3() Nunca fumou	
9. Se é o foi fumante. Quanto tempo? _____	
10. Ingere bebida alcoólica. 1() Sim 2() Não. Se sim, com que frequência: 1() Às vezes 2() Frequentemente	
III- Ambientais e de Segurança Física	
11. Os idosos possuem pulseira de identificação com o nome? 1() Sim 2() Não	
12. Existem idosos com nomes similares nas enfermarias ou quartos? 1() Sim 2() Não	
13. Número de medicamentos em uso: _____	

ANEXOS

ANEXO 1 - Autorização da instituição selecionada para pesquisa

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICORDIA DO PARÁ
DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA
GERÊNCIA DE PESQUISA

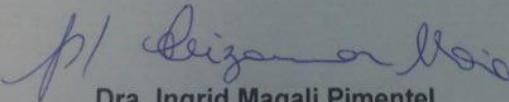
CARTA DE ACEITAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o projeto de pesquisa intitulado
“**AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA DO IDOSO HOSPITALIZADO QUANTO
RISCO DE QUEDAS**” do Grupo de Pesquisa e Extensão sobre a Saúde do
Idoso da Amazônia (GESIAMA), foi aceito para ser realizado nesta Instituição.
A coleta de dados será realizada através de entrevista.

Informamos que o mesmo está sob a coordenação do Prof. Maria Izabel Penha
de Oliveira Santos, será realizado pelos assistentes de pesquisa Anderson
Lineu, Nathalia Sagres, Dayseanne Vieira, Pollyana Lameira, Mayara Silva,
Magali Almeida, Emerson Santos e Jéssika Souza, no período de maio a
dezembro/15.

**OBS: A coleta de dados só poderá ser iniciada na Instituição após a
aprovação do Comitê de Ética da Fundação Santa Casa. (Portaria Nº
754/2013 – GP / FSCMPA / Número de Publicação: 576752)**

Belém, 10 de dezembro de 2014.


Dra. Ingrid Magali Pimentel
Gerente de Pesquisa/ FSCMPA

Dra. Lizomar de Jesus M. P. Moia
Diretora de Ensino e Pesquisa
FSCMPA

*Esta carta tem validade de 6(seis) meses para ser submetida ao CEP-FSCMPA

ANEXO 2 - Parecer Consubstanciado do CEP-UEPA

CURSO DE GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM/
UNIVERSIDADE DO ESTADO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da segurança do idoso hospitalizado quanto ao risco de quedas

Pesquisador: Maria Izabel Penha de Oliveira Santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 42993415.0.0000.5170

Instituição Proponente: Curso de Graduação em Enfermagem/ Universidade do Estado do Pará/

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.039.636

Data da Relatoria: 30/04/2015

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa aprovado na Chamada Universal- MCTI/CNPQ nº14/2014.Processo:45157/2014-3. A pesquisa tem como foco principal avaliar a segurança do idoso hospitalizado quanto ao risco de quedas.O risco de quedas tem sido apontado como um dos fatores predisponentes a incapacidade, o que suscita avaliação de vários fatores relacionados e sua adequada vigilância. Entre esses fatores pode-se destacar uso de determinada medicação, uso de dispositivos de marcha, hospitalização, alteração dos órgãos sensoriais, barreiras ambientais (mobiliário inadequado, piso e sinalização) entre outros. Dessa forma, em atenção as diretrizes nacionais sobre a segurança do paciente, sobretudo o hospitalizado e em idade avançada os autores propõe-se realizar um estudo de cunho epidemiológico, transversal, descritivo e analítico, baseado na Hipótese:Que fatores de risco para quedas podem estar presentes entre os idosos hospitalizados em um hospital público capazes de comprometer sua segurança física e psicológica, a sua saúde e sua recuperação?. O estudo Será realizado em um hospital público de médio porte de Belém-Pará que faz parte da rede do SUS.Serão selecionados para o estudo idosos que estiverem hospitalizados cerca de 72 horas ou mais e serão excluídos aqueles que não aceitarem participar da pesquisa ou não autorizarem por escrito que seus dados constantes nos prontuários individuais sejam fonte de informações para o estudo.Informam que o processo abordagem inicial dos

Endereço: Av. José Bonifácio, nº 1289

Bairro: Guamá

CEP: 66.063-010

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3229-1131

Fax: (91)3249-4671

E-mail: cepenfuepa@yahoo.com.br

**CURSO DE GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM/
UNIVERSIDADE DO ESTADO**



Continuação do Parecer: 1.039.636

participantes e família será realizado pelo enfermeiro da Unidade de Internação, aproximando os pesquisadores dos participantes e familiares. Nesse momento, serão também orientados quanto ao TCLE somente após aceitação em participar do estudo e consentimento que seus dados sejam obtidos também de seu prontuário individual, assinarão o Termo de Consentimento Livre e Escalrecido (TCLE). As informações sociodemográficas, epidemiológicas e da saúde serão obtidas do prontuário individual do idoso os aspectos ambientais se utilizada a observação direta. No caso da Falls Morse Scale (Anexo 1), será também necessário tanto se observar diretamente o idoso

hospitalizado como consultar o prontuário individual para completar as informações necessárias. Ressaltam que nenhum procedimento invasivo ao corpo e bem estar do idoso será realizado. Para análise dos dados será construído um banco de dados eletrônico no Programa estatístico SPSS versão (20.0) ou similar. Em seguida esses dados serão tratados estatisticamente por testes paramétricos e não-paramétricos, como distribuição de frequência simples, medidas de dispersão (média, mediana e desvio padrão) e análise de regressão simples. O cronograma de atividades prevê a duração do estudo de janeiro de 2015 a Junho de 2016. Segundo orçamento proposto o projeto será financiado pelo CNPq com valor total de R\$ 28.805,75.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a segurança do idoso hospitalizado quanto ao risco de quedas.

Objetivo Secundário:

- a) Identificar os aspectos sócio demográficos e econômicos de idosos hospitalizados
- b) Verificar as condições epidemiológicas, da saúde e ambientais dos idosos hospitalizados; c) Avaliar a segurança do à saúde do idoso hospitalizado quanto ao risco para quedas segundo os parâmetros da Morse Fall Scale;
- d) Discutir estratégias preventivas para reduzir ou melhorar a segurança do idoso hospitalizado quanto ao risco de quedas.

Os objetivos estão adequadamente dimensionados e são exequíveis

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os pesquisadores reconhecem a presença de risco mínimo aos participantes, pois trata-se de um estudo em que não haverá nenhum tipo de procedimento invasivo para o corpo ou bem-estar dos participantes que comprometa sua integridade física e mental, assim como seu tratamento ou

Endereço: Av. José Bonifácio, nº 1289		CEP: 66.063-010
Bairro: Guamá	Município: BELEM	
UF: PA	Telefone: (91)3229-1131	Fax: (91)3249-4671
E-mail: cepenfuepa@yahoo.com.br		

CURSO DE GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM/
UNIVERSIDADE DO ESTADO



Continuação do Parecer: 1.039.636

recuperação. informam o possível risco de constrangimento de autorizar que seus dados pessoais e da saúde que encontram-se registrados no documento hospitalar façam parte do estudo. Os pesquisadores também terão compromisso de resguardar a confidencialidade dos dados que constam nos prontuários individuais dos participantes.

Benefícios:

Quanto aos benefícios relatam a possibilidade dos resultados fomentarem estratégias e discussões em saúde sobre a segurança dos idosos no que concerne ao risco para quedas durante a hospitalização e conseqüentemente avaliação da qualidade da assistência, além das recomendações de medidas preventivas quanto ao risco de quedas. Destacam que os benefícios podem ser revestidos aos idosos e familiares a medida que a prevenção de quedas podem ser projetadas para sua vida cotidiana.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa relevante por apontar o risco para quedas em idosos e às conseqüências que podem ser geradas, sobretudo quando este idoso encontra-se hospitalizado sobre influências de outras condições que afetam à sua recuperação, predispondo-o a incapacidades e morte. Desse modo os enfermeiros, são elementos chave para a promover a segurança e qualidade do cuidado. Projeto apresenta introdução, justificativa, problemática, questões de pesquisa, objetivo, referencial teórico, orçamento, cronograma, instrumentos de coleta de dados coerente e em consonância com a proposta do estudo. Os riscos da pesquisa estão bem dimensionados (quebra do sigilo, confidencialidade, ao participar do estudo), e como a pesquisadora pretende contorná-los é adequada. Os benefícios previstos pela autora são direcionados a prevenção de quedas do idoso hospitalizado e conseqüentemente melhoria da qualidade da assistência de enfermagem. O estudo possui um desenho metodológico adequado à abordagem proposta e os autores descrevem adequadamente as sequencias metodológica de abordagem dos participantes e obtenção do TCLE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta os elementos essenciais para sua apreciação como; folha de rosto devidamente assinada pelo pesquisador responsável e instituição proponente, Projeto em português gerado pela Plataforma Brasil e projeto original, carta de apresentação do projeto ao CEP, carta de autorização do local onde será coletados os dados, instrumento de coleta dos dados, TCLE TAAP, documento da Diretoria do CNPq aprovando a concessão de auxílio ao projeto

Endereço: Av. José Bonifácio, nº 1289

Bairro: Guamã

CEP: 66.063-010

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3229-1131

Fax: (91)3249-4671

E-mail: cepenfuepa@yahoo.com.br

**CURSO DE GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM/
UNIVERSIDADE DO ESTADO**



Continuação do Parecer: 1.039.636

aprovado na Chamada Universal- MCTI/CNPQ nº14/2014.Processo:45157/2014-3. O Currículo dos pesquisadores e demais membros encontra-se impresso na plataforma Lattes.

TCLE:informa autorização para realização da entrevista,entretanto não descreve autorização para uso de dados contidos no prontuário e nem que as informações obtidas serão utilizadas somente nesta pesquisa.

O modelo de TAAP deve ser ajustado ao tipo de metodologia proposta em cada estudo.Portanto rever redação quando informam "que não utilizaremos as informações contidas nos prontuários individuais dos participantes do estudo para manter contato com os mesmos e/ou familiares". Considerar que o prontuário ainda não foi arquivado(os pacientes ainda estão internados, então porque "Assinatura do responsável pelo arquivo" quem sabe assinatura da enfermeira da unidade?)considerar também que a autorização de acesso aos prontuários vai ser obtida com os participantes por meio do TCLE.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovamos o projeto desde que sejam feitas as adequações necessárias a seguir relacionadas:

*Acrescentar ao projeto os riscos citados no TCLE que por sua vez também já descreve a forma como este risco será amenizado.

*Rever e ajustar TCLE e TAAP.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa do CGENF/UEPA apreciou o protocolo em tela durante a reunião realizada no dia 28/04/2015. Com as atribuições definidas na Resolução 466/12-CNS/MS e na Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS manifesta-se pela aprovação do projeto, devendo o

Endereço: Av. José Bonifácio, nº 1289		CEP: 66.063-010
Bairro: Guamá		
UF: PA	Município: BELEM	
Telefone: (91)3229-1131	Fax: (91)3249-4671	E-mail: cepenfuepa@yahoo.com.br

**CURSO DE GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM/
UNIVERSIDADE DO ESTADO**



Continuação do Parecer: 1.039.636

pesquisador cumprir as questões acima, antes do início do estudo. Informamos que o pesquisador ao submeter o projeto ao CEP de acordo com a Resolução 466/12 se compromete a:

- Apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa;
- Elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- Desenvolver o projeto conforme delineado;
- Elaborar e apresentar os relatórios parcial (is) e final;
- Apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda responsabilidade, por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- Encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto;
- Justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.
- Informar qualquer tipo de mudança nos procedimentos, caso ocorram, ao CEP para que possa ser novamente analisado.
- Comunicar imediatamente, qualquer reação adversa no curso da pesquisa.

BELEM, 28 de Abril de 2015

**Assinado por:
Carmen Lucia Moraes Miranda
(Coordenador)**

Endereço: Av. José Bonifácio, nº 1289		CEP: 66.063-010
Bairro: Guamá		
UF: PA	Município: BELEM	
Telefone: (91)3229-1131	Fax: (91)3249-4671	E-mail: cepenfuepa@yahoo.com.br

ANEXO B - Parecer Consubstanciado CEP Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DO PARÁ -
FSCMPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da segurança do idoso hospitalizado quanto ao risco de quedas

Pesquisador: Maria Izabel Penha de Oliveira Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 42993415.0.3001.5171

Instituição Proponente: Curso de Graduação em Enfermagem/ Universidade do Estado do Pará/

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.074.370

Data da Relatoria: 22/05/2015

Apresentação do Projeto:

A pesquisa tem como foco principal avaliar a segurança do idoso hospitalizado quanto ao risco de quedas. O risco de quedas tem sido apontado

como um dos fatores predisponentes a incapacidade, o que suscita avaliação de vários fatores relacionados e sua adequada vigilância. Entre esses

fatores pode-se destacar uso de determinada medicação, uso de dispositivos de marcha, hospitalização, alteração dos órgãos sensoriais, barreiras

ambientais (mobiliário inadequado, piso e sinalização) entre outros. Dessa forma, em atenção as diretrizes nacionais sobre a segurança do paciente,

sobretudo o hospitalizado e em idade avançada propõe-se esse estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a segurança do idoso hospitalizado quanto ao risco de quedas.

Objetivo Secundário:

a) Identificar os aspectos sócio-demográficos e econômicos de idosos hospitalizados b) Verificar as condições epidemiológicas, da saúde e

ambientais dos idosos hospitalizados; c) Avaliar a segurança do idoso hospitalizado quanto ao risco para quedas segundo os parâmetros

Endereço: Rua Oliveira Belo, 395

Bairro: Umarizal

CEP: 66.050-380

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4009-2264

Fax: (91)4009-0328

E-mail: comite.etica@scmpa@yahoo.com.br

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DO PARÁ -
FSCMPA



Continuação do Parecer: 1.074.370

da Morse Fall Scale; d) Discutir estratégias preventivas para reduzir ou melhorar a segurança do idoso hospitalizado quanto ao risco de quedas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

No desenvolvimento deste estudo todos os critérios éticos relacionados ao paciente e a instituição hospitalar serão observados e estão em

consonância com a resolução nº 466/2012 que diz respeito a pesquisas com seres humanos. No que concerne a Instituição Hospitalar, foi solicitada

prévia autorização para o desenvolvimento da pesquisa (Anexo 2). Reconhece-se também os riscos tanto para os pesquisadores como para os

participantes do estudo, muito embora, eles nesse caso são considerados mínimos, pois trata-se de um estudo em que não haverá nenhum tipo de

procedimento invasivo para o corpo ou bem-estar dos participantes que comprometa sua integridade física e mental, assim como seu tratamento ou

recuperação, apenas quanto ao possível constrangimento de autorizar que seus dados pessoais e da saúde que encontram-se registrados no

documento hospitalar façam parte do estudo. Caso não seja possível se obter essa informação com o próprio idoso será solicitado autorização ao

familiar e/ou acompanhante. A maioria das informações serão obtidas do prontuário individual dos pacientes e outras serão observadas quanto aos

riscos de quedas durante a hospitalização.

Benefícios:

Quanto aos benefícios estes estão relacionados a possibilidade dos resultados fomentarem estratégias e discussões em saúde sobre a segurança

dos idosos no que concerne ao risco para quedas durante a hospitalização e conseqüentemente avaliação da qualidade da assistência, além das

recomendações de medidas preventivas quanto ao risco de quedas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo com as necessidades atuais em que a Segurança do paciente deve ser levada a sério e as necessidades do paciente idoso é relevante devido ao grande numero de pessoas envelhecendo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Sem necessidades.

Endereço: Rua Oliveira Belo, 395

Bairro: Umarizal

CEP: 66.050-380

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4009-2264

Fax: (91)4009-0328

E-mail: comite.etica@fscmpa@yahoo.com.br

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DO PARÁ -
FSCMPA



Continuação do Parecer: 1.074.370

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto de pesquisa tem relevância devido o grande numero de idoso.

BELEM, 22 de Maio de 2015

Assinado por:
Solange Carneiro Antonelli
(Coordenador)

Endereço: Rua Oliveira Belo, 395

Bairro: umarizal

CEP: 66.050-380

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4009-2264

Fax: (91)4009-0328

E-mail: comite.etica@scmpa@yahoo.com.br