

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CRISTIANE CHAGAS TEIXEIRA

EVENTOS ADVERSOS OCORRIDOS COM IDOSOS
HOSPITALIZADOS

GOIÂNIA, 2015

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS (TEDE) NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: ☒ **Dissertação** ☐ **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Autor (a):	Cristiane Chagas Teixeira		
E-mail:	cc-teixeira@hotmail.com		
Seu e-mail pode ser disponibilizado na página? ☒ Sim ☐ Não			
Vínculo empregatício do autor:	--		
Agência de fomento:	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior	Sigla:	CAPES
País:	Brasil	UF:	DF
		CNPJ:	00889834/0001-08
Título:	Eventos adversos ocorridos com idosos hospitalizados		
Palavras-chave:	Doença Iatrogênica; Enfermagem; Idoso; Segurança do Paciente		
Título em outra língua:	Adverse events in hospitalized elderly		
Palavras-chave em outra língua:	Iatrogenic Disease; Nursing; Elderly; Patient Safety		
Área de concentração:	A Enfermagem no cuidado à saúde humana		
Data defesa:	24/04/2015		
Programa de Pós-Graduação:	Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás		
Orientador (a):	Profa. Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra		
E-mail:	analuciaqueiroz@uol.com.br		
Co-orientador (a):	--		

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento ☒ SIM ☐ NÃO¹

Em caso de publicação parcial, assinale as permissões:

☐ Capítulos. Especifique: _____

☐ Outras restrições: _____

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF ou DOC da tese ou dissertação.

O sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos contendo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua disponibilização, receberão procedimentos de segurança, criptografia (para não permitir cópia e extração de conteúdo, permitindo apenas impressão fraca) usando o padrão do Acrobat.

Assinatura do (a) autor (a)

Data: ____ / ____ / ____

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

CRISTIANE CHAGAS TEIXEIRA

**EVENTOS ADVERSOS OCORRIDOS COM IDOSOS
HOSPITALIZADOS**

*Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
da Faculdade de Enfermagem da Universidade
Federal de Goiás para a obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.*

Área de concentração: A Enfermagem no cuidado à saúde humana.

Linha de pesquisa: Gestão e formação de recursos humanos para a integralidade do cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientador: Profa. Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra

GOIÂNIA, 2015

Ficha catalográfica elaborada automaticamente
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob orientação do Sibi/UFG.

Teixeira, Cristiane Chagas

Eventos adversos ocorridos com idosos hospitalizados.

[manuscrito] / Cristiane Chagas Teixeira. - 2015.

cxxxix, 139 f.: il.

Orientador: Profa. Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem (FEN), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Goiânia, 2015.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui siglas, abreviaturas, lista de tabelas.

1. Doença latrogênica. 2. Enfermagem. 3. Idoso. 4. Segurança do paciente. I. Bezerra, Ana Lúcia Queiroz, orient. II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

CRISTIANE CHAGAS TEIXEIRA

EVENTOS ADVERSOS OCORRIDOS COM IDOSOS HOSPITALIZADOS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 24 de abril de 2015.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. ANA LÚCIA QUEIROZ BEZERRA - Orientador - Presidente da Banca
FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Profa. Dra. VALÉRIA PAGOTTO - Membro Efetivo
FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Profa. Dra. ANA ELISA BAUER DE CAMARGO SILVA - Membro Efetivo
FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Profa. Dra. SUELY ITSUKO CIOSAK - Membro Suplente
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Profa. Dra. LILIAN VARANDA PEREIRA - Membro Suplente
FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Estudo vinculado junto ao Grupo de Estudos em Gestão de Recursos Humanos em Saúde e Enfermagem (GERHSEn) e ao Núcleo de Estudos de Enfermagem em Gestão de Instituições de Saúde e Segurança do Paciente (NEGISP) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

DEDICATÓRIA

Aos meus amados pais e irmão, o resultado de todo o meu esforço e a concretização deste sonho incondicional. Essa vitória é nossa, amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Em especial ...

A Deus, por ter me presenteado com o dom da vida. Por ter me dado amparo, sabedoria e alívio nos momentos de angústia. Por me fortalecer nessa jornada e por não me deixar desistir mesmo em situações de adversidades.

Aos meus pais Ilvanice Chagas de Oliveira Teixeira e Jerônimo Gomes Teixeira, por despertarem em mim o desejo de lutar, conquistar e ser uma pessoa melhor. Se hoje cheguei ao mérito dessa vitória, foi porque vocês me possibilitaram a estabilidade necessária para contornar os obstáculos e encarar novos desafios.

Ao meu irmão João Pedro Chagas Teixeira, por sempre acreditar em minhas capacidades.

À minha querida avó Eunice Soares de Oliveira, pessoa que tenho grande carinho, respeito, meu exemplo de honestidade e dignidade.

À minha amiga Juliana Margareth Souza Coelho Pereira, pela amizade que nunca faltou. Pelo apoio e otimismo importantes para encerrar esta missão.

À minha orientadora Profa. Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra, por me apresentar o universo da pesquisa, em especial a área da

Segurança do Paciente. Sou grata por permitir tão positivamente a concretização deste estudo. Seus ensinamentos foram primordiais para meu desenvolvimento intelectual e pessoal. Foi um privilégio ter sido orientada por você.

*À minha amiga **Dra. Thatianny Tanferri De Brito Paranaguá**, pela amizade, companheirismo e contribuições dispensadas ao aprimoramento deste estudo.*

*Às professoras **Dra. Ana Elisa Bauer de Camargo Silva**, **Dra. Lillian Varanda Pereira**, **Dra. Valéria Pagotto**, pela atenção e valiosas contribuições no Exame de Qualificação.*

*A todos os **docentes** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem (FEN) da Universidade Federal de Goiás (UFG), pelo compromisso e excelência no conhecimento compartilhado.*

*À **turma** de Mestrado (2013) pelas discussões e crescimentos vivenciados.*

*Ao Grupo de Estudos em Gestão de Recursos Humanos em Saúde e Enfermagem (**GERHSEn**) e ao Núcleo de Estudos de Enfermagem em Gestão de Instituições de Saúde e Segurança do Paciente (**NEGISP**) da FEN/UFG, por me acolher e contribuir para meu crescimento enquanto pesquisadora.*

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa durante a realização do Curso de Mestrado.

Aos funcionários do hospital pesquisado, pela colaboração na fase de coleta de dados.

A todos aqueles que, de alguma forma, vivenciaram comigo os mais diversos sentimentos no decorrer desta trajetória e contribuíram para a realização deste estudo. De modo especial, minha gratidão aos que acreditaram em meu potencial e caráter.

*“Se o medo e a cobrança
Tiram minha esperança
Tento me lembrar de tudo que vivi
E o que tem por dentro, ninguém pode roubar
Descanso agora, pois os dias ruins todo mundo tem
Já jurei pra mim não desanimar
E não ter mais pressa, pois sei que o mundo vai girar
O mundo vai girar
E eu espero a minha vez
O suor e o cansaço fazem parte dos meus passos
O que nunca esqueci é de onde vim
E o que tem por dentro ninguém pode roubar (...)”*

DI Ferrero e Gee Rocha

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	14
LISTA DE TABELAS	15
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	16
RESUMO.....	17
ABSTRACT.....	18
RESUMEN	19
APRESENTAÇÃO	20
1 - INTRODUÇÃO	24
2 - OBJETIVOS.....	31
2.1 Geral.....	32
2.2 Específicos	32
3 - REVISÃO DA LITERATURA	33
3.1 Segurança do paciente e os eventos adversos.....	34
3.2 Envelhecimento humano: implicações para a saúde do idoso	46
4 - MÉTODO	59
4.1 Tipo de estudo.....	60
4.2 Local do estudo	60
4.3 População	61
4.4 Variáveis do estudo	61
4.5 Procedimentos para a coleta de dados	64
4.6 Análise dos dados	65
4.7 Aspectos éticos e legais	66
5 - RESULTADOS	67
5.1 Caracterização das internações dos idosos na Clínica Cirúrgica.....	68
5.2 Eventos Adversos ocorridos com idosos na Clínica Cirúrgica.....	72

5.3 Prevalência e fatores associados à ocorrência dos eventos adversos.	74
6 - DISCUSSÃO	77
7 - CONCLUSÃO	102
8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
9 - REFERÊNCIAS	109
10 - APÊNDICE	130
APÊNDICE A - Instrumento para coleta de dados	131
11- ANEXOS	135
ANEXO I - Autorização para manuseio e pesquisa em prontuários	136
ANEXO II - Autorização para estudo dos prontuários no SAMIS	137
ANEXO III - Protocolo de Aprovação do Comitê de Ética	138

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 -	Definição operacional para busca ativa de eventos adversos no prontuário de idosos.....	63
GRÁFICO 1 -	Tipos de danos decorrentes de eventos adversos ocorridos com idosos internados na Clínica Cirúrgica de um hospital universitário da região Centro-Oeste. Goiânia, 2013.....	74

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	Caracterização dos idosos internados na Clínica Cirúrgica de um hospital universitário da região Centro-Oeste. Goiânia, 2013.....	68
TABELA 2 -	Situação de saúde dos idosos internados na Clínica Cirúrgica de um hospital universitário da região Centro-Oeste. Goiânia, 2013.....	69
TABELA 3 -	Características das internações dos idosos internados na Clínica Cirúrgica de um hospital universitário da região Centro-Oeste. Goiânia, 2013.....	70
TABELA 4 -	Procedimentos e dispositivos utilizados pelos idosos, durante internação na Clínica Cirúrgica de um hospital universitário da região Centro-Oeste. Goiânia, 2013.....	71
TABELA 5 -	Eventos adversos ocorridos com idosos internados na Clínica Cirúrgica de um hospital universitário da região Centro-Oeste. Goiânia, 2013.....	72
TABELA 6 -	Associação univariada entre as variáveis de exposição e a ocorrência de eventos adversos, durante as internações de idosos na Clínica Cirúrgica de um hospital universitário da região Centro-Oeste. Goiânia, 2013.....	75
TABELA 7 -	Fatores de riscos e respectivos valores <i>odds ratio</i> para ocorrência de eventos adversos durante internações de idosos na Clínica Cirúrgica de um hospital universitário da região Centro-Oeste. Goiânia, 2013.....	76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
AVD	Atividades de Vida Diária
CISP	Classificação Internacional para a Segurança do Paciente
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
EUA	Estados Unidos da América
FEN	Faculdade de Enfermagem
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
JCI	<i>Joint Commission International</i>
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAHO	<i>Pan American Health Organization</i>
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
SAMIS	Serviço de Arquivo Médico e Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFG	Universidade Federal de Goiás
WHO	<i>World Health Organization</i>

RESUMO

OBJETIVO: Analisar os eventos adversos registrados nos prontuários de pacientes idosos hospitalizados. **MÉTODO:** Estudo descritivo, de corte transversal, tendo como fonte de dados os prontuários de pacientes idosos internados no período de julho de 2013 a dezembro de 2013, na unidade de Clínica Cirúrgica de um hospital de ensino da região Centro-Oeste do Brasil. A coleta de dados foi norteadada por um formulário estruturado e pré-validado. Os dados foram analisados por meio do *Statistical Package For The Social Science (SPSS) for Windows* versão 20.0. Foram calculados a prevalência e os intervalos de 95% de confiança dos eventos adversos e realizada análise descritiva. Para identificar os fatores associados, foram utilizados o teste qui-quadrado e a análise univariada e multivariada. **RESULTADOS:** Das 260 internações, 50,4% eram do sexo masculino, com idade média de 68,5 anos e 68,5% possuíam comorbidades. Foram identificados 531 registros de eventos adversos, correspondendo à média de 2,04 eventos por internação. Os tipos de eventos adversos foram referentes ao Processo clínico, como dor aguda em pré e pós-operatórios não resolvida, retirada não programada de dispositivos tubulares e obstrução de dispositivos tubulares, falhas durante procedimentos técnicos, deiscência cirúrgica e processo alérgico não medicamentoso; Medicação, relacionada à reação adversa a medicamentos; Hemoderivado, relacionado à falta de sangue; Administração clínica, como suspensão cirúrgica e exame marcado e não realizado; Infecção hospitalar, relacionada ao sítio cirúrgico, flebite e sepse e Acidente com o paciente, como queda e úlcera por pressão. A maioria dos eventos ocorreu durante o plantão noturno. Os danos causados ao paciente foram classificados como leves 73,1%, moderados 25,4%, graves 0,6% e óbito 0,9%. A prevalência foi de 58,8%, indicando que 153 internações foram expostas a, pelo menos, um tipo de evento adverso. O fator associado esteve relacionado ao tempo de internação superior a nove dias que se comportou como variável de risco independente para a ocorrência dos eventos adversos. **CONCLUSÃO:** Os resultados indicam a necessidade de iniciativas por parte dos gestores para modificar a prática do cuidado, por meio de ações educativas, aperfeiçoamento dos processos de trabalho e melhor articulação entre os subsistemas integrados à instituição, com foco na promoção da qualidade nos serviços de saúde e desenvolvimento de cultura de segurança, especialmente com foco no idoso hospitalizado.

Palavras-chave: Doença Iatrogênica; Enfermagem; Idoso; Segurança do Paciente

ABSTRACT

OBJECTIVE: Analyze adverse events recorded in medical records of hospitalized elderly patients. **METHOD:** A descriptive, cross-sectional, having as data source the records of elderly patients admitted from July 2013 to December 2013, the Surgery Unit of a teaching hospital, Midwest region of Brazil. Data collection was guided by a structured and pre-validated form and were analyzed through Statistical Package For The Social Science (SPSS), version 20.0 for Windows. The prevalence and the ranges of 95% confidence adverse events were calculated and descriptive analysis was done. To identify associated factors, chi-square test and uni and multivariate analysis were used. **RESULTS:** In 260 admissions, 50.4% were male, average age 68.5 years and 68.5% had comorbidities. Adverse events were identified in 531 records, defined an average of 2.04 events per admission. The types of adverse events were related to the clinical Process such as acute pain in pre and postoperative unresolved, unscheduled withdrawal and obstruction of tubular devices, failure during technical procedures, surgical dehiscence and non-drug allergic process; Medication, related to adverse reaction to medications; Blood product, related to lack of blood; Clinical management, as surgical suspension and booked exam but not performed; Hospital infection related to the surgical site, phlebitis and sepsis and Accident with the patient, such as loss and pressure ulcers. Most of the events occurred during the night shift. Damage caused to the patient were classified as mild 73.1%, 25.4% moderate, severe 0.6% and 0.9% died. The prevalence was 58.8%, indicating that hospital admissions were exposed to 153, at least one type of adverse event. The associated factor was related to length of stay for more than nine days as an independent risk variable for adverse events occurrence. **CONCLUSION:** The results indicate the need for initiatives by managers to modify the care practice, through educational activities, work processes improvement and better articulation between subsystems integrated into the institution, focusing on promoting quality in health services and safety culture development, especially on the elderly in hospitals.

Keywords: Iatrogenic Disease; Nursing; Elderly; Patient Safety

RESUMEN

OBJETIVO: Analizar los eventos adversos registrados en las fichas médicas de pacientes ancianos hospitalizados. **MÉTODO:** Estudio descriptivo, de corte transversal que tiene como fuente de datos las fichas médicas de pacientes ancianos internados entre julio de 2013 a diciembre de 2013, en la unidad de Clínica Quirúrgica de un hospital de enseñanza de la región Centro-Oeste del Brasil. La recogida de datos fue dirigida por un formulario estructurado y pre-validado. Los datos fueron analizados por medio del *Statistical Package For The Social Science (SPSS) for Windows* versión 20.0. Fueron calculados la prevalencia y los intervalos del 95% de confianza de los eventos adversos y realizado el análisis descriptivo. Para identificar los factores asociados, fueron utilizados la prueba chi-cuadrado y el análisis univariado y multivariado. **RESULTADOS:** De las 260 internaciones, el 50,4% eran del sexo masculino, con edad promedio de 68,5 años y el 68,5% tenían comorbilidades. Fueron identificados 531 registros de eventos adversos, que corresponde al promedio de 2,04 eventos por internación. Los tipos de eventos adversos fueron referentes al Proceso clínico, como dolor agudo en pre y post-operatorios no resuelto, retirada no programada de dispositivos tubulares y obstrucción de dispositivos tubulares, fallas durante procedimientos técnicos, dehiscencia quirúrgica y proceso alérgico no medicamentoso; Medicación, relacionada a la reacción adversa a medicamentos; Hemoderivado, relacionado a la falta de sangre; Administración clínica, como suspensión quirúrgica y examen marcado y no realizado; Infección hospitalaria, relacionada al sitio quirúrgico, flebitis y sepsis y Accidente con el paciente, como caída y úlcera por presión. La mayor de los eventos ocurrió durante el servicio nocturno. Los daños causados al paciente fueron clasificados como leves el 73,1%, moderados el 25,4%, graves el 0,6% e óbito el 0,9%. La prevalencia fue del 58,8%, indicando que 153 internaciones fueron expuestas a, por lo menos, un tipo de evento adverso. El factor asociado estuvo relacionado al tiempo de internación superior a nueve días que se comportó como variable de riesgo independiente para la ocurrencia de los eventos adversos. **CONCLUSIÓN:** Los resultados indican la necesidad de iniciativas por parte de los gestores para modificar la práctica del cuidado, por medio de acciones educativas, perfeccionamiento de los procesos de trabajo y mejor articulación entre los subsistemas integrados a la institución, con enfoque en la promoción de la calidad en los servicios de salud y desarrollo de cultura de seguridad, especialmente con enfoque en el anciano hospitalizado.

Palabras-claves: Enfermedad iatrogénica; Enfermería; Anciano; Seguridad del Paciente

*A*PRESENTAÇÃO

A busca por profissionais com múltiplas capacidades é indiscutivelmente um dos grandes desafios frente ao mundo globalizado em que vivemos. O mercado de trabalho mostra-se cada vez mais exigente, e a procura por uma colocação profissional não é mais uma questão de empenho ou sorte e, sim, mérito por qualificação. Para atingir tal propósito, a construção do conhecimento torna-se condição essencial nos dias atuais.

Na minha trajetória pessoal e de formação profissional sempre busquei capacitação e atualização. Natural de Alto Araguaia, estado de Mato Grosso, residi por 18 anos nessa cidade, onde concluí o ensino fundamental e o ensino médio, no município vizinho, Santa Rita do Araguaia, estado de Goiás. Em 2005, mudei para Goiânia para fazer o curso pré-vestibular e, no ano de 2006, fui aprovada no processo seletivo para o curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS, na cidade de Três Lagoas, onde permaneci o período de 2007 a 2010.

Em 2011, já graduada como enfermeira, retornei para Alto Araguaia e ingressei no curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão em Saúde pela Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT e Universidade Aberta do Brasil - UAB. As leituras, reflexões e o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), intitulado "A qualidade no serviço público de saúde", oportunizaram a minha aproximação com a área de gestão em serviços de saúde.

Durante esse ano, me senti motivada para dar continuidade aos meus estudos e, em 2012, me inseri como aluna especial no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás - FEN/UFMG, onde cursei as disciplinas de "Gestão de pessoas nas organizações e a qualidade do cuidar" e "Segurança do Paciente". Posteriormente, no ano de 2013, fui aprovada no Programa de Pós-Graduação *Stricto-Sensu* da FEN/UFMG, nível Mestrado.

Por meio da minha orientadora, fui inserida nos grupos de pesquisa - Grupo de Estudos em Gestão de Recursos Humanos em Saúde e Enfermagem - GERHSEn e Núcleo de Estudos de Enfermagem em Gestão de Instituições de Saúde e Segurança do Paciente - NEGISP e direcionada a pesquisar os incidentes em idosos hospitalizados, temática que envolve aspectos da segurança do paciente idoso e o papel dos recursos humanos, com a perspectiva de desenvolver ações

para o alcance do cuidado seguro e, conseqüentemente, a prevenção de eventos adversos nessa população.

A partir da minha vivência plenamente positiva nesse contexto, tenho buscado ampliar meus conhecimentos relativos à segurança do paciente, à vulnerabilidade da pessoa idosa e à qualidade do cuidado em saúde, o que me levou a questionamentos quanto à magnitude da ocorrência dos incidentes, especialmente os eventos adversos e sua interferência na vida dos idosos hospitalizados, como também os cuidados adotados pelos profissionais de saúde para minimizar tais ocorrências.

O intuito em desenvolver o domínio em uma linha de pesquisa, bem como as diferentes etapas do processo investigativo poderão contribuir para a produção e qualificação de um conhecimento inovador, rigorosamente construído, utilizando uma metodologia apropriada, demonstrando habilidade na análise da literatura, na sistematização das evidências e no respeito aos princípios éticos que envolvem a pesquisa. Além de certificar, o aprimoramento necessário à aquisição de informações para tomada de decisões, de forma a viabilizar respostas a problemas concretos da prática profissional, com ações voltadas para o cuidado com qualidade e digno à saúde.

Esta pesquisa faz parte de um projeto de pesquisa intitulado “Análise das Ocorrências de Eventos Adversos em um Hospital da Rede Sentinela na Região Centro-Oeste”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob Protocolo 064/2008, que vem sendo desenvolvido desde o ano de 2008.

Assim, apresento a dissertação desenvolvida ao longo dos dois últimos anos, a qual está estruturada em diferentes partes, além das referências, apêndice e anexos.

A **Introdução** contempla o tema do estudo, o problema e a justificativa. Busca-se situar o leitor através de conceitos, dados epidemiológicos, de forma a apontar a importância e relevância da pesquisa. Na sequência, são apresentados os **Objetivos**, geral e específicos que nortearam este estudo.

A **Revisão da Literatura** explora os temas diretamente relacionados à proposta do estudo, sendo elaborada uma síntese acerca da segurança do paciente e os eventos adversos e do processo de envelhecimento humano: implicações para a saúde do idoso.

O **Método** descreve os passos adotados para o desenvolvimento da presente investigação, incluindo o delineamento e local do estudo, população, variáveis do estudo, a forma que foi realizada a coleta de dados, os procedimentos de análise dos dados e, por fim, as considerações éticas e legais.

Os **Resultados** e **Discussão** apresentam e discutem os resultados apontados pelos dados coletados.

A **Conclusão** e as **Considerações Finais** trazem uma síntese dos resultados e sugerem intervenções para os problemas identificados.

Por fim, faz-se menção às **Referências** utilizadas para subsidiar a pesquisa, sendo apresentada nas normas *Vancouver*, conforme solicitado pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás - FEN/UFG; e ao **Apêndice** e aos **Anexos** os quais contemplam o instrumento elaborado para coleta dados e as comprovações dos termos éticos.

1 - INTRODUÇÃO

A segurança do paciente se configura um problema mundial de saúde pública, em virtude das significativas práticas inseguras em âmbito hospitalar. Na atualidade, a atenção à saúde exige dos profissionais a preocupação com o atendimento, com intuito de garantir uma assistência com qualidade, segurança e satisfação do paciente e familiar em todo o processo.

O *Harvard Medical Practice Study* (HMPS), realizado em 1984 com mais de 30.000 prontuários, de 52 hospitais do estado de Nova York, ganhou notoriamente repercussão mundial, frente à magnitude dos problemas decorrentes da assistência à saúde (LEAPE et al., 1991).

No final da década de 90, após a publicação do relatório *To Err is Human: building a safer health care system*, pelo *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA), foi estimado que cerca de 98.000 pessoas morrem anualmente em virtude de erros decorrentes do cuidado à saúde. Esses eventos resultaram em uma taxa de mortalidade maior do que as decorrentes de acidentes automobilísticos, câncer de mama e AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

A cada ano, milhares de pessoas são vítimas de agravos advindos da assistência à saúde, aproximadamente, um em cada 10 pacientes sofre algum dano ou morre em decorrência do cuidado recebido (WHO, 2008a).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica essas ocorrências como eventos adversos, definidos como incidentes decorrentes da atenção à saúde que resultam em algum tipo de dano ao paciente, com comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou quaisquer efeitos nocivos, podendo ser físico, social ou psicológico, incluindo doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte (WHO, 2009).

No Brasil, pesquisa apontou que pacientes com idade superior a 61 anos (77,7%), constituiu-se o grupo etário que mais sofreu eventos adversos durante o período de internação, sendo esses eventos relacionados à sonda nasogástrica, queda e administração de medicamentos (NASCIMENTO et al., 2008).

Estudo realizado com pacientes idosos internados em um hospital universitário de São Paulo investigou, por meio da revisão de 100 prontuários, 26 registros de eventos adversos. Os dados demonstraram que 53,8% dos eventos foram relacionados à infiltração, obstrução ou flebite em acesso venoso periférico

antes de 72 horas de punção, 30,8% foram por úlcera por pressão, 7,7%, por perda de sonda nasointestinal e 7,7%, por queda (SANTOS; CEOLIM, 2009).

Na Suécia, um levantamento retrospectivo em 28 hospitais identificou que 12,3% das 1.967 internações apresentaram eventos adversos, sendo que a maioria ocorreu com idosos. Dentre os eventos evitáveis, 55% causaram incapacidade resolvida durante a internação ou em até um mês após a alta hospitalar, 33% levaram à incapacidade resolvida em até um ano, 9% provocaram incapacidade permanente e 3% contribuíram para a morte do paciente. Os autores concluíram que os eventos adversos evitáveis são comuns e ocasionam sofrimento humano, além de consumirem uma quantidade significativa de recursos hospitalares (SOOP et al., 2009).

Investigação realizada por Szlejf (2010) evidenciou a ocorrência de 55% de eventos adversos em idosos hospitalizados, relacionados a medicamentos, infecções hospitalares, procedimentos terapêuticos, procedimentos ou erros de diagnósticos e procedimentos cirúrgicos. Porém, não foi possível identificar os fatores de risco envolvidos para a ocorrência dos eventos adversos, apenas a relação dessas complicações com o maior tempo de internação e a mortalidade hospitalar.

Estima-se que a ocorrência de eventos adversos esteja em torno de 4% a 16% em todos os pacientes hospitalizados, sendo a maioria relacionada a cuidados cirúrgicos e 50%, evitáveis (WHO, 2008b). Em países industrializados, as taxas de complicações decorrentes de procedimentos cirúrgicos ocorrem entre 3% a 16% dos pacientes internados, com taxa de mortalidade de 0,4% a 0,8% (WHO, 2008b).

No que concerne às pessoas idosas em ambiente hospitalar é importante ressaltar que se trata de um grupo exposto à ocorrência crescente de eventos adversos durante a prática assistencial (CARVALHO-FILHO et al., 1998; LINDQUIST; SENDELBACH, 2007; SANTOS; CEOLIM, 2009; PERMPONGKOSOL, 2011; DUPOUY et al., 2013; ACKROYD-STOLARZ; BOWLES; GIFFIN, 2014).

Em idosos, os eventos adversos são mais comuns quando comparados a outros grupos etários (ROTHSCHILD; BATES; LEAPE, 2000), uma vez que essa população se encontra mais propensa às doenças crônicas e múltiplas, necessitando de cuidados permanentes, acompanhamento constante, além de uso contínuo de medicamentos e exames periódicos (LIMA-COSTA; VERAS, 2003; VERAS, 2003, 2007, 2009). Consomem mais serviços de saúde, as internações se

tornam frequentes, a recuperação mais lenta, além de deterem o maior tempo de permanência em instituições hospitalares (VERAS, 2008, 2009).

O processo de envelhecimento provoca modificações estruturais e funcionais no organismo humano, estando associadas a um estado de saúde fragilizado, com modificações nas reservas fisiológicas, biológicas e aumento significativo de riscos para a ocorrência de mais de um problema de saúde (MARCHI NETTO, 2004; LOURENÇO, 2008). Essas particularidades inerentes ao envelhecimento tornam os idosos vulneráveis aos eventos adversos.

Os riscos a que são expostos os idosos são inúmeros, dentre esses estão os que envolvem medicamentos, principalmente devido ao declínio da função hepática e renal própria das alterações fisiológicas do envelhecimento (PEDREIRA; BRANDÃO; REIS, 2013). Ocorrência de reações adversas a medicamentos, diretamente relacionada à polifarmácia e à presença de múltiplas comorbidades (SALES et al., 2010).

Outro fator associado à internação é o risco de úlceras por pressão (UPP) em idosos hospitalizados, com prevalência entre 3% a 11% e, em pacientes acamados e com fratura de fêmur, as taxas variam entre 60% e 66% (FERNANDES et al., 2012). Além disso, somam-se os fatores relacionados à restrição ao leito e que podem ocasionar infecções, como também acarretar detrimento da massa óssea e muscular, o que contribui para perda da capacidade de deambulação, com aumento de risco de quedas e fraturas (SALES et al., 2010).

Destaque também é dado para os riscos de complicações hospitalares que, em idosos, essas taxas apresentam maior intensidade (ROTHSCHILD; BATES; LEAPE, 2000). Borghi (2007) identificou as complicações cirúrgicas pós-operatórias de pacientes idosos e encontrou que as mais frequentes estavam relacionadas às complicações gastrointestinais, de ferida operatória, cardiovasculares e neuropsiquiátricas. Os eventos de maior manifestação relacionaram-se à dor, náuseas, vômitos, dispneia e edema.

Um elenco de fatores favorecem a ocorrência de eventos adversos, como a idade avançada, existência de comorbidades, gravidade do quadro clínico inicial e utilização frequente de medicamentos associados às alterações na farmacocinética e farmacodinâmica das drogas (CARVALHO-FILHO et al., 1996; GALLOTTI, 2004).

Outros fatores podem estar relacionados às situações decorrentes do avanço tecnológico, associados à deficiência no aperfeiçoamento de recursos humanos, uso

abusivo de métodos terapêuticos agressivos e sofisticados, distanciamento das ações próprias de cada profissional, fragmentação da atenção à saúde, inexperiência de jovens profissionais envolvidos no atendimento, falhas de comunicação, atendimento de urgência, excesso de carga horária e de trabalho, sobrecarga de trabalho, delegação de cuidados sem supervisão adequada, estresse profissional, desmotivação, falta de atenção, falta de conhecimento, negligência, imprudência e dificuldades para entender as prescrições (CARVALHO-FILHO et al., 1996; MADALOSSO, 2000; GALLOTTI, 2004; CRESSWELL et al., 2007).

Para a prestação da assistência à saúde, presume-se que todos os recursos materiais, medicamentosos e tecnológicos, estejam nas mãos de profissionais competentes e habilidosos, em condições de efetuar sua prática clínica em ambientes diversificados e eficientes, resultando em melhor atendimento às necessidades de tratamento da doença e de promoção da saúde (PADILHA, 1998). No entanto, nota-se uma carência de profissionais qualificados para atender às necessidades de saúde dos idosos, o que pode colocá-los em situações de riscos, danos e até a morte (PADILHA, 1998; ALMEIDA; AGUIAR, 2011; PEDREIRA; BRANDÃO; REIS, 2013).

A segurança do paciente consiste em reduzir o risco a um mínimo aceitável, de danos desnecessários associados ao cuidado à saúde. O “mínimo aceitável” é referente àquilo que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência é realizada (WHO, 2009). Pode também ser definida como princípio fundamental para a qualidade da assistência, determinando que bens e serviços sejam fornecidos com o mínimo ou ausência total de riscos ou falhas, sem comprometer a continuidade do tratamento (SOUSA; PADILHA, 2006; CHARLES, 2010).

No ambiente hospitalar, o cuidado prestado aos pacientes é complexo e requer que seja executado com qualidade e sem gerar danos desnecessários ao indivíduo (ROQUE; MELO, 2012). Estudos realizados na clínica cirúrgica de um hospital universitário da região Centro-Oeste do Brasil, foco desta pesquisa evidenciaram prevalência de 19,05% e 18,7% de eventos adversos em pacientes adultos (CARNEIRO et al., 2011; PARANAGUÁ, 2012).

Esses resultados não contemplam a população de idosos internados na unidade, o que levou a questionar, qual a prevalência de eventos adversos em

pacientes idosos hospitalizados na Clínica Cirúrgica? Quais os tipos de eventos adversos e os possíveis danos causados aos pacientes idosos?

Tratando-se de eventos adversos com idosos em âmbito hospitalar, estudiosos (CARVALHO-FILHO et al., 1998; SANTOS; CEOLIM, 2009) apontam que a prevalência de eventos adversos é elevada, o que determina manifestações graves e até mesmo fatais.

Os eventos adversos podem influenciar, negativamente, na recuperação do paciente e interferir nas atividades diárias do indivíduo, como foi evidenciado no estudo realizado em um hospital em Tennessee que apontou maior probabilidade de ocorrência de quedas em domicílio, após alta hospitalar, por pacientes que sofreram esses eventos durante a hospitalização (DAVENPORT et al., 2009).

Silva (2010) considera que a falta de informações sobre os eventos adversos e seus fatores causais constituem os principais determinantes encontrados para novas ocorrências, pois impedem o conhecimento, avaliação e a discussão sobre as consequências desses eventos para profissionais, usuários e familiares, além de prejudicar a ação dos gestores para a qualidade da assistência com foco no cuidado seguro.

Em decorrência das implicações que os eventos adversos acarretam para a população idosa hospitalizada, torna-se necessário estabelecer medidas preventivas quanto à incidência e reincidência dos eventos adversos (PADILHA, 2001). Acrescenta-se, ainda, a necessidade em adotar estratégias educativas para notificação, com vista a minimizar ou eliminar falhas que possam interferir na qualidade da assistência e na segurança do paciente (BEZERRA et al., 2009; CARNEIRO et al., 2011).

Diante do cenário exposto e considerando que o idoso faz parte de uma população vulnerável à ocorrência de eventos adversos, especialmente quando internados em hospitais universitários com constante presença de acadêmicos e docentes, bem como, em situações que envolvem a diversidade de procedimentos realizados em processo de aprendizagem, o longo período de internação e quando a gestão de riscos e a segurança do paciente são minimizadas, torna-se necessário estimar a prevalência dos eventos adversos em decorrência da gravidade dos danos.

Espera-se que os resultados possam transformar a *práxis* profissional, subsidiar discussões e contribuir para estudos, além de impulsionar a

implementação de medidas preventivas que garantam a segurança do paciente idoso em instituições de saúde.

2 - *O*_{BJETIVOS}

2.1 Geral

Analisar os eventos adversos registrados nos prontuários de pacientes idosos hospitalizados em uma unidade de Clínica Cirúrgica.

2.2 Específicos

- Caracterizar o perfil dos pacientes idosos hospitalizados na unidade de Clínica Cirúrgica.
- Identificar e classificar os eventos adversos advindos da hospitalização de pacientes idosos em uma unidade de Clínica Cirúrgica.
- Estimar a prevalência e os fatores associados à ocorrência de eventos adversos em pacientes idosos hospitalizados em uma unidade de Clínica Cirúrgica.

3 - REVISÃO DA LITERATURA

A fundamentação teórica que sustenta a presente investigação tem como finalidade proporcionar uma visão geral para a compreensão do tema estudado. Está ancorada na segurança do paciente e nos eventos adversos, como também no envelhecimento humano: implicações para a saúde do idoso.

3.1 Segurança do paciente e os eventos adversos

A qualidade e a segurança na prestação do cuidado em serviços de saúde tiveram seu registro inicial a partir de Hipócrates (460-377 a.C.), com a expressão em latim *Primum Non Nocere* “Antes de tudo, não cause dano, não prejudique o paciente” (CLEMENTE, 2007).

Décadas depois se inseriu Florence Nightingale (1820-1910), responsável pelo primeiro modelo de melhoria contínua da qualidade e segurança em saúde, em 1854, durante a guerra da Criméia. Os resultados de suas intervenções propiciaram redução nos índices de mortalidade de 42% para 2%, através dos rígidos padrões sanitários e de cuidados de enfermagem (NOGUEIRA, 2003).

Em 1847, Ignaz Phillip Semmelweis apresentou a primeira evidência científica na redução das taxas de infecções, pela aplicação da higienização das mãos na prevenção da mortalidade materna (SEMMELEWEIS, 1988).

Por volta de 1910, Ernest Amory Codman, médico cirurgião do Hospital Geral de Massachussets nos EUA, foi um dos primeiros a enunciar uma proposta pautada no monitoramento efetivo dos resultados das intervenções e procedimentos médicos, dando maior ênfase a um sistema de padronização hospitalar (ROBERTS; COALE; REDMAN, 1987; FELDMAN, 2004).

Em 1917, nos EUA, o tema qualidade nos serviços de saúde começou a ser tratado pelo Colégio Americano de Cirurgiões (CAC), com o intuito de certificar padrões mínimos de avaliação regular da qualidade do cuidado prestado aos pacientes hospitalizados (TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2005).

Na década de 60, Avedis Donabedian, médico pediatra, de origem armênia e estudioso da temática “Qualidade na Saúde”, foi um dos fundadores da “Avaliação da qualidade assistencial”, expandindo posteriormente para o modelo sistêmico de “Avaliação em Serviços de Saúde”, fundamentado na relação entre as três dimensões, Estrutura, Processo e Resultado (DONABEDIAN, 1980).

A Estrutura compreende as características estáveis e necessárias em uma instituição de saúde, como área física, recursos humanos, materiais, financeiros e organizacionais (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006; PERTENCE; MELLEIRO, 2010). Processo refere-se às atividades desenvolvidas na produção e no setor saúde, abrange as relações estabelecidas entre os profissionais e usuários (PERTENCE; MELLEIRO, 2010). Resultado equivale ao produto das atividades realizadas nos serviços de saúde, bem como mudanças relacionadas ao estado de saúde e à satisfação do usuário e trabalhador (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

A questão relacionada à qualidade para o alcance da segurança no cuidado torna-se fundamental a uma análise da Estrutura, do Processo e do Resultado, como também do desempenho de uma instituição de saúde em relação à qualidade, eficiência e equidade (KURCGANT et al., 2009; CALDANA et al., 2011).

Em 2001, o IOM publicou o relatório “*Crossing the quality chasm*” com foco mais amplo no sistema de saúde. Foram estabelecidos seis domínios para a qualidade, incluindo a segurança do paciente, efetividade, foco no paciente, otimização, eficiência e equidade, visando compreender o desempenho do sistema de saúde através das dimensões da qualidade nos serviços de saúde, com destaque para o domínio da segurança do paciente (IOM, 2001).

A questão da segurança do paciente tem sido considerada um atributo prioritário da qualidade em saúde, por ser entendida como um processo de livrar o paciente de lesões acidentais, estruturando sistemas e processos operacionais, objetivando minimizar a probabilidade de erros e maximizar a probabilidade de identificação dos erros quando eles ocorrerem (IOM, 2000).

Conforme o *The Canadian Patient Safety Dictionary* (2003), a segurança do paciente representa a redução e mitigação de atos não seguros no sistema de assistência à saúde, assim como a utilização das melhores práticas, de forma a alcançar os melhores resultados possíveis para o paciente.

A segurança do paciente hospitalizado é uma das preocupações prioritárias no sistema de controle de qualidade (ABREU et al., 2012). Em instituições de saúde, a prestação da assistência ao paciente tem, como princípio básico, o atendimento e fornecimento de bens e serviços com o mínimo ou ausência total de riscos e falhas que possam comprometer a qualidade do cuidado (PADILHA, 2001, 2006).

Nesse contexto organizacional, quanto mais complexo for o sistema, ou mais complexa a ação, maior o risco de erros entre a população idosa hospitalizada (ACKROYD-STOLARZ; BOWLES; GIFFIN, 2014).

Erros são considerados não intencionais e são caracterizados por uma falha em realizar uma ação planejada ou a aplicação de um plano incorreto, podendo manifestar-se pelo ato de fazer o procedimento errado (ação) ou pela falha em executar a ação correta (omissão), tanto no planejamento, como na fase de execução (RUNCIMAN et al., 2009; WHO, 2009). Fundamenta-se a partir da concepção de que os indivíduos são falíveis e, portanto, sujeitos a falhas em suas atividades (QUINTO NETO, 2011).

Reason (1990, p.9) complementa a assertiva e define o erro humano como “termo genérico para englobar todas as ocasiões em que uma sequência planejada de atividade física ou mental falha em atingir um resultado esperado e quando essa falha não pode ser atribuída ao acaso”.

Dessa forma, o erro humano pode ser analisado pela abordagem individual e pela abordagem do sistema (REASON, 2009). A abordagem individual considera as falhas ativas resultados de atos inseguros cometidos por profissionais que estão na ponta do processo, ou seja, pilotos, controladores aéreos, profissionais que prestam assistência direta ao paciente ou em situações relacionadas ao esquecimento, desatenção, descuido, negligência e imprudência (REASON, 2009; NASCIMENTO; TRAVASSOS, 2010). Já a abordagem do sistema considera que os indivíduos são falíveis e analisa os erros como situações esperadas em qualquer organização. Nesse tipo de abordagem, as falhas são consideradas latentes, quando associadas ao processo gerencial da instituição (REASON, 2009; NASCIMENTO; TRAVASSOS, 2010).

A abordagem do sistema se apoia em situações em que os incidentes ocorrem independentes da capacitação e atuação dos profissionais. Essa abordagem permite mudanças em condições sob as quais os seres humanos trabalham, uma vez que, frente a um incidente, o importante não é quem falhou, mas por que a sistematização do processo permitiu a ocorrência da falha (REASON, 2000, 2009).

O ponto central da abordagem sistêmica é compreender que o sistema deverá ser estruturado de forma segura, auxiliando o profissional a não cometer falhas, principalmente, em situações que envolvam a administração de recursos

humanos e financeiros, presença e utilização de normas, condições do ambiente de trabalho, sobrecarga de trabalho dos profissionais e as condições de funcionamento dos equipamentos (SILVA, 2008; REASON, 2009). Caso o erro no cuidado ocorra, torna-se necessário que o profissional de saúde notifique o evento.

De acordo com Vincent, Stanhope, Crowley-Murphy (1999), as causas de subnotificação são inúmeras e, mesmo sob condições favoráveis, com o incentivo para o preenchimento de relatórios, somente 20% a 30% dos erros são relatados.

As causas de subnotificação estão relacionadas a questões individuais, como o medo de censura, medo de ser apontado como negligente, incompetente, exposição, desconhecimento do que é considerado um erro, falta de credibilidade na notificação, medo de implicações legais, como também questões organizacionais pautadas em formas de punição e com foco em causas no indivíduo e não no sistema (BLEGEN et al., 2004).

Mesmo com o amplo enfoque que vem sendo dispensado para o assunto, outro fator contribuinte para a reincidência de erros é que os profissionais acreditam que somente se deve notificar um erro na presença de eventos adversos, quando, na verdade, evidenciá-los diariamente e trabalhá-los para que não gerem danos é de fundamental importância (MEURIER; VICENT; PARMAR, 1997; BLEGEN et al., 2004; FELDMAN, 2004).

Na ocorrência do erro, espera-se que o profissional seja honesto e relate o evento para que sejam tomadas as devidas providências o mais rápido possível em relação ao paciente, família e profissional envolvido (CARVALHO et al., 1999).

As instituições de saúde deverão, ainda, adotar de modo sistemático, medidas eficazes para atenuar as consequências, em situações em que sua ocorrência é inevitável (REASON, 2009). As ações necessitarão ser fundamentadas em um programa de melhoria contínua na instituição, através de práticas inovadoras que requerem a colaboração de todos os membros da equipe para o desenvolvimento de um trabalho integrado (OLIVEIRA et al., 2008; PEDREIRA, 2009).

Muitos problemas em organizações de saúde estão relacionados à ocorrência de incidentes entre idosos hospitalizados. De modo geral e na intenção de proporcionar uma melhor compreensão sobre os incidentes relacionados à segurança do paciente, a OMS lançou em 2009, a Classificação Internacional para a

Segurança do Paciente (CISP), com o objetivo de divulgar uma padronização de conceitos para a segurança do paciente em instituições de saúde (WHO, 2009).

Incidentes são definidos como eventos ou circunstâncias, que poderiam ter resultado ou resultaram em danos desnecessários ao paciente, podendo ser provenientes de atos intencionais ou não intencionais decorrentes da assistência à saúde (WHO, 2009). São classificados segundo a taxonomia (WHO, 2009), na seguinte estrutura conceitual:

Circunstância notificável é quando existe uma situação com potencial significativo de dano ou lesão, nesse caso, o incidente não ocorreu. Exemplo disso é a distribuição defasada na escala diária, porém não ocorreu nenhum incidente no decorrer do plantão (WHO, 2009). Outro exemplo trata-se da escassez de equipamentos em unidade de saúde, como termômetro e esfigmomanômetro para a realização da assistência.

Quase-erro é quando um incidente acontece e não atinge o paciente. Como no caso, em que uma bolsa de sangue foi conectada no paciente errado, erro detectado, porém antes do início da transfusão (WHO, 2009).

Incidente sem dano é quando o evento atinge o paciente, mas não causa dano. Por exemplo, quando uma bolsa de sangue foi conectada no paciente errado, mas não houve reação, pois o sangue era compatível (WHO, 2009). Como também, quando não há monitorização diária e completa dos sinais vitais no idoso hospitalizado, com destaque para a frequência cardíaca (MCGAIN et al., 2008; CRETIKOS et al., 2008).

Evento adverso é o incidente que resulta em dano ou lesão ao paciente. Exemplo, quando uma bolsa de sangue é conectada e infundida no paciente errado e o mesmo vai a óbito por reação hemolítica (WHO, 2009).

A ocorrência de eventos adversos é considerada um sério problema relacionado à segurança do paciente. Esses eventos são atribuídos a deficiências na atenção à saúde, com impacto direto na saúde dos pacientes e pela repercussão econômica em gastos sociais e sanitários gerados. Tem reflexos na qualidade do cuidado e representa um instrumento de avaliação da qualidade da assistência (MOURA; MENDES, 2012).

Durante a prática assistencial, a ocorrência de um evento adverso não é distribuída igualmente entre os pacientes, e o mesmo indivíduo pode sofrer múltiplos eventos durante o período de internação (ROQUE; MELO, 2012).

Os danos decorrentes dos eventos adversos foram classificados segundo a OMS (WHO, 2009), conforme a gravidade em:

Leve, quando o paciente apresenta sintomas leves, perda de função, danos mínimos ou moderados, de duração rápida e necessitou de intervenções mínimas (observação extra, investigação e revisão de tratamento).

Moderado, quando o paciente apresenta sintomas e há necessidade de intervenções (procedimento terapêutico adicional e tratamento adicional), necessitou de aumento do tempo de internação ou perda de função permanente e/ou de longo prazo.

Grave, no caso do paciente apresentar sintomas, necessitou de intervenções (suporte de vida ou intervenção clínica/cirúrgica de grande porte), causando diminuição da expectativa de vida, com grande dano ou perda de função permanente ou de longo prazo.

Óbito, quando existe a probabilidade de morte, provocada ou antecipada em curto prazo pelo incidente.

Estudo realizado por Paranaguá (2012) analisou os incidentes registrados em 750 prontuários de pacientes internados na clínica cirúrgica de um hospital universitário da região Centro-Oeste, durante o ano de 2010. Foram identificados 6.981 registros de incidentes, sendo 5.454 incidentes sem dano, 1.291 circunstâncias notificáveis, 218 eventos adversos e 18 quase-erros.

Em instituições de saúde, os eventos adversos afetam em média 10% das admissões hospitalares e constituem um dos maiores desafios para o aprimoramento da qualidade na área da saúde. A autora ainda ressalta que os eventos adversos cirúrgicos e aqueles relacionados ao uso de drogas correspondem às categorias mais frequentes durante o período de internação (GALLOTTI, 2004).

Levantamento retrospectivo, realizado em três hospitais de ensino do Rio de Janeiro, concluiu que do total de 1.103 pacientes internados no ano de 2003, 7,6% haviam sofrido algum tipo de eventos adversos, sendo que 66,7% dessas ocorrências poderiam ter sido evitáveis. Outro aspecto descrito no estudo é que a maioria dos eventos adversos tem relação com os procedimentos cirúrgicos (MENDES et al., 2009).

No Canadá, um estudo avaliou retrospectivamente 300 registros de pacientes idosos e identificou elevado risco de eventos adversos entre a população idosa hospitalizada. Além disso, o estudo evidenciou que 50% dos registros

estiveram relacionados a úlceras por pressão, queda e eventos adversos relacionados a medicamentos (ACKROYD-STOLARZ; BOWLES; GIFFIN, 2014).

Estudo realizado em 51 hospitais de Nova York, com 30.121 prontuários, identificou que pacientes idosos sofreram eventos adversos duas vezes mais que pacientes com faixa etária entre 16 a 44 anos. Além disso, esses eventos foram responsáveis por percentual significativo de lesões permanentemente incapacitantes e mortes (BRENNAN et al., 1991).

Os pacientes idosos compõem grupo vulnerável à ocorrência de eventos adversos relacionados a medicamentos, visto que o seu uso é acentuado entre idosos, devido ao aumento exponencial da prevalência de doenças crônicas e pelas sequelas que acompanham o avançar da idade (SECOLI, 2010).

Além disso, observam-se entre os idosos, maior número de comorbidades, complexidade dos problemas clínicos, a necessidade de múltiplos agentes e as alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas inerentes ao envelhecimento (HAMILTON; GALLAGHER; O'MAHONY, 2009; SECOLI, 2010; SALES et al., 2010; MUNCK; ARAÚJO, 2012).

Pesquisa realizada com idosos em um hospital universitário de São Paulo, durante o período de 2007 a 2008, evidenciou que, em 94 admissões (55%), ocorreram 187 eventos adversos, sendo 2,01 eventos por admissão. O estudo ainda apontou que os eventos adversos apresentaram impacto no prolongamento do tempo de permanência na unidade hospitalar e na ocorrência de óbitos (SZLEJF, 2010).

As consequências ou gravidade dos eventos adversos podem ser evidenciadas pela capacidade em causar danos e prejuízos diversos aos idosos hospitalizados, com piora no quadro clínico, que vão desde tontura, sedação, hipotensão postural, confusão, insuficiência respiratória, incapacidade funcional, úlcera por pressão e queda (SECOLI, 2010; SALES et al., 2010).

A queda é considerada um problema grave de saúde pública e um dos principais eventos a serem prevenidos nas instituições de saúde. São caracterizadas como um indicador de qualidade da assistência e um dos mais importantes indicadores de segurança do paciente (PRATES et al., 2014).

Os fatores de risco para a ocorrência de queda são determinados pela idade avançada, alterações fisiológicas do envelhecimento, uso concomitante de várias classes de medicamentos, mobilidade física prejudicada, instabilidade postural,

diminuição da capacidade funcional, cognitiva e visual (SCHWENDIMANN et al., 2008; SHUTO et al., 2010; SALES et al., 2010).

A avaliação do paciente e o conhecimento das características clínicas e epidemiológicas que predispõem a ocorrência dos eventos adversos do tipo queda são importantes na medida em que permitem a identificação do risco e a implementação das medidas de prevenção do evento (PRATES et al., 2014).

Meneguín, Ayres e Bueno (2014) apontaram para a necessidade de maior cuidado com os idosos hospitalizados, principalmente durante o período noturno, no quarto do paciente e nos primeiros trinta dias de internação.

As úlceras por pressão constituem um problema comumente identificável em idosos hospitalizados, especialmente quando esses apresentam comprometimento da capacidade funcional. A sua manifestação está relacionada à condição clínica do idoso e à qualidade da assistência prestada pelos profissionais de saúde, já que sua prevenção é de fácil execução e de baixo custo (FERNANDES et al., 2012).

Outros eventos adversos prevalentes entre a população idosa hospitalizada são as infecções hospitalares. Lenardt et al. (2010) caracterizaram as infecções hospitalares como eventos indesejáveis, particularmente no período pós-operatório dos idosos, pois contribuem para um quadro de morbidade e mortalidade hospitalar.

A infecção do sítio cirúrgico pode retardar a convalescença do idoso, prolongar o tempo de permanência hospitalar e acarretar a necessidade de intervenções diagnósticas e terapêuticas. Além disso, pode gerar gastos adicionais para o sistema de saúde, resultar em riscos de desenvolver outras complicações ou levar ao óbito (LENARDT et al., 2010; PERMPONGKOSOL, 2011; DUPOUY et al., 2013).

No Reino Unido e Irlanda do Norte, os custos, em termos de tratamento adicional e de prolongamento da hospitalização decorrente de eventos adversos, chegam a dois bilhões de libras ao ano, e ainda, os gastos realizados pelo Sistema Nacional de Saúde relacionados às questões provocadas pelos eventos adversos, podem chegar a 400 milhões de libras por ano. Já nos EUA, os gastos anuais estimados estão entre 17 e 29 bilhões de dólares (WHO, 2003).

Porto et al. (2010) com o objetivo de estimar os gastos dos pacientes que sofreram eventos adversos no ano de 2003, em dois hospitais de ensino do Rio de Janeiro, encontraram que dos 622 prontuários de pacientes, 6,3% tiveram eventos

adversos, com tempo médio de permanência hospitalar de 28,3 dias, sendo superior ao observado nos pacientes com ausência de eventos adversos.

Em relação aos gastos, observou-se um quantitativo referente ao valor médio pago de R\$ 3.195,42 pelo atendimento aos pacientes com eventos adversos, ou seja, 200,5% superior ao valor pago aos pacientes sem eventos adversos. Para o total de internações nos dois hospitais, os eventos adversos implicaram no gasto de R\$ 1.212.363,30, provocando um dispêndio de recursos desnecessários que poderia ser utilizado para financiar outras necessidades de saúde da população.

Estimativas apontam que, em países em desenvolvimento, o mau estado da infraestrutura e dos equipamentos, os problemas quanto ao suprimento e à qualidade de medicamentos e de material médico cirúrgico, as falhas na gestão da organização e no controle de infecção, o desempenho insatisfatório dos profissionais devido à baixa motivação ou à deficiência na capacitação técnica, as falhas no correto diagnóstico pré-operatório, as deficiências na consulta pré-anestésica e o subfinanciamento dos custos operacionais dos serviços de saúde tornam a probabilidade de ocorrência de eventos adversos muito maior do que em países desenvolvidos (WHO, 2008b).

Em 2004, na perspectiva de uma assistência segura, a 57^a Assembleia Mundial da Saúde apoiou a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, cujo objetivo fundamental era “coordenar, divulgar e acelerar as melhorias na segurança do paciente em todo o mundo”. Essa Aliança propôs importantes iniciativas para o estabelecimento de metas de prevenção de danos aos pacientes e, como elemento central, a ação denominada “Desafios Globais” (WHO, 2004).

O primeiro Desafio Global focou-se nas infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), com o tema “Cuidado Limpo é Cuidado Seguro”. A estratégia consistiu em promover a conscientização sobre a higienização das mãos na assistência à saúde para a prevenção das infecções (WHO, 2005c).

O segundo Desafio Global intitulado “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, fundamentou-se na segurança do paciente cirúrgico, tendo como foco a diminuição da morbimortalidade causada pelas intervenções cirúrgicas. O propósito era voltado para prevenção de infecções do sítio cirúrgico, promoção de um ato anestésico seguro, equipes cirúrgicas que promovessem uma assistência segura e, por fim, a mensuração dos indicadores cirúrgicos (WHO, 2008b).

O terceiro Desafio Global dirige a atenção para o “Combate da Resistência Antimicrobiana”, com ênfase no problema da resistência bacteriana (WHO, 2012).

Em 2007, o *World Health Organization's Collaborating Centre for Patient Safety Solutions* estabeleceu e recomendou a implementação de metas de segurança, através do redesenho e aperfeiçoamento do processo de cuidado, na tentativa de reduzir e prevenir erros humanos inevitáveis (WHO, 2007d).

O Centro Colaborador da OMS, em parceria com a *Joint Commission International* (JCI) incentivaram a adoção de Metas Internacionais de Segurança do Paciente (MISP), direcionadas como estratégia para orientar as boas práticas, a fim de reduzir riscos e taxas de eventos adversos em serviços de saúde. Essas Metas consistem em identificar o paciente corretamente, tornar a comunicação efetiva, melhorar a segurança de medicamentos de alta vigilância, assegurar cirurgias com local de intervenção e paciente corretos, reduzir as taxas de infecções e prevenir quedas (JCI, 2011).

Haynes et al. (2009) instituíram, nos anos de 2007 e 2008, um *checklist* cirúrgico com 19 itens de controle na tentativa de mitigar erros em oito instituições participantes do Programa “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”. O resultado apontou que o uso do *checklist* permitiu uma redução de 36% das complicações cirúrgicas, 47% da mortalidade, 50% da redução de infecção e 25% da redução da necessidade de nova intervenção cirúrgica.

O *Checklist* para “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, desenvolvido pela OMS foi criado com o intuito de melhorar a segurança do paciente em ambiente cirúrgico, para a aplicação antes do procedimento cirúrgico, a fim de reduzir a mortalidade e as complicações pós-operatórias (WHO, 2008b; SALLES; CARRARA, 2009; GRIGOLETO; GIMENES; AVELAR, 2011).

Como iniciativa da enfermagem pela melhoria da qualidade e segurança do cuidado nos serviços de saúde foi criada em 2008, a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), por iniciativa da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), cujo papel fundamental consiste na articulação e cooperação entre as instituições de saúde e educação, na disseminação e sedimentação de estratégias para o cuidado seguro e com qualidade. Em Goiás, foi criado o Polo Goiano de Segurança do Paciente, no ano de 2010.

O Ministério da Saúde do Brasil e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) formalizaram a Segurança do Paciente dentro da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), representando uma importante iniciativa para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O PNSP tem por objetivo promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas para a segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde; envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente; ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente e fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico, de graduação e pós-graduação na área da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Para o fortalecimento do PNSP, foi criada a RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013, que institui as ações para a segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde. Fundamenta-se como princípio e diretriz a serem seguidos pelos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), que estabelecem ações para a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde, disseminação sistemática da cultura de segurança, articulação e a integração dos processos de gestão de risco e a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Um componente estrutural das organizações é a promoção da cultura de segurança em todos os âmbitos de serviços de saúde. Trata-se da consciência coletiva relacionada a valores, atitudes, competência e comportamentos que determina o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança. Além disso, significa olhar os incidentes como um problema, mas evitando culpabilizar os profissionais que cometem erros não intencionais, e tratar o assunto como uma oportunidade de melhorar a assistência à saúde (THE NATIONAL QUALITY FORUM, 2010).

A cultura de segurança impulsiona os profissionais a serem responsáveis pelos seus atos e tem associação direta com a diminuição dos eventos adversos, implicando em intervenções eficazes para a recuperação da saúde dos pacientes (NAVEH; KATZ-NAVON; STERN, 2005; SAMMER et al., 2010). Dentro desse

contexto, a comunicação, o trabalho em equipe, a educação continuada e o aprimoramento profissional se tornam ferramentas importantes para estabelecer uma cultura eficaz (BEZERRA et al., 2009).

Vale ressaltar ainda que o desenvolvimento de uma cultura de segurança, a prática dos registros, a discussão das circunstâncias em que os eventos adversos ocorreram, assim como as condutas profissionais e organizacionais frente aos danos causados são o caminho a ser seguido para a transformação da realidade nas instituições de saúde (PARANAGUÁ et al., 2013).

No ano de 2012, o Relatório do Instituto de Medicina dos EUA propôs recomendações voltadas, especificamente, para uma cultura que suporte o aprendizado e o desenvolvimento contínuos de melhoria na eficiência e eficácia do sistema de saúde (SMITH, 2012; HALPIN et al., 2013). Dentre as recomendações destacam-se:

- Capacidade dos prestadores de melhorar a coleta e o uso de dados digitais para avanço da ciência e da melhoria do cuidado.
- Envolver pacientes e seus familiares ou cuidadores na tomada de decisões em relação ao cuidado.
- Uso de *guidelines* e de ferramentas-suporte de decisão de forma ampla na prática clínica diária.
- Promover parcerias e coordenação entre os prestadores e a comunidade para melhorar as transições no cuidado.
- Realinhamento nos incentivos financeiros para promover o contínuo aprendizado e o fornecimento da assistência de alta qualidade e de baixo custo.
- Numerosos esforços públicos e privados para mudar a forma tradicional de pagamentos por procedimentos para pagamento por *performance*.
- Melhorar a transparência na *performance* dos prestadores, incluindo informações sobre qualidade, preço, custos e resultados.

Além disso, há necessidade de que os gestores e todo o sistema organizacional encorajem suas equipes a uma atitude proativa para notificação dos eventos adversos, tendo como foco, a criação de um sistema livre de punição, com estímulo ao relato do erro e à cultura de segurança. Assim, torna-se de fundamental importância, preservar o cuidado ao indivíduo em todos os ciclos da vida,

especialmente, no envelhecimento humano, pelas susceptibilidades próprias dessa fase que apresenta crescimento considerável no contexto populacional.

3.2 Envelhecimento humano: implicações para a saúde do idoso

Na atualidade, o envelhecimento da população é considerado, em termos proporcionais, uma tendência irreversível que vem ocorrendo de forma distinta entre os diversos países, destacando-se o acelerado ritmo desse crescimento na população idosa brasileira (CARVALHO; GARCIA, 2003; WHO, 2005e; ONU, 2010; ROCHA et al., 2011).

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o envelhecimento é habitualmente definido como “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte” (PAHO, 1994).

Envelhecer é, então, considerado um processo dinâmico e progressivo, caracterizado por um conjunto de consequências ou por efeitos da passagem do tempo (MORAES; MORAES; LIMA, 2010; FERREIRA et al., 2012).

Segundo Habib (2001), a OMS considera o envelhecimento um processo que ocorre gradativamente em quatro fases, sendo de 45 a 59 anos compreendida como meia-idade; de 60 a 74 anos tem-se o idoso; entre 75 a 90 anos o sujeito passa a ser considerado ancião, enquanto a velhice extrema ocorre após os 90 anos.

Conforme a classificação do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada-IPEA (2008), os indivíduos que têm entre 60 e 69 anos são considerados “idosos jovens”; aqueles que têm de 70 a 79 anos são denominados “medianamente idosos” e os com 80 anos ou mais são considerados “muito idosos” ou “longevos”.

Ao analisar a idade para ser caracterizado idoso, atribui-se o marco cronológico e legal, pelo qual o Estatuto do Idoso sob jurisdição da legislação brasileira nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, determina a faixa etária igual ou superior a 60 (sessenta) anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Esse limite é válido para os países em desenvolvimento, onde prevalece a idade de 60 anos ou mais,

enquanto nos países desenvolvidos são considerados idosos os indivíduos com ou acima de 65 anos (WHO, 2005e).

O aumento da população idosa no Brasil caracterizou-se pela rapidez com que esse fato ocorreu, uma vez que, no ano de 1960, passou de 3 milhões para 7 milhões em 1975 e 20 milhões em 2008. Observa-se um aumento expressivo de 700% em menos de 50 anos (VERAS, 2009).

No levantamento censitário de 2010, os idosos correspondiam a aproximadamente 10,8% da população brasileira (IBGE, 2011). Estimativas para as próximas décadas apontam que em 2025, o Brasil ocupará o sexto lugar no mundo com o maior número de idosos, alcançando a cifra de 32 milhões de pessoas com idade maior ou igual a 60 anos e, em 2050, os idosos irão compor 22,71% da população em todo o território nacional (IBGE, 2007a; OPAS, 2012).

A região Centro-Oeste do Brasil tem acompanhado as intensas mudanças no aumento do número de idosos. Um panorama local aponta que a região possua 1.238.134 pessoas idosas, no Estado de Goiás, 561.625 e no município de Goiânia, 124.682 idosos (IBGE, 2011).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a expectativa de vida do brasileiro aumentou nos últimos 11 anos, sendo atualmente de 74 anos e 29 dias (IBGE, 2011). A estimativa é que haja uma ampliação no número de idosos com faixa etária de 80 anos ou mais, sendo prevista para o ano de 2050 uma população de idosos com 81,3 anos e, em 2100, 84,3 anos (IBGE, 2010; CHAIMOWICZ, 2013).

Nos países desenvolvidos, o processo de envelhecimento ocorre de forma gradual, acompanhado de melhorias nas condições sanitárias e ambientais, incluindo urbanização adequada de cidades, melhoria nutricional, avanços tecnológicos e de saúde (SANTANA, 2012). Já nos países em desenvolvimento, a população idosa cresce de forma rápida, em um cenário de pobreza, despreparo profissional, desvinculada de uma política social favorável, com precário acesso aos serviços de saúde e ausência de qualidade de vida (GAZALLE et al., 2004; LIMA-COSTA; MATOS; CAMARANO, 2006).

Esse cenário do envelhecimento faz parte da Síntese de Indicadores Sociais, que se refere “a um conjunto integrado de indicadores que permitem avaliar a qualidade de vida, o nível de bem-estar das pessoas, famílias e grupos sociais, a

efetivação de direitos humanos e o acesso a diferentes serviços, bens e oportunidades” (IBGE, 2007b).

As mudanças ocorridas no perfil demográfico da população acontecem em paralelo à transição epidemiológica, caracterizada por uma série de alterações que se faz acompanhar pela redução nas taxas de fecundidade, deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos jovens para os grupos idosos e substituição das doenças infecciosas por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (SCHRAMM et al., 2004; LEBRÃO, 2007).

GOTTLIEB et al. (2011), em uma investigação intitulada “Envelhecimento e Longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbimortalidade dos idosos”, ilustram o Rio Grande do Sul como um dos estados mais desenvolvidos do Brasil, com elevado índice de desenvolvimento humano, maior expectativa de vida (crescente número de idosos), porém, com alta morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis.

O envelhecimento tem sido discutido e acompanhado pelas implicações que traz ao indivíduo, à sociedade e aos profissionais que se dedicam ao cuidado de idosos (MAFRA, 2011). Souza, Skubs e Brêtas (2007) sinalizam o envelhecimento como um processo inerente a todos os seres humanos, sendo dependente e influenciado por múltiplos fatores, dentre eles o biológico, econômico, psicológico, social e cultural, atribuindo a cada pessoa, características específicas.

Nesse sentido, Veras (2009) ressalta os principais problemas que cercam os idosos, entre os quais se destacam: medo de violências, falta de assistência médica e de hospitais, escassas atividades de lazer, além de angústias com os baixos valores das aposentadorias e pensões, já que o rendimento do benefício não consegue promover adequadas condições de vida.

Entretanto, o envelhecimento humano tem peculiaridades próprias, como as alterações orgânicas somadas às debilidades, fundamentais para caracterizar modificações que determinam o aparecimento de doenças, embora poucos estudos comprovem o surgimento de fatores de risco após os 65 anos (FREITAS et al., 2002).

Uma das principais consequências presentes em um indivíduo em processo de envelhecimento é a perda gradual das funções orgânicas, o que pode ocasionar um estágio de retenção da capacidade intelectual e física em níveis aceitáveis,

denominado de envelhecimento fisiológico ou senescência (ARAÚJO; CALDAS, 2002).

Para Cancela (2007), o envelhecimento fisiológico é um conjunto de alterações em funções orgânicas e mentais, que ocorre exclusivamente devido aos efeitos da idade avançada sobre o organismo e que se repercute com a perda progressiva da capacidade de homeostase e declínio gradual das funções fisiológicas.

Quando os sinais de degeneração aparecem, com alterações físicas e algumas vezes mentais, ocorre o envelhecimento patológico que é apontado como estado senil ou de senilidade (ARAÚJO; CALDAS, 2002; CIDRACK; CATRIB; AMORIM, 2004).

O conjunto de alterações fisiológicas e patológicas que advém do envelhecimento está relacionado à incapacidade funcional e à dependência, caracterizadas pela restrição ou perda de habilidade, dificuldade e incapacidade de executar funções e atividades relacionadas à vida diária (FERREIRA et al., 2010; FERREIRA et al., 2012).

Alves et al. (2007) mencionam que o comprometimento da capacidade funcional do idoso tem implicações importantes para a família, para a comunidade, para o sistema de saúde e para a vida do próprio idoso, visto que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem-estar e qualidade de vida.

Para o mesmo autor, a capacidade funcional do indivíduo pode ser representada através de dois domínios: Atividades de Vida Diária (AVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). A capacidade funcional para realizar as AVD inclui funções relacionadas com o autocuidado e que, no caso de limitação de desempenho, normalmente requer a presença de um cuidador para auxiliar a pessoa idosa a desempenhá-las, tais como: alimentar, tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, movimentar, deambular e manter controle sobre as necessidades fisiológicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Já a capacidade funcional em desenvolver AIVD compreende ações referentes à participação do idoso em seu entorno social e indica a capacidade de um indivíduo em levar uma vida independente dentro da sociedade, como: cuidar das próprias finanças, realizar tarefas domésticas, fazer compras, utilizar o telefone,

preparar refeições e utilizar os meios de transportes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Na medida em que o idoso apresenta algum tipo de limitação relacionada ao comprometimento visual, auditivo, motor e intelectual, bem como, quando surgem as DCNT, ocasiona uma forte influência na dependência em atividades diárias (FIEDLER; PERES, 2008). A dependência para o desempenho das AVD tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre os idosos com 90 anos ou mais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O significativo aumento da população idosa fragilizada e com comorbidades tem contribuído para o processo de hospitalização e dependência de cuidados prestados por profissionais de saúde os quais desempenham função primordial na promoção e garantia de atenção integral e qualificada à pessoa idosa. A hospitalização do idoso é frequente, prolongada e de alto custo, causada, em sua maioria, por problemas que poderiam ser prevenidos ou gerenciados de modo que complicações pudessem ser evitadas (SOUZA et al., 2013).

A condição de vulnerabilidade decorrente da fragilidade e incapacidade é um fator limitante na hospitalização. Esse fato demonstra relativa desproteção do idoso, pois o mesmo vive “à margem” de cuidados hospitalares e frente aos potenciais danos, agravos e ameaças à saúde (CARRETTA et al., 2013). A incapacidade pode ocorrer decorrente de um evento ao acaso, porém pode ser caracterizada como um fator de risco para a ocorrência de eventos adversos (FABRÍCIO; RODRIGUES, 2008).

A internação hospitalar passa a fazer parte de um cenário específico, rigoroso, limitado, tornando os idosos mais vulneráveis, dependentes e fragilizados à situação vivenciada. A vulnerabilidade e fragilidade, associadas ao ambiente hospitalar altamente tecnológico e a insegurança diante do processo da doença restringem o idoso em suas atividades diárias (CARRETTA et al., 2013).

Alves et al. (2007) avaliaram a influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos 1.769 idosos participantes do Projeto Saúde, Bem-estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe (Projeto SABE). Os resultados mostraram 32,2% doença cardíaca, 30,9% artropatia, 30% câncer, 27,2% doença pulmonar, sendo a maior proporção entre os idosos dependentes AIVD. A presença de hipertensão arterial aumenta em 39% a chance de o idoso ser dependente nas

AIVD, a doença cardíaca aumenta em 82%, a artropatia em 59% e a doença pulmonar em 50%.

Biologicamente, o processo de envelhecimento implica em modificações morfológicas, funcionais e bioquímicas que podem interferir na capacidade de adaptação do indivíduo ao meio social em que vive, deixando-o vulnerável aos agravos e doenças, comprometendo uma saúde com qualidade (SOUZA; SKUBS; BRÊTAS, 2007).

O termo vulnerabilidade pode ser definido, como o estado de indivíduos ou grupos, com capacidade de autodeterminação reduzida e dificuldades de protegerem seus interesses devido a déficits de poder, inteligência, educação, recursos, força ou outros atributos (BARCHIFONTAINE, 2006; NEVES, 2007). Nesse contexto, o conceito aplicado à vulnerabilidade, refere-se tanto a um grupo de pessoas incapazes de exercer sua liberdade por uma contingência física ou por consequências do percurso da vida; ou como a outro grupo, também, incapaz, mas por consequências sociais e políticas (ARÁN; PEIXOTO JÚNIOR, 2007).

Desse modo, são descritos como vulneráveis: "membros subordinados de grupos hierárquicos como militares ou estudantes; pessoas idosas com demência e residentes em asilos; pessoas que recebem benefícios da seguridade ou assistência social; pessoas pobres desempregadas; pacientes em salas de emergência; alguns grupos étnicos e raciais minoritários; sem-teto, nômades, refugiados ou pessoas deslocadas; prisioneiros e membros de comunidade sem conhecimento dos conceitos médicos modernos" (MACKLIN, 2004).

A vulnerabilidade é uma condição presente no envelhecimento que pode se manifestar em virtude da ação de natureza biológica, socioeconômica e psicossocial que permeia o declínio biológico típico da senescência e interage com os processos socioculturais, com os efeitos acumulativos de condições deficitárias de educação, renda, saúde e com o estilo de vida atual (RODRIGUES; NERI, 2012).

A relação entre a vulnerabilidade e a incidência de processos patológicos pode ocasionar a diminuição da capacidade funcional no idoso, o que, na maioria das vezes, implica em uma necessidade de cuidado diferenciado para com o mesmo (SOUZA; SKUBS; BRÊTAS, 2007).

Em 2007, o Ministério da Saúde do Brasil na publicação do Caderno de Atenção Básica, destaca que as "alterações decorrentes do processo fisiológico do envelhecimento terão repercussões em mecanismos homeostáticos do idoso e em

sua resposta orgânica, diminuindo sua capacidade de reserva, defesa e adaptação, o que o torna mais vulnerável a quaisquer estímulos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Entre as doenças mais prevalentes em idosos, estão as osteoarticulares, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus*, doenças respiratórias crônicas, doença cerebrovascular e o câncer (GRUNDY, 2003).

As doenças crônicas típicas em idosos são as principais causas de morbidade e mortalidade em diversas regiões do país (ALVES; BARBOSA, 2010; PERMPONGKOSOL, 2011). Em 2007, cerca de 72% dos óbitos no Brasil foram atribuídos às DCNT, 10%, às doenças infecciosas e parasitárias e 5%, aos distúrbios de saúde materno-infantis (SCHMIDT et al., 2011).

De acordo com os dados estatísticos apresentados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS (2010), em pacientes idosos, as doenças do aparelho circulatório são as principais responsáveis pelos óbitos (30,64%), seguidas de doenças do aparelho respiratório (22,19%) e de neoplasias (9,58%).

Gottlieb et al. (2011) evidenciaram que as doenças cardiovasculares, respiratórias e as neoplasias são as primeiras causas de morbimortalidade hospitalar para as faixas etárias acima de 60 anos. Estudo de Loyola Filho et al. (2004) encontrou que as doenças do aparelho circulatório, respiratório e digestivo foram responsáveis por 60% das internações entre os idosos, enquanto que, entre os pacientes jovens, essas causas representaram 38% das hospitalizações.

Estudos populacionais realizados no Brasil apontaram que aproximadamente 85% dos idosos apresentaram, pelo menos, uma doença crônica, e cerca de 10% apresentaram, no mínimo, cinco dessas doenças (GONÇALVES et al., 2006). Feliciano, Moraes e Freitas (2004) evidenciaram, no ano de 2003, que 75% dos idosos tinham de uma a cinco diferentes tipos de doenças crônicas.

Um levantamento realizado por Lima-Costa et al. (2011), com uma amostra de 105.254 idosos participantes da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD), mostrou a tendência a longo prazo (1998, 2003, 2008), das condições de saúde da população idosa brasileira, considerando-se a autoavaliação da saúde, prevalência de doenças e de condições crônicas autoreferidas, a capacidade funcional e o uso de serviços de saúde. Os resultados da investigação apontaram melhora na autoavaliação da saúde, com a diminuição nos casos de algumas

doenças, como artrite, doença do coração, depressão e um aumento acentuado na prevalência da hipertensão arterial e diabetes. O estudo revelou, ainda, estabilidade na incapacidade funcional e aumento no número de consultas à medida que a população envelhece.

Estudo realizado em um município de São Paulo, com 192 idosos, revelou que o sedentarismo constituiu um fator somativo de risco para as doenças crônicas não transmissíveis. Nesse estudo, foram identificados que cerca de 60% dos idosos eram hipertensos, 45,8% relataram problemas osteoarticulares e 16% tinham diabetes (SEBASTIÃO et al., 2008).

Em 1996, nos EUA, pessoas com 65 anos ou mais de idade foram responsáveis por 38% das internações hospitalares e por 48% de internações em hospitais de curta permanência. Durante esse período, ocorreram 11,7 milhões de hospitalizações entre idosos da região (DESAI; ZHANG; HENNESSY, 1999).

Investigação realizada por Wolff, Starfield e Anderson (2002) evidenciou que as taxas de hospitalizações entre idosos americanos aumentaram com a idade, assim como o número de condições crônicas. Ainda no estudo, os indivíduos que apresentaram uma ou mais condições crônicas (82%) eram responsáveis por 99% dos gastos com saúde.

Corroborando a discussão, Morosini et al. (2011) destacaram que as 137.546 internações hospitalares de idosos residentes no município de Recife, entre os anos de 1998 e 2005, foram responsáveis por R\$ 101.019.926,20, sendo que 70,6% do total desse valor, foram destinados ao tratamento de doenças do aparelho circulatório, transtornos mentais, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo e neoplasias.

Em 2007, cerca de 9,67% e 14,42% da população idosa no Brasil foi hospitalizada, representando entre 20,31% e 23,87% do total da ocupação dos leitos hospitalares (MOTTA; HANSEL; SILVA, 2010). Para o ano de 2009, foram destinados R\$ 2.401.313.742,46 (29,4% do total gasto) com internações de idosos (21% das admissões hospitalares) (SALES et al., 2010; DATASUS, 2010).

Justo et al. (2013) caracterizaram os custos das internações hospitalares no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) entre a população idosa de Pernambuco. Nesse estudo, foram identificadas 1.209.875 internações no período de 1998 a 2010, com custo total de R\$ 801.759.534,10. Foram constatadas que as doenças do aparelho circulatório demandaram maior custo, 33,2%.

Os idosos apresentam grande dependência aos serviços de saúde, devido à possibilidade de adoecimento, incapacidades, dificuldades de acesso aos recursos de proteção disponíveis na sociedade, além de déficits físicos e cognitivos associados ao envelhecimento (RODRIGUES; NERI, 2012). Além disso, tendem a apresentar um quadro de enfermidades complexas e onerosas para o sistema de saúde (VERAS, 2009; MOROSINI et al., 2011).

A perspectiva do envelhecimento saudável é o que norteia os três principais indicadores, são eles: baixo risco de doenças e de incapacidades funcionais, funcionamento físico e mental excelentes e o envolvimento ativo com a vida (ROWE; KAHN, 1998).

A primeira Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, ocorrida em Viena, em 1982, constituiu o marco inicial para o estabelecimento de uma agenda internacional de políticas públicas voltadas para as questões relacionadas ao envelhecimento individual e da população que resultou na aprovação de um plano global de ação. Os objetivos do Plano Internacional de Ação eram garantir a segurança econômica e social dos indivíduos idosos, bem como identificar as oportunidades para a sua integração ao processo de desenvolvimento dos países (CAMARANO; PASINATO, 2004).

No ano de 2002, durante a segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento realizada em Madri, foi aprovado, pela Organização das Nações Unidas (ONU), o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento (PIAE). Esse Plano gerou ações e fundamentou-se em princípios como: Participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; Fomento da saúde e bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável (CAMARANO; PASINATO, 2004).

No Brasil, o sistema de Seguridade Social da Constituição Federal de 1988 possibilitou avanços em políticas de proteção social aos idosos, fazendo com que a rede de proteção social deixasse de estar vinculada, apenas, ao contexto assistencialista e passasse a adquirir uma conotação de direito de cidadania (CAMARANO, 2004). Considerações citadas pelo mesmo autor reconhece que o apoio aos idosos passou a ser responsabilidade da família, da sociedade e do Estado, porém a família continuou sendo a principal responsável pelo cuidado.

Em 1994, foi aprovada a Lei nº 8.842/1994, que estabelece a Política Nacional do Idoso (PNI), regulamentada pelo Decreto nº 1.948/96. Essa Lei tem por

finalidade assegurar os direitos sociais do idoso, instituindo condições que garantam a promoção da autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994).

Todas as ações em favor da saúde do idoso previsto em Lei devem objetivar, ao máximo, a manutenção do idoso na comunidade, junto de sua família, da forma digna e confortável possível (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

A Portaria Ministerial nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999, anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), que dispõe sobre a promoção do envelhecimento saudável, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde, a manutenção da capacidade funcional dos idosos, com o intuito de assegurar-lhes sua permanência no meio em que vivem, desempenhando suas atividades de maneira independente na sociedade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999). Dentre as diretrizes propostas pela PNSI estão:

- Promoção do envelhecimento saudável voltado para o desenvolvimento de ações que orientem os idosos e as pessoas que estão em processo de envelhecimento, quanto à importância da melhoria de suas habilidades funcionais, mediante a adoção precoce de hábitos saudáveis de vida (alimentação adequada, realização de exercícios físicos, atividade ocupacional e vida social ativa) e a eliminação de comportamentos nocivos à saúde (tabagismo, alcoolismo e a automedicação). Orientações aos idosos e seus familiares quanto aos riscos ambientais favoráveis a quedas, além de garantir a presença de acessibilidade em meio urbano.

- Manutenção da capacidade funcional referente às ações que visem à prevenção de perdas funcionais as quais são distinguidas pela prevenção de agravos à saúde e a detecção precoce de problemas de saúde potenciais ou já instalados, cujo avanço poderá pôr em risco as habilidades e a autonomia dos idosos.

- Assistência às necessidades de saúde do idoso, extensiva aos níveis ambulatorial, hospitalar e domiciliar, considerando-se o âmbito ambulatorial (consulta geriátrica) a base dessa assistência. Com isso, espera-se alcançar um impacto expressivo na assistência, com redução nas taxas de internação hospitalar e na diminuição da demanda aos serviços de emergência e aos ambulatoriais de especialidade.

- Reabilitação da capacidade funcional comprometida com foco na reabilitação precoce, ou seja, evitar que as limitações possam avançar e que aquelas limitações já instaladas, possam ser amenizadas. Entre as ações que deverão ser implementadas, estão a reabilitação mediante a prescrição adequada e o uso de órteses e próteses (óculos, aparelhos auditivos e próteses dentárias) e de tecnologias assistidas (andadores, bengalas e muletas). Para tanto, será necessário o envolvimento de uma prática de trabalho multiprofissional.

- Capacitação de recursos humanos especializados os quais envolverão a capacitação em áreas de geriatria e gerontologia para a operacionalização de atividades que incluirão a prevenção de perdas, a manutenção e a recuperação da capacidade funcional da população idosa e o controle dos fatores que interferem no estado de saúde dessa população.

- Apoio ao desenvolvimento de cuidados informais, através de orientações prestadas por profissionais de saúde, com informações claras e precisas sobre diagnósticos, tratamentos, relatos de experiências entre pessoas que estão exercitando o papel de cuidador do idoso dependente. Isso resultará em formas efetivas e eficazes de manutenção e recuperação da capacidade funcional, assim como a adequada participação de pessoas envolvidas com alguém em processo de envelhecimento com dependência.

- Apoio a estudos e pesquisas, voltados especificamente para a produção de conhecimentos sobre o perfil do idoso nas diferentes regiões do país e prevalência de problemas de saúde e de questões sociais (assistência e seguridade, situação financeira e apoio formal e informal); avaliação da capacidade funcional e prevenção de doenças; modelos de cuidado (implementação, acompanhamento e avaliação das intervenções), hospitalização e alternativas de assistência hospitalar, através de formas eficientes e com redução de custos.

Com o Estatuto do Idoso, sancionado em 2003, sob a Lei nº 10.741, é garantido por meio do SUS, os princípios que priorizam a atenção à saúde da pessoa idosa, de forma integral e em todos os níveis de atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Em fevereiro de 2006, por meio da Portaria nº 399/GM foram publicadas as Diretrizes do Pacto pela Saúde, que contemplam três eixos, o Pacto em Defesa da Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. Nesse documento, o Pacto

em Defesa da Vida apresenta a saúde do idoso como uma das seis prioridades entre as três esferas governamentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Já a Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, dispõe sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), a qual tem como princípio, “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos idosos” e como prioridade, o papel fundamental da Atenção Básica na saúde da população idosa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Em reconhecimento à importância do envelhecimento ativo, a Organização Mundial de Saúde (2005) declarou a necessidade de um “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (WHO, 2005e, p.13).

O idoso carece de atenção especial, a equipe de saúde precisa conhecê-lo em sua particularidade e refletir sobre o processo de envelhecimento, por meio do desenvolvimento de ações de saúde individuais e coletivas (ROCHA et al., 2011; MOROSINI et al., 2011; PILGER et al., 2013). Além disso, planejar e implementar uma assistência que minimizará perdas e complicações relacionadas aos agravos que culminam na hospitalização, bem como pensar no cuidado durante e após alta hospitalar (MOTTA; HANSEL; SILVA, 2010).

Desse modo, para o aprofundamento das necessidades e demandas na atenção em saúde aos idosos, deve-se enfatizar uma abordagem no monitoramento das condições de saúde, com ações diferenciadas de saúde, voltadas para o cuidado qualificado e atenção multidimensional e integral a essa clientela (VERAS, 2009).

É inquestionável a necessidade do uso sistemático do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), para o planejamento e monitoramento das ações em saúde direcionadas à população idosa (LOYOLA FILHO et al., 2004). Visto que, também, seja necessário expandirem-se os programas de nível básico, como a Estratégia Saúde da Família (ESF), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os Programas Agentes Comunitários de Saúde (PACS), responsáveis por importante redução nas taxas de internação hospitalar (ALFRADIQUE et al., 2009).

Contudo, a ênfase deve ser, também, conferida ao desenvolvimento e à implementação de ações que priorizem e ampliem as estratégias preventivas em

todos os países, incluindo um modelo de atenção integral à saúde do idoso que apresente efetividade e eficiência em todos os níveis de prevenção, assim como fluxo bem desenhado de ações de educação, de promoção à saúde, de prevenção de doenças evitáveis, de postergação de doenças e de reabilitação de agravos (VERAS, 2009).

4 - MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal.

Os estudos de corte transversal constituem uma subcategoria dos estudos observacionais, amplamente utilizado em pesquisa epidemiológica. Segundo afirma Bastos e Duquia (2007), nos desenhos deste estudo, o investigador não intervém, apenas, observa e registra as informações que lhe possam interessar, para posterior análise.

A escolha desse tipo de estudo se deve pelo baixo custo, rapidez, objetividade na coleta de dados, menor complexidade operacional, elevado potencial descritivo, de maneira a permitir descrever características ou eventos frequentes na população (PEREIRA, 1995; BASTOS; DUQUIA, 2007).

O prontuário consiste em uma excelente fonte de dados, uma ferramenta de gerenciamento, monitoramento e detecção de erros relacionados à assistência em saúde (MESQUITA; DESLANDES, 2010). O método de revisão retrospectiva de prontuário do paciente tem sido considerado "padrão ouro" para a identificação de eventos adversos (MENDES et al., 2009).

No presente estudo, a coleta de dados ocorreu em um recorte único de tempo, coletando dados da exposição e do desfecho simultaneamente. Embora, seja difícil separar causa e efeito, devido à investigação sobre as medidas de exposição e à ocorrência dos eventos adversos (desfecho) serem feitas simultaneamente (PEREIRA, 1995). Neste estudo foi registrada a data de todas as variáveis de análise, a fim de se caracterizar melhor os eventos adversos.

4.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em um hospital universitário da região Centro-Oeste do Brasil, que presta atendimento exclusivo aos usuários do SUS. A instituição é referência na região para o atendimento de alta complexidade e campo de estágio para acadêmicos da área da saúde de diversas instituições. Desde o ano de 2002, faz parte da Rede Brasileira de Hospitais Sentinelas (ANVISA, 2009).

É considerado hospital de grande porte, possui 345 leitos, distribuídos nas unidades especializadas e de internação, além de leitos destinados ao atendimento de urgência/emergência e consultórios ambulatoriais.

O cenário do estudo foi a Clínica Cirúrgica que possui 65 leitos e atende várias especialidades, quais sejam: cirurgia geral, cirurgia vascular, cirurgia torácica, cirurgia cardíaca, urologia, neurologia, oftalmologia, proctologia, ginecologia, otorrinolaringologia e bucomaxilofacial.

Conta com uma equipe multiprofissional, além de residentes, docentes e estagiários de nível médio e superior, oriundos de diversas instituições e cursos da área da saúde.

O quantitativo de profissionais de enfermagem é de 10 enfermeiros e 47 técnicos e auxiliares de enfermagem. A equipe de enfermagem cumpre carga horária de trabalho de 30 horas semanais, distribuídas em escalas com regime de seis e doze horas.

A escolha do local do estudo foi baseada em informações obtidas no banco de dados da instituição, quando se verificou grande proporção de idosos atendidos na respectiva clínica, assim como pela necessidade em ampliar o universo da pesquisa referente a um projeto específico em desenvolvimento na instituição.

4.3 População

A população do estudo foi composta por 260 internações de idosos ocorridas entre 01 de julho a 31 de dezembro de 2013. A fonte de dados consistiu dos prontuários desses pacientes, dos quais foram identificados 531 registros de eventos adversos relacionados à segurança do paciente idoso.

Foram considerados critérios de inclusão: possuir idade igual ou superior a 60 anos, completados até o dia da internação e permanecer por um período mínimo de 24 horas internado na unidade de Clínica Cirúrgica.

4.4 Variáveis do estudo

As variáveis de exposição foram as relacionadas ao paciente e à internação (idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação/aposentado, tempo de internação, presença de acompanhante, comorbidades, problemas funcionais, data da admissão

e alta hospitalar, tipo de admissão - eletiva/urgência, especialidade médica, diagnóstico da internação, realização de cirurgia, quantidade de drogas utilizadas por dia de internação hospitalar, uso de sondas, drenos, cateteres e outros dispositivos, realização de profilaxia antibiótica e infusão de hemoderivados).

A variável de desfecho foram os eventos adversos. Foram incluídos somente os eventos adversos registrados pela equipe de saúde nas folhas de prescrição e/ou evolução clínica do paciente, durante o período de internação na Clínica Cirúrgica.

A classificação do registro como eventos adversos foi orientada pela definição da OMS, publicada na CISP: incidente decorrente da atenção à saúde, que obrigatoriamente resultou em algum tipo de dano ao paciente, com comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou quaisquer efeitos nocivos, podendo esses ser físico, social ou psicológico, o que inclui doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte (WHO, 2009).

O Quadro 1 apresenta a definição operacional utilizada para orientar a busca dos eventos adversos registrados pelos profissionais de saúde no prontuário. Foram incluídos somente os eventos adversos que possibilitaram a clara identificação dos danos ao paciente.

Os danos decorrentes dos eventos adversos foram classificados conforme a gravidade (WHO, 2009):

Leve, quando o paciente apresenta sintomas leves, perda de função, danos mínimos ou moderados, de duração rápida e necessitou de intervenções mínimas (observação extra, investigação e revisão de tratamento).

Moderado, quando o paciente apresenta sintomas e há necessidade de intervenções (procedimento terapêutico adicional e tratamento adicional), necessitou de aumento do tempo de internação ou perda de função permanente e/ou de longo prazo.

Grave, no caso do paciente apresentar sintomas, necessitou de intervenções (suporte de vida ou intervenção clínica/cirúrgica de grande porte), causando diminuição da expectativa de vida, com grande dano ou perda de função permanente ou de longo prazo.

Óbito, quando existe a probabilidade de morte provocada ou antecipada em curto prazo pelo incidente.

Quadro 1: Definição operacional para busca ativa de eventos adversos no prontuário de idosos.

1. Queda - resultado de um desequilíbrio momentâneo. Mudança súbita e inesperada da posição corporal em que o mecanismo estático de fixação do corpo falha e a resposta voluntária ou reflexiva para corrigir esse desequilíbrio são inadequados, levando o paciente ao chão. Variações: queda da própria altura, queda do leito, queda da cadeira e queda da maca (SEHESTED; SEVERIN-NIELSEN, 1977; WHO, 2009).
2. Úlcera por pressão - lesão localizada na pele e/ou no tecido ou estrutura subjacente, causada pela pressão direta, forças de cisalhamento e/ou fricção, em paciente acamado ou com mobilidade física prejudicada (SANTOS; CALIRI, 2007).
3. Exposição a agentes térmicos ou químicos - lesões no tecido de revestimento do corpo, causadas por agentes térmicos (frio ou calor) e/ou agentes químicos (produtos corrosivos, medicamentos, etc.) (WHO, 2009).
4. Processo alérgico não medicamentoso - relacionado a produtos médico-hospitalares, que acarretam reações de hipersensibilidade a determinada substância ou agente físico, podendo ser evidenciado por irritação, prurido e outros.
5. Erros de medicação - qualquer evento evitável, ocorrido nas fases de preparo e/ou uso inadequado de medicamento. Variações: reação alérgica a medicamento; erro de dose; administração de medicamento errado; medicamento administrado em paciente errado; medicamento administrado em hora errada; medicamento prescrito errado (medicamento errado foi prescrito); administração de medicamento em via errada (medicamento certo em via errada); omissão de dose (dose prescrita não foi administrada); interação medicamentosa (interação entre dois ou mais medicamentos que não podem ser administrados juntos em um mesmo paciente devido a reações sistêmicas); suspensão do medicamento por falta (medicamento foi prescrito, mas suspenso por falta do mesmo na instituição); checagem inadequada de medicamentos (medicamento não foi administrado, mas foi checado como se tivesse; medicamento não checado, mas administrado; medicamento não administrado por falta e não checado; medicamento prescrito, mas não checado); administração de medicamento vencido (medicamento vencido foi administrado no paciente) e falta do medicamento (WHO, 2009).
6. Retirada não programada de sonda, cateter ou dreno - remoção não esperada da sonda/ cateter/ dreno pelo paciente ou profissional de saúde, podendo ser acidental ou por outras complicações (desobstrução sem sucesso e rachadura), que impliquem na sua retirada seguida de nova inserção (GONÇALVES, 2011).
7. Obstrução de sonda, dreno, cateter ou outros dispositivos - resistência provocada pelo acúmulo de substâncias intracorpóreas que impedem a passagem de líquidos que devem ser infundidos ou drenados.
8. Fixação inadequada de sonda, dreno ou cateter - quando a fixação do dispositivo não é feita corretamente e pode levar à retirada ou prejudicar a integridade da pele.
9. Deiscência cirúrgica - abertura espontânea da ferida operatória, decorrente de assistência inadequada (infecções relacionadas ao cuidado inadequado).
10. Dor aguda em pré e pós-operatórios não resolvida - dor referida durante o período pré e pós-operatórios cirúrgicos e que não foi resolvida no processo assistencial.
11. Infecção hospitalar - infecção relacionada à assistência à saúde, adquirida após a admissão do paciente em instituição hospitalar cuja manifestação ocorre durante a internação ou após a alta, podendo ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares. Pode acontecer até 30 dias após o procedimento ou

Quadro 1: Definição operacional para busca ativa de eventos adversos no prontuário de idosos.

	(continuação)
em casos de implantes de próteses, em até um ano (GARNER et al., 1998; MANGRAM et al., 1999).	
12. Falhas técnicas ou de manuseio de equipamentos/materiais - falhas de manutenção e/ou durante operação de equipamento necessário para continuidade do tratamento do paciente; equipamento não funcionou (por falta de manutenção) ou profissional não soube operar (desconhecimento), ficando o paciente sem o devido cuidado.	
13. Falhas durante técnicas/procedimentos - falha profissional durante a realização de qualquer técnica ou procedimento (tentativa de punção sem sucesso; inserção de dispositivos tubulares em locais impróprios/não esperados), que podem ser decorrentes principalmente da falta de habilidade.	
14. Hemoderivados - infusão de hemoderivados com incompatibilidade sanguínea, reações inesperadas à infusão dos hemoderivados e, ainda, a falta de hemoderivados na instituição de saúde.	
15. Sepses - conjunto de manifestações graves em todo o organismo, produzidas por uma resposta inflamatória sistêmica à infecção em que a principal consequência é o comprometimento de muitos órgãos e o quadro de choque, acompanhada de alta mortalidade.	
16. Omissão de cuidado - consiste na não realização de qualquer procedimento necessário ao acompanhamento e/ou recuperação da saúde pelo profissional responsável. Exemplos: não verificação de sinais vitais; falta de orientações pré/pós-operatórias; profissional não realizou banho no leito; não foi feito curativo, etc.	
17. Sinais vitais incompletos - não verificação dos sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória e temperatura), conforme prescrito ou rotina do serviço.	
18. Suspensão de cirurgia - cancelamento da cirurgia por causas multifatoriais tais como, falta de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), ausência de materiais e profissionais, paciente descompensado, falta de exames, entre outros.	
19. Evasão - consiste na saída do paciente da unidade de internação, sem autorização da equipe de saúde ou por desistência do tratamento proposto.	
20. Não checagem de cuidados prescritos - cuidados prescritos e aprazados sem checagem, dificultando a tomada de decisões da equipe por não estar esclarecido se o cuidado foi ou não realizado.	
21. Falta de materiais médico-hospitalares - ausência de qualquer material necessário para a continuidade do tratamento do paciente e/ou avaliação clínica.	

4.5 Procedimentos para a coleta de dados

O instrumento utilizado foi um formulário estruturado em duas partes. A primeira investiga os dados dos pacientes e características gerais da internação e a segunda, a ocorrência e características dos eventos adversos identificados. Foi elaborado por *experts* e validado por Paranaguá (2012). Para esta pesquisa foi feito

teste piloto e ajustado quanto ao aspecto sociodemográfico para atender às características da população de idosos (APÊNDICE A).

Para a coleta de dados propriamente dita, foram percorridos as seguintes etapas: Solicitação da autorização para pesquisa em prontuários à Diretoria técnica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (ANEXO I) e ao Serviço de Arquivo Médico e Informação em Saúde (SAMIS) (ANEXO II).

A coleta dos dados foi realizada pela pesquisadora, entre janeiro e abril de 2014 no SAMIS, nos prontuários de idosos internados na Clínica Cirúrgica, no período de 01 de julho a 31 de dezembro de 2013.

Foram coletados dados da exposição e do desfecho simultaneamente e, para não interferir na análise de causa e efeito, foi registrada a data de todas as variáveis de análise, a fim de caracterizar melhor os eventos adversos. Para tanto, foram consultadas as folhas de identificação do paciente, as folhas de prescrição de medicamentos e de cuidados e as folhas de evolução clínica do paciente.

As informações dos prontuários foram transcritas no instrumento de pesquisa para formar o *cópus* de análise.

4.6 Análise dos dados

A categorização dos tipos de eventos adversos foi realizada seguindo a definição da *World Health Organization* (2009), quais sejam: Administração clínica; Processo clínico/procedimento; Documentação envolvida; Infecção hospitalar; Medicação/fluidos endovenosos; Hemoderivados; Nutrição; Gases/oxigênio; Equipamento médico; Comportamento - profissionais e pacientes; Acidentes com o paciente; Estrutura e Gerenciamento de recursos organizacionais.

Os eventos adversos foram julgados por dois pesquisadores e, nos casos em que houve divergência, um terceiro pesquisador foi consultado.

Para o processamento dos dados coletados a partir dos prontuários dos pacientes idosos, utilizou-se o programa *Statistical Packpage for the Social Sciences* (SPSS) *for Windows* versão 20.0.

Foram calculados a prevalência e o intervalo de 95% de confiança da variável de desfecho dos eventos adversos. Para o cálculo da prevalência, foram utilizados o número de pacientes com, pelo menos, um registro de evento adverso como numerador e o número total de internações investigadas como denominador.

Realizou-se análise descritiva dos dados, apresentando frequências relativas e absolutas para variáveis categóricas e calculados a média e o desvio-padrão para a variável contínua idade.

Para a identificação dos fatores associados aos eventos adversos, foi realizada análise univariada, utilizando-se o teste *Qui-Quadrado* para avaliação da significância. As variáveis sexo, idade e as que obtiveram $p < 0,10$, na análise univariada, foram submetidas à análise multivariada de regressão logística, considerando estatisticamente significantes as variáveis que obtiveram valor de $p < 0,05$. Foi adotado o OR (*odds ratio*) como medida de associação e calculados os respectivos intervalos de 95% de confiança.

4.7 Aspectos éticos e legais

Esta pesquisa está vinculada ao projeto de pesquisa intitulado “Análise das Ocorrências de Eventos Adversos em um Hospital da Rede Sentinela na Região Centro-Oeste”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica, Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, protocolo 064/2008 (ANEXO III).

O estudo obedeceu aos preceitos estabelecidos em conformidade com as orientações da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, a qual incorpora as questões de ordem ética do indivíduo e da coletividade, a autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, visando assegurar os direitos e deveres dos sujeitos da pesquisa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Por se tratar de uma pesquisa para consulta em prontuários, não houve intervenção nem interação direta com os pacientes e profissionais de saúde, o que foi dispensada a necessidade de utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5 - RESULTADOS

Os dados foram obtidos a partir da análise dos registros contidos em prontuários de idosos hospitalizados no período proposto, totalizando 260 internações, com ocorrência de 531 registros de eventos adversos relacionados à segurança do paciente idoso.

Os resultados estão organizados nos seguintes tópicos: Caracterização das internações dos idosos na Clínica Cirúrgica; Eventos adversos ocorridos com idosos na Clínica Cirúrgica e Prevalência e fatores associados à ocorrência de eventos adversos em idosos hospitalizados.

5.1 Caracterização das internações dos idosos na Clínica Cirúrgica

A Tabela 1 apresenta a caracterização dos idosos, segundo sexo, faixa etária, estado conjugal, escolaridade e situação previdenciária.

Tabela 1: Caracterização dos idosos internados na Clínica Cirúrgica de um hospital universitário da região Centro-Oeste. Goiânia, 2013.

VARIÁVEIS	N	%
Sexo		
Masculino	131	50,4
Feminino	129	49,6
Faixa Etária		
60 a 64 anos	89	34,2
65 a 69 anos	64	24,6
70 a 74 anos	56	21,5
75 a 79 anos	31	11,9
80 a 84 anos	14	5,4
85 anos ou mais	06	2,3
Estado Conjugal		
Casado (a) ou vive junto com a (o) companheira (o)	112	43,1
Viúvo (a)	33	12,7
Solteiro (a)	24	9,2
Separado (a) / Divorciado (a)	17	6,5
Ausência de registro	74	28,5
Escolaridade		
Ensino Fundamental Completo	02	0,8
Ensino Fundamental Incompleto	97	37,3
Ensino Médio Completo	15	5,8
Ensino Médio Incompleto	06	2,3
Ensino Superior Completo	01	0,4
Não alfabetizado	42	16,2
Ausência de registro	97	37,3
Situação Previdenciária		
Aposentados	131	50,4
Não aposentados	23	8,8
Ausência de registro	106	40,8
TOTAL	260	100,0

Os dados revelam que 131 (50,4%) idosos eram do sexo masculino e 129 (49,6%), do sexo feminino. A idade variou entre 60 e 90 anos, com média de idade de 68,5 anos e desvio-padrão de 6,65 anos, sendo a maioria 89 (34,2%) pertencente à faixa etária entre 60 a 64 anos. Com relação ao estado conjugal, 112 (43,1%) eram casados (as) ou viviam juntos com as (os) companheiras (os), seguidos de 33 (12,7%) viúvos (as). Quanto à escolaridade, 97 (37,3%) possuíam ensino fundamental incompleto e 42 (16,2%) não eram alfabetizados. Em relação à situação previdenciária, a maioria, 131 (50,4%), era aposentada.

A situação de saúde dos idosos está demonstrada na Tabela 2.

Tabela 2: Situação de saúde dos idosos internados na Clínica Cirúrgica de um hospital universitário da região Centro-Oeste. Goiânia, 2013.

VARIÁVEIS	N	%
Comorbidades		
Sim	178	68,5
Não	73	28,1
Ausência de registro	09	3,5
ASPECTOS FUNCIONAIS		
Movimentação		
Ausência de problemas	170	65,4
Dificuldade para deambulação	49	18,8
Repouso no leito devido ao procedimento realizado	24	9,2
Deambulação com auxílio (andador, bengalas, cadeira de rodas ou muletas)	14	5,4
Membro amputado	03	1,2
Audição		
Ausência de problemas	259	99,6
Déficit auditivo	01	0,4
Cognição		
Ausência de problemas	255	98,1
Confusão mental	04	1,5
Dificuldade na fala	01	0,4
Visão		
Ausência de problemas	254	97,7
Baixa acuidade visual e visão turva	03	1,2
Endoftalmite, edema com vermelhidão e sangramento	03	1,2
TOTAL	260	100,0

A maioria dos idosos, 178 (68,5%), possuía comorbidades, sendo reportados com maior frequência a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes *Mellitus* (DM). Em relação aos aspectos funcionais 49 (18,8%) apresentaram dificuldades para deambulação e 24 (9,2%), repouso no leito devido ao procedimento realizado.

Ainda em relação à movimentação, 14 (5,4%) deambulavam com auxílio de andador, bengalas, cadeira de rodas ou muletas. Foram identificados que três (1,2%) idosos possuíam um dos membros amputado.

Os aspectos funcionais relacionados à audição destacaram um (0,4%) possuía déficit auditivo. Quanto à cognição, cinco (1,9%) possuíam confusão mental e dificuldade na fala. Em relação à visão, seis (2,4%) idosos possuíam baixa acuidade visual e visão turva, como também endoftalmite, edema com vermelhidão e sangramento.

As internações dos idosos apresentam variáveis relacionadas ao tipo de admissão, presença de acompanhante, especialidade médica e tempo de internação que estão demonstrados na Tabela 3.

Tabela 3: Características das internações dos idosos internados na Clínica Cirúrgica de um hospital universitário da região Centro-Oeste. Goiânia, 2013.

VARIÁVEIS	N	%
Tipo de admissão		
Urgência	150	57,7
Eletiva	110	42,3
Presença de acompanhante		
Sim	142	54,6
Não	49	18,8
Ausência de registro	69	26,5
Especialidade Médica		
Cirurgia Geral	57	21,9
Cirurgia Vascular	42	16,2
Proctologia	36	13,8
Urologia	32	12,3
Cardiologia	24	9,2
Urgência adulto	18	6,9
Otorrinolaringologia	12	4,6
Mastologia	09	3,5
Neurologia	08	3,1
Gastroenterologia	07	2,7
Outros*	15	5,8
Tempo de internação		
1 a 3 dias	145	55,8
4 a 6 dias	33	12,7
7 a 9 dias	21	8,1
10 a 12 dias	14	5,4
13 dias ou mais	47	18,1
TOTAL	260	100,0

* Ginecologia, Bucomaxilofacial, Oftalmologia, Cirurgia Torácica, Pneumologia e Oncologia Clínica.

Com relação ao tipo de admissão na Clínica Cirúrgica, 150 (57,7%) dos idosos foram internações por urgência; 142 (54,6%) tiveram a presença de

acompanhante. As especialidades mais atendidas foram cirurgia geral com 57 (21,9%), seguida da cirurgia vascular com 42 (16,2%), proctologia com 36 (13,8%) e urologia com 32 (12,3%).

Observa-se que o tempo em que os idosos permaneceram hospitalizados variou de um a 110 dias, com predominância de um a três dias para 145 (55,8%) internações.

Os tipos de procedimentos e dispositivos utilizados pelos idosos estão evidenciados na Tabela 4.

Tabela 4: Procedimentos e dispositivos utilizados pelos idosos, durante internação na Clínica Cirúrgica de um hospital universitário da região Centro-Oeste. Goiânia, 2013.

VARIÁVEIS	N	%
Procedimentos		
Intervenção cirúrgica	209	80,4
Profilaxia antibiótica	107	41,2
Infusão de hemoderivados	44	16,9
Dispositivos		
Cateter	227	87,3
Sonda	92	35,4
Dreno	55	21,2
Outros dispositivos	18	6,9
TOTAL	260	100,0

Em relação à intervenção cirúrgica, 209 (80,4%) internações foram submetidas a, pelo menos, um tipo de cirurgia. A profilaxia antibiótica foi realizada em 107 (41,2%) internações. A infusão de hemoderivado ocorreu em 44 (16,9%) das internações.

Quanto ao uso de dispositivos tubulares, 227 (87,3%) internações foram submetidas à implantação de cateter venoso periférico e central, predominando o venoso periférico; 92 (35,4%) utilizaram sonda, sendo sequencialmente a vesical, nasogástrica e nasoenteral; 73 (28,1%) internações fizeram uso de dreno de suctor, abdominal e penrose, além de outros dispositivos.

As anotações realizadas nos prontuários foram por vários profissionais da equipe de saúde, destacando-se o auxiliar/técnico de enfermagem com 260 (100%) das anotações no prontuário; 244 (93,8%) das anotações foram por médicos; 189 (72,7%) por enfermeiros; 106 (40,8%) por psicólogos; 99 (38,1%) por assistentes sociais; 96 (36,9%) por nutricionistas; 35 (13,5%) por fonoaudiólogos e 34 (13,1%) por fisioterapeutas. Não foi encontrado nenhum registro do quadro clínico do paciente pelos odontólogos.

5.2 Eventos Adversos ocorridos com idosos na Clínica Cirúrgica

Foram identificados 531 eventos adversos nos registros de 260 internações de pacientes idosos, correspondendo à média de 2,04 eventos adversos por internação.

Os eventos adversos foram classificados quanto ao Procedimento/processo clínico; Medicação/fluidos endovenosos; Hemoderivado; Administração clínica; Infecção hospitalar e Acidente com o paciente e estão apresentados na Tabela 5.

Tabela 5: Eventos adversos ocorridos com idosos internados na Clínica Cirúrgica de um hospital universitário da região Centro-Oeste. Goiânia, 2013.

EVENTOS ADVERSOS	N	%
Procedimento/processo clínico		
Dor aguda em pré e pós-operatórios não resolvida	426	80,2
Retirada não programada e obstrução de dispositivos tubulares	38	7,2
Falhas durante procedimentos técnicos	06	1,1
Deiscência cirúrgica	05	0,9
Processo alérgico não medicamentoso	03	0,6
Medicação/fluidos endovenosos		
Reação adversa a medicamentos	14	2,6
Hemoderivado		
Falta de sangue	02	0,4
Administração clínica		
Suspensão de cirurgia	20	3,8
Exame marcado e não realizado	05	0,9
Infecção hospitalar		
Infecção do Sítio Cirúrgico, Flebite e Sepsis	10	1,9
Acidente com o paciente		
Queda	01	0,2
Úlcera por pressão	01	0,2
TOTAL	531	100,0

Os tipos de eventos adversos mais frequentes foram relacionados ao processo clínico. Destacou-se a dor aguda em pré e pós-operatórios não resolvida, com 426 (80,2%) registros devido à ferida operatória.

Os eventos adversos relacionados aos dispositivos tubulares foram 38 (7,2%) relacionados à retirada não programada de cateter venoso periférico, sonda vesical de demora, sonda nasogástrica e dreno de suctor. A obstrução foi com relação ao cateter venoso periférico. Esses eventos resultaram em procedimentos adicionais, como a reimplantação do cateter venoso periférico, da sonda nasogástrica e do dreno de suctor.

Foram identificados seis (1,1%) registros de falhas durante procedimentos técnicos, decorrentes de várias tentativas de passagem de sonda nasogástrica, que levaram os pacientes ao quadro de vômito e, ainda, punção venosa sem sucesso que resultou em hematoma e infiltração local.

Ainda com relação ao processo clínico, houve cinco (0,9%) registros de deiscência cirúrgica de pontos na região inferior do abdômen e três (0,6%) registros de processo alérgico não medicamentoso, relacionados ao material de confecção do cateter venoso central.

Os eventos adversos relacionados à medicação foram 14 (2,6%) registros de reações adversas a medicamentos, do tipo reação alérgica, hiperemia, prurido corporal e facial, calafrios, cefaleia, náuseas e mal-estar geral após administração de analgésicos à base de dipirona, antibióticos, sedativos como morfina e tylex.

Relacionados a hemoderivados foram constatados dois (0,4%) eventos adversos por falta de sangue, sendo o concentrado de hemácias e tipo sanguíneo.

Os eventos adversos relacionados à administração clínica foram 20 (3,8%) suspensões cirúrgicas motivadas por falta de materiais específicos, recursos humanos, vagas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), falta de condições clínicas do paciente, falta de avaliação da equipe de cardiologia e atraso em iniciar o procedimento cirúrgico. Em cinco (0,9%) registros, foram encontrados exame marcado e não realizado decorrentes da falta de materiais, pedido de exames incompletos e equipamentos de exames com defeito.

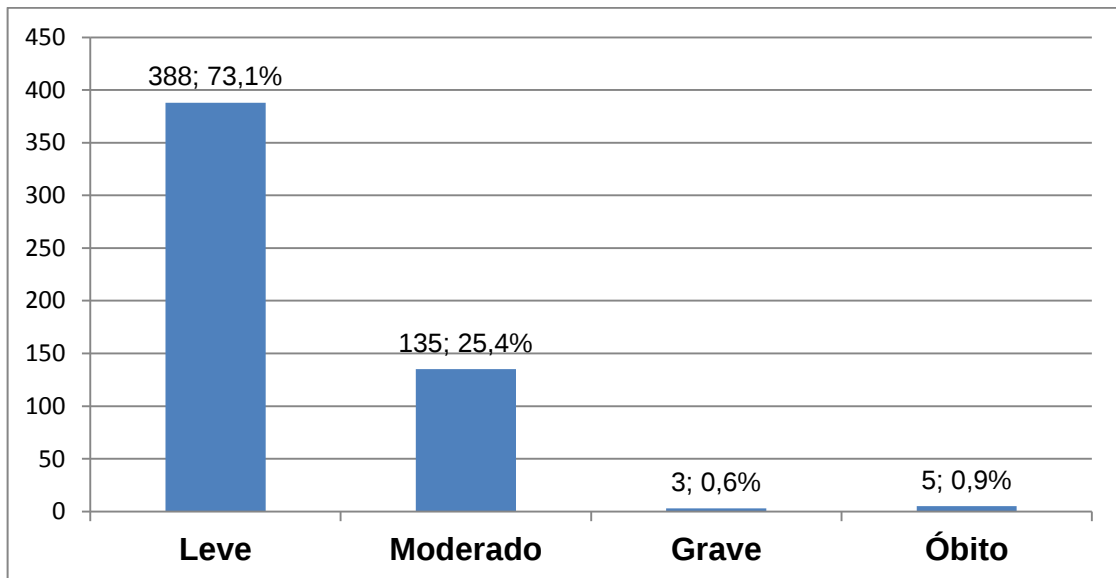
Quanto às infecções hospitalares, foram dez (1,9%) registros relacionados ao sítio cirúrgico, flebite e sepse.

Os eventos adversos relacionados a acidente com o paciente foram registrados em menor proporção, sendo um (0,2%) caso de queda da própria altura, no quarto do paciente e na presença do acompanhante. Um (0,2%) caso de úlcera por pressão em região sacral que necessitou de cuidados terapêuticos adicionais.

Em relação ao turno de ocorrência, 170 (32%) eventos adversos ocorreram no turno noturno, seguido do matutino 142 (27%) e vespertino 101 (19%). Em 118 (22%) eventos adversos, não foi possível identificar o turno de ocorrência, pois o prontuário não apresentou esse dado.

De acordo com o tipo de eventos adversos, a magnitude e a gravidade de suas consequências entre os idosos hospitalizados foram diversificados, conforme apresentados no Gráfico 1.

Gráfico 1: Tipos de danos decorrentes de eventos adversos ocorridos com idosos internados na Clínica Cirúrgica de um hospital universitário da região Centro-Oeste. Goiânia, 2013.



Dos 531 eventos adversos registrados, 388 (73,1%) resultaram em danos leves, pois não causaram sintomas, exigindo intervenções mínimas, como observação extra e revisão de tratamento. Dentre as consequências, destacaram-se a ocorrência de hematoma, substituição de medicamentos, recolocação de sondas e cateteres.

O dano moderado foi decorrente de 135 (25,4%) eventos adversos, tendo como consequência o aumento do tempo de internação, além de exigir procedimento terapêutico e/ou adicional.

O dano grave foi registrado em três (0,6%) eventos adversos, exigindo intervenção cirúrgica de grande porte e/ou necessidade de intervenção para suporte de vida.

E em cinco (0,9%) eventos adversos, resultou em óbito.

Ressalta-se que, nos registros dos prontuários de pacientes idosos, não foram encontrados condutas e/ou consequências institucionais frente à ocorrência dos eventos adversos.

5.3 Prevalência e fatores associados à ocorrência dos eventos adversos

Considerando as 260 internações analisadas, 153 foram expostas a, pelo menos, um tipo de evento adverso, indicando taxa de prevalência de 58,8% (IC

95%: 52,8% - 64,7%). A associação univariada entre as variáveis de exposição e os eventos adversos ocorridos durante as internações está apresentada na Tabela 6.

Tabela 6: Associação univariada entre as variáveis de exposição e a ocorrência de eventos adversos, durante as internações de idosos na Clínica Cirúrgica de um hospital universitário da região Centro-Oeste. Goiânia, 2013.

VARIÁVEIS DE EXPOSIÇÃO	EVENTOS ADVERSOS		OR	IC 95%	p*
	Exposto / Total	%			
IDADE					
Até 70 anos	53/93	56,9	0,888	0,531 - 1,484	0,650
71 anos ou mais	100/167	59,8			
SEXO					
Masculino	83/131	63,3	0,686	0,418 - 1,127	0,136
Feminino	70/129	54,2			
COMORBIDADES					
Sim	103/178	57,8	0,806	0,406 - 1,412	0,451
Não	46/73	63,0			
PROBLEMAS FUNCIONAIS					
Sim	19/26	73,0	2,026	0,820 - 5,004	0,120
Não	134/234	57,2			
TIPO DE ADMISSÃO					
Urgência	95/150	63,3	1,549	0,939 - 2,554	0,086
Eletiva	58/110	52,7			
INTERVENÇÃO CIRÚRGICA					
Sim	122/209	58,3	0,905	0,484 - 1,692	0,754
Não	31/51	60,7			
PRESENÇA DE ACOMPANHANTE					
Sim	93/142	65,4	1,835	1,113 - 3,025	0,042
Não	27/49	55,1			
TEMPO DE INTERNAÇÃO					
Nove ou mais dias	65/67	97,0	38,778	9,231 - 162,903	0,000
Um a oito dias	88/193	45,5			
Nº DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS					
Seis ou mais/dia	72/101	71,2	2,391	1,405 - 4,068	0,001
Até cinco/dia	81/159	50,9			
INFUSÃO DE HEMODERIVADO					
Sim	35/44	79,5	3,230	1,481 - 7,045	0,002
Não	118/216	54,6			
UTILIZAÇÃO DE CATETER					
Sim	140/227	61,6	2,476	1,172 - 5,229	0,015
Não	13/33	39,3			
UTILIZAÇÃO DE Sonda					
Sim	64/92	69,5	2,029	1,185 - 3,473	0,009
Não	89/168	52,9			
UTILIZAÇÃO DE DRENO					
Sim	35/55	63,6	1,290	0,697 - 2,387	0,416
Não	118/205	57,5			

* Teste de qui-quadrado

A análise univariada apontou que os possíveis fatores associados à ocorrência dos eventos adversos estão estabelecidos com as seguintes variáveis: presença de acompanhante (OR 1,83, 95% IC 1,11-3,02, p=0,042); tempo de

internação igual ou superior a nove dias (OR 38,77, 95% IC 9,23-162,90, $p=0,000$); prescrição de seis ou mais medicamentos por dia (OR 2,39, 95% IC 1,40-4,06, $p=0,001$); infusão de hemoderivado (OR 3,23, 95% IC 1,48-7,04, $p=0,002$); uso de cateter (OR 2,47, 95% IC 1,17-5,22, $p=0,015$) e sonda (OR 2,02, 95% IC 1,18-3,47, $p=0,009$).

A Tabela 7 apresenta os valores ajustados das variáveis, estatisticamente, significativas em análise univariada para a exposição de eventos adversos pelos idosos internados na Clínica Cirúrgica do hospital.

Tabela 7: Fatores de risco e respectivos valores *odds ratio* para ocorrência de eventos adversos durante internações de idosos na Clínica Cirúrgica de um hospital universitário da região Centro-Oeste. Goiânia, 2013.

FATORES DE RISCO PARA EVENTOS ADVERSOS	ODDS RATIO (IC 95%)			
	Não ajustado	p	Ajustado	p*
Idade > 70 anos	0,88 (0,53 - 1,48)	0,650	0,66 (0,35 - 1,23)	0,189
Sexo masculino	0,68 (0,41 - 1,12)	0,136	0,65 (0,37 - 1,17)	0,153
Presença de acompanhantes	1,83 (1,11 - 3,02)	0,042	0,85 (0,47 - 1,56)	0,603
Tempo de internação > 9 dias	38,77 (9,23 - 162,9)	0,000	34,16 (7,72 - 151,12)	0,000
Infusão de hemoderivado	3,23 (1,48 - 7,04)	0,002	1,03 (0,38 - 2,75)	0,959
Utilizar sonda	2,02 (1,18 - 3,47)	0,009	1,05 (0,54 - 2,05)	0,891
Utilizar cateter	2,47 (1,17 - 5,22)	0,015	1,24 (0,55 - 2,78)	0,600
≥ 5 medicamentos prescritos/dia	2,39 (1,40 - 4,06)	0,001	1,26 (0,67 - 2,37)	0,472

* Teste de qui-quadrado

Constatou-se como variável independente de risco para a ocorrência de eventos adversos o tempo de internação superior a nove dias ($p=0,000$) que apresentou 34 vezes maior probabilidade de ocorrer eventos adversos, do que nas internações com tempo de internação de até nove dias.

6 – Discussão

No presente estudo, houve semelhança entre os idosos do sexo masculino 50,4% e do feminino 49,6%. Embora minimamente evidenciou-se maior quantitativo de homens na população pesquisada. Dado semelhante ao encontrado por Storti et al. (2013), Rocha et al. (2014) e Cunha, Nascimento e Sá (2014). Rocha et al. (2014), ao realizarem um estudo com idosos internados em um hospital de urgência de Teresina/PI, encontraram 55,3% de homens.

Esses achados diferem do estudo realizado por Oliveira, Lemes e Nóbrega (2013) que, ao investigarem o perfil sociodemográfico dos idosos do hospital regional de Samambaia, Distrito Federal evidenciaram 59% de pacientes do sexo feminino. O Censo populacional de 2010 mostra que a relação entre homens e mulheres no país é de 96,0 homens para cada 100 mulheres, ou seja, há predomínio de mulheres na composição por sexo da população brasileira, além de maior expectativa de vida (IBGE, 2010).

Para Feliciano, Moraes e Freitas (2004), esse fato se deve a fatores como: diferenças de exposição aos riscos ocupacionais, maiores taxas de mortalidade por causas externas entre os homens, diferenças nos estilos de vida quanto ao consumo de álcool e tabaco e maior procura pelos serviços de saúde.

Albuquerque et al. (2014) reforçam esses dados e mencionam que os homens apresentam maior predisposição e vulnerabilidade a adquirir doenças em relação às mulheres decorrentes da maior exposição a fatores de riscos comportamentais permeados pelos estereótipos de gênero que desvalorizam as práticas de prevenção e de cuidados com a saúde, elevando a sua vulnerabilidade aos agravos, em consequência da não procura pelos serviços.

Estudo realizado por Couto et al. (2010) expõe que as mulheres buscam mais os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) para a realização de exames de rotina e prevenção, enquanto que os homens procuram mais os serviços por motivo de doença.

Silva et al. (2014) explicitam que a população masculina não busca os serviços de APS, recorre a atendimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade, o que gera agravamento nas enfermidades e maior custo para o sistema de saúde. Considera-se que os homens são mais resistentes em procurar os serviços de saúde, por pouca adesão a tratamento de saúde e delegam a tarefa do cuidar à mulher.

Nessa linha de reflexão, assinala-se que o predomínio do sexo masculino, nesta investigação, pode estar relacionado ao fato de que, tratando-se de idosos internados e considerando que os homens são menos cuidadosos com sua saúde, provavelmente, estão mais sujeitos à hospitalização e, conseqüentemente, à ocorrência de eventos adversos.

A faixa etária dos idosos variou de 60 a 90 anos, com média de idade de 68,5 anos e desvio-padrão de 6,65 anos, o que assemelha aos idosos dos estudos realizados por Rocha et al. (2014) e Silva, Fernandes e Terra (2014).

A idade pode ser considerada um possível determinante para a ocorrência de eventos adversos, embora boa parte da população do estudo seja considerada como “idosos jovens”. A esse respeito, Sousa et al. (2011) e Huddleston et al. (2012) relataram que o aumento da idade constitui um dos principais fatores de risco associados à ocorrência de eventos adversos.

Estudo realizado em três hospitais públicos de Lisboa constatou que o número de eventos adversos foi maior na faixa etária entre 75 e 84 anos de idade, atribuindo ao fato de que a idade mais avançada apresenta maior número de comorbidades associadas e maior prevalência de fatores de risco, o que aumenta a probabilidade de obtenção de resultados menos favoráveis e, conseqüentemente, a ocorrência de eventos adversos (SOUSA et al., 2011).

Com relação ao estado conjugal, 43,1% dos idosos eram casados (as) ou viviam com as (os) companheiras (os) e 12,7% eram viúvos (as).

Rabelo et al. (2010), ao descreverem o perfil das internações hospitalares de 276 idosos internados em um hospital universitário de Minas Gerais, encontraram que 46,4% eram casados e 38,4%, viúvos. Resultados similares foram encontrados no estudo realizado por Santos (2007), em um hospital geral da rede pública em Belém, com 160 idosos, sendo 42,5% casados e 24,4% viúvos.

A viuvez em idosos é, porventura, designada como um acontecimento expectável do ciclo de vida, uma importante transição psicossocial que implica a reconfiguração do significado da vida e dos seus propósitos (SILVA; FERREIRA-ALVES, 2012). Turatti (2012) considera que os fatores psicossociais acompanham as normas culturais prevalecentes na sociedade que levam os homens a se casarem de novo, geralmente com mulheres jovens, sendo o novo casamento para viúvos muito mais comum do que para viúvas.

O processo de viuvez desencadeia no idoso o surgimento de patologias relacionadas ao sofrimento gerado no período pós-perda do cônjuge (TURATTI, 2012). Isso sugere a possibilidade de sintomatologia depressiva e desencadeamento de outros transtornos psiquiátricos, tornando-se frequente a necessidade de múltiplos medicamentos entre a população geriátrica.

No que concerne à variável escolaridade, observou-se que 37,3% dos idosos possuíam ensino fundamental incompleto e 16,2% não eram alfabetizados.

Investigação realizada por Lira et al. (2013), em um hospital universitário do Rio Grande do Sul, apontou que 72% dos idosos hospitalizados tinham o ensino fundamental incompleto, seguidos de 12% que não eram alfabetizados. Varas-Fabra et al. (2006), na Espanha, evidenciaram que 1,9% dos idosos possuíam educação secundária, 49,1%, educação primária e 49,0% não haviam estudado.

Silva (2014) descreve o analfabetismo como um dos problemas da sociedade brasileira e, conseqüentemente, um dos temas mais debatidos quando se discutem Políticas Sociais. Para Peres (2011), o analfabetismo se constitui um dos exemplos mais graves de exclusão educacional e social entre a população idosa. Conforme o Censo de 2010, um em cada quatro brasileiros com 60 anos ou mais (26,6%) não sabe ler, nem escrever (IBGE, 2010).

Lasheras et al. (2001) analisaram o impacto da escolaridade na qualidade de vida de uma população com 352 idosos espanhóis. O estudo mostrou associação entre baixos níveis educacionais, fracas relações sociais, baixa percepção de autocuidado e saúde, como também problemas sensoriais entre os idosos. Os mesmos autores tratam o nível de escolaridade como um dos principais fatores relacionados à qualidade de vida dos idosos.

A baixa escolaridade, comum entre os idosos, aumenta as chances de esses apresentarem problemas de saúde e como consequência, o comprometimento da capacidade funcional (ROSA et al., 2003). Estudo realizado por Alexandre, Cordeiro e Ramos (2009) demonstrou que idosos com maior nível de escolaridade apresentavam maior renda, possuíam maior conhecimento sobre prevenção de agravos à saúde e tinham maior acesso à rede de saúde por meio de planos privados de atendimento.

Em se tratando da situação previdenciária, 50,4% dos idosos deste estudo eram aposentados. Tais dados assemelham-se com os estudos de Storti et al.

(2013) e Gutierrez, Silva, Shimizu (2014), em que a maioria dos idosos era aposentada.

A investigação de Alvarenga et al. (2009), intitulada “Repercussões da aposentadoria na qualidade de vida do idoso”, realizada com idosos aposentados em um ambulatório de geriatria de um hospital de São Paulo, mostrou predominantes as atitudes positivas frente à aposentadoria. A maioria dos idosos referiu que a aposentadoria ampliou outros espaços para o papel social, enquanto para outros, relacionou a aposentadoria a uma fase de descanso e sem perspectivas de novos projetos para suas vidas. Observou-se, também, atitude de insatisfação frente à aposentadoria, devido à diminuição de renda e à presença de sentimentos de inutilidade e de baixa autoestima.

A situação socioeconômica pode limitar o acesso ao cuidado de saúde, sendo que existe uma associação independente entre menor renda domiciliar *per capita* e pior condição de saúde para a população idosa (LIMA-COSTA et al., 2003; SOUSA; RIBEIRO, 2013).

O estudo de Lima-Costa et al. (2003), com 19.068 idosos, constatou que os idosos com renda mais baixa apresentaram piores condições de saúde (pior percepção da saúde, interrupção de atividades por problemas de saúde, estado acamado e relato de algumas doenças crônicas), pior função física (avaliada através de seis indicadores) e menos uso de serviços de saúde (menor procura e menos visitas a médicos e dentistas).

A presença de comorbidades foi de 68,5%, dentre as quais destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes *Mellitus* (DM). Esses dados são compatíveis com o levantamento realizado por Araújo (2011) e Chavaglia et al. (2015), em que as comorbidades mais frequentes foram a HAS e o DM.

O alto índice de comorbidades no grupo de idosos deste estudo é um fator a ser considerado, porque além de influenciar em sua qualidade de vida, torna-os vulneráveis à ocorrência de eventos adversos. Esse fato se deve, principalmente, em processo de hospitalização pela exposição no ambiente como, também, a novos tratamentos.

Souza et al. (2013) expõem que a HAS e o DM são doenças prevalentes no envelhecimento, por ocasionarem um quadro de eventos cardiovasculares (acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio e insuficiência vascular periférica), como também contribuem para a redução da capacidade funcional.

A esse respeito, Carmo et al. (2010), em um estudo epidemiológico realizado em Mato Grosso, no período de 1986 a 2006, apontaram elevada taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares em idosos, com importante tendência de manifestação entre os grupos mais longevos.

É importante reconhecer acentuado aumento da população idosa fragilizada e com comorbidades, o que pode levar ao processo de hospitalização e dependência de cuidados prestados por profissionais de saúde, os quais desempenham função primordial na promoção e garantia da atenção integral e qualificada ao idoso (SOUZA et al., 2013).

A associação entre as doenças crônicas, dependência funcional e hospitalização representa grande risco para a população idosa, pois contribui para diminuição da capacidade funcional (CANON; COUTO, 2014).

O declínio funcional é um fenômeno comum e esperado por um número significativo de idosos hospitalizados, em virtude da vulnerabilidade clínica, física e psicológica inerente ao processo de envelhecimento. Outro ponto importante é que pode ocorrer antes ou durante o tempo de hospitalização e, até mesmo, continuar ou melhorar após a alta (CUNHA et al., 2009).

Estudo realizado por Santos et al. (2007), no município de Guatambu, estado de Santa Catarina, com 352 pessoas com idade maior ou igual a 60 anos, verificou que idosos analfabetos, aposentados, com maior número de morbididades, baixa qualidade de vida e com saúde referida ruim/moderada mostraram maior nível de dependência funcional.

Entre os idosos, a prevalência da capacidade funcional inadequada foi estimada em 37,1%, entretanto a frequência é maior para aqueles com renda domiciliar mais baixa, menos anos de educação formal e com envolvimento em atividades profissionais pesadas (FIEDLER; PERES, 2008).

A piora na qualidade de vida de pessoas idosas pode surgir a partir da diminuição irreversível da capacidade funcional, como também decorrer da hospitalização. Para atender às necessidades e demandas, cabe à equipe multiprofissional planejar e implementar uma assistência que minimize perdas e complicações relacionadas aos agravos que culminaram na hospitalização, bem como pensar no cuidado após alta hospitalar (MOTTA; HANSEL; SILVA, 2010).

Canon e Couto (2014) descreveram um protocolo de atuação do terapeuta ocupacional com idosos hospitalizados com diagnóstico de doenças crônicas,

abordando aspectos sensoriais, cognitivos, psicomotores e funcionais em um hospital público de São Paulo. Os autores identificaram que o impacto da hospitalização na funcionalidade do idoso é elevado, e que há uma perda significativa entre um mês antes da internação e os primeiros dias de internação.

Para os mesmos autores, tal protocolo de atuação, constando estimulação cognitiva, sensorial, funcional e psicomotora, demonstrou ser viável e eficaz, contribuindo para a redução das consequências do prolongamento do tempo de internação e para a melhora na qualidade de vida dos idosos e de seus cuidadores e/ou familiares. Além disso, contribuiu para a manutenção e/ou melhora da independência e autonomia, atuando diretamente na capacidade funcional que, atualmente, é compreendida como um dos marcadores de saúde de idosos.

A prática de cuidado à pessoa idosa requer uma abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que considere a interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde do idoso e a importância do ambiente no qual está inserido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). A equipe de saúde deve prezar pela garantia de prioridades à pessoa idosa que busca por atendimento em uma instituição hospitalar (SOUZA et al., 2013).

Portanto, é necessário que os profissionais de saúde inseridos nesse contexto, compreendam as questões do envelhecimento, facilitem o acesso do idoso aos diversos níveis de atenção à saúde, estejam qualificados tecnicamente e estabeleçam o paciente como núcleo desse processo (PROCHET et al., 2012).

Os registros da equipe multiprofissional que acompanham o tratamento de pacientes são considerados critérios de avaliação da qualidade da prestação de serviço de saúde, o que reflete na qualidade da assistência prestada (SCHULZ; SILVA, 2011).

Estudo realizado com objetivo de avaliar a qualidade das anotações de enfermagem de pacientes cirúrgicos de um hospital escola do Paraná identificou que os registros referentes às prescrições de enfermagem de pós-operatório, observação de sinais e sintomas e anotações de pós-operatório foram considerados completos. Os autores ainda encontraram que os registros referentes ao aspecto e evolução das lesões cutâneas e às anotações de alta estavam incompletos (VENTURINI; MARCON, 2008).

Geremia e Costa (2012), em um estudo sobre a qualidade dos registros de enfermagem em uma unidade hospitalar de Santa Catarina, encontraram que os

dados de identificação no prontuário estavam registrados de forma adequada, e as anotações de enfermagem foram preenchidas de forma adequada, porém insuficientes, como também as condições de alta hospitalar do cliente.

Investigação realizada com 100 prontuários de pacientes idosos internados em duas enfermarias de um hospital de ensino de São Paulo observou que, na maioria dos prontuários, havia registros pouco detalhados, sem referência precisa aos horários da ocorrência dos eventos adversos e quase sempre redigidos somente pelos técnicos de enfermagem (SANTOS; CEOLIM, 2009).

No estudo de Guedes, Trevisan, Stancato (2013) foi encontrado que as prescrições de enfermagem não contemplavam as particularidades de cada paciente, ficando restritas aos cuidados básicos. Setz e D’Innocenzo (2009), em uma análise qualitativa de 424 prontuários de unidades clínicas e cirúrgicas de um hospital universitário de São Paulo, apontaram que 26,7% registros de enfermagem foram considerados ruins, 64,6%, regulares e 8,7%, bons e que nenhum prontuário foi considerado ótimo.

A enfermagem tem papel significativo em todos os níveis de complexidade do cuidado e em todos os cenários. Está envolvida diretamente no cuidado com a pessoa idosa, de forma ininterrupta, desde o acolhimento, durante todo o processo de hospitalização, até a sua saída por alta, transferência ou óbito. Esses profissionais conhecem, por experiência, as diversas condições enfrentadas diariamente por essa população (SOUZA et al., 2013). Entretanto, faz-se emergir o caráter urgente de aperfeiçoamento da atenção e cuidados integrais para a pessoa idosa.

O planejamento estratégico de ações em nível gerencial ou cuidados indiretos, assistencial ou cuidados diretos, educacional e de pesquisa deve contemplar ações a melhorar a qualidade da assistência prestada ao idoso hospitalizado, conforme preconizam os princípios do SUS e os princípios da profissão enfermagem (MOTTA; HANSEL; SILVA, 2010).

Os registros de enfermagem são indispensáveis no prontuário do paciente, pois constituem parte da documentação do processo de saúde/doença. A equipe de enfermagem acompanha todo esse processo de forma integral, pela permanência na unidade hospitalar durante 24 horas, garantindo qualidade e fidedignidade em suas observações (FRANÇOLIN et al., 2012).

Além do que, os registros no prontuário do paciente, pela equipe de enfermagem, é uma obrigatoriedade legal disposta na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (Lei 7.498/1986), que estabelece que as anotações de todas atividades desenvolvidas na assistência ao paciente, sejam elaboradas de forma clara, completa, padronizada e identificada em prontuário (COFEN, 1986).

Pesquisadores (PARANAGUÁ, 2012; SEIGNEMARTIN et al., 2013; COSTA; BARROS; SANTOS, 2013) destacam a necessidade de avaliação rigorosa dos registros e a sua consistência na prática de enfermagem.

No que tange ao tipo de admissão, 57,7% das admissões foram do tipo urgência, sendo a especialidade de tratamento mais frequente, a cirurgia geral, seguida da cirurgia vascular, proctologia e urologia. Esses dados confirmam que, à medida que a população envelhece, os agravos à saúde aumentam e se distribuem em diversas especialidades.

Corroborando a discussão, os resultados do estudo de Sousa et al. (2011) apontaram que 56,7% dos pacientes foram admitidos em caráter de urgência, além disso, as especialidades cirúrgicas em que ocorreram eventos adversos, destacam-se 27,7% na cirurgia geral, 21,6% na cirurgia cardiotorácica, 13,8% na cirurgia vascular e 7,7% na cirurgia de ortopedia.

O tempo de internação dos idosos chegou a 110 dias, com predominância de um a três dias para 145 (55,8%) internações. O prolongamento do tempo de internação ocorreu devido à dor aguda em pré e pós-operatórios não resolvida, retirada não programada de dispositivos tubulares, obstrução de dispositivos tubulares, falhas durante procedimentos técnicos, deiscência cirúrgica, entre outros eventos adversos que refletiram na recuperação dos idosos.

A ocorrência de eventos adversos durante o período de internação é indiscutivelmente uma realidade alarmante. Moura e Mendes (2012) identificaram tempo médio de permanência de 30 dias, mínimo de dois e máximo de 130 para pacientes com eventos adversos cirúrgicos. Roque e Melo (2012), ao avaliarem a ocorrência de eventos adversos em um hospital público, cardiológico do Rio de Janeiro, mostraram um tempo médio de internação elevado, cerca de 18 dias, variando de dois a 138 dias.

Para Szlejf (2010), pacientes idosos que sofrem eventos adversos durante o período de hospitalização, apresentam prolongamento no tempo de internação. Esses eventos ocorrem durante a permanência do paciente na instituição hospitalar

e provocam incapacitações temporárias ou permanentes, prolongam o tempo de internação, aumentam os custos hospitalares e podem levá-lo a óbito (DUPOUY et al., 2013).

Observou-se que, em 54,6% de registros, teve a presença do acompanhante, o que contribui para minimizar a ocorrência de eventos adversos.

A permanência do acompanhante do idoso internado em ambiente hospitalar tem por finalidade favorecer a participação ativa no cuidado ao cliente, minimizando os impactos negativos do processo de internação. Durante o processo de hospitalização do idoso, a presença do acompanhante é importante, necessária e está assegurada na Portaria Ministerial nº 280/1999 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

Rodrigues et al. (2014) relacionam a família como unidade de cuidado, caracterizada como estratégia de atenção à saúde para idosos hospitalizados. A competência do familiar, na identificação das reais necessidades do idoso, é evidente, no entanto, para que esse fato se torne possível, é fundamental que a família receba informações da equipe de saúde sobre os aspectos que permeiam essa assistência.

A família participa das responsabilidades e decisões do cuidado, a equipe de saúde necessitará se instrumentalizar para estabelecer um vínculo proativo, reconhecendo-a como pessoas próximas o suficiente do paciente e auxiliando-a no desenvolvimento da capacidade de decisão (BOHOMOL, 2011).

Os pacientes e seus familiares devem ser entendidos como importantes parceiros da equipe multidisciplinar para melhorar a qualidade do cuidado. Todavia, o desafio da equipe de saúde é colocar o paciente e sua família no centro da assistência (LATOUR, 2011). Acrescenta-se que a assistência centrada na família é uma nova maneira de abordar o planejamento, a prestação e a avaliação do cuidado à saúde, fundamentada em parcerias mutualmente benéficas entre pacientes, famílias e prestadores dos cuidados.

O *National Health Council* dos EUA, através do programa “*Putting Patients First*”, recomenda fortemente que a assistência centrada no paciente, como qualidade dos serviços de saúde, esteja voltada para a inclusão de uma parceria entre paciente e família bem-informados e respeitados, de um lado, e do outro, uma equipe de saúde coordenada (LATOUR, 2011).

Os resultados da prestação da assistência melhoram quando o paciente e o familiar ou aquele que toma decisões em seu nome são envolvidos no processo e nas decisões a respeito do cuidado, assim como, em procedimentos e intervenções de acordo com suas expectativas culturais. Desse modo, todas as informações que envolvem o paciente, envolvem também sua família, estabelecendo-se a relação entre paciente, família e equipe de saúde (BOHOMOL, 2011).

A educação do paciente e de sua família deve ser contínua, progressiva e documentada em seu prontuário. Ela contribui para estabelecer um processo de assistência seguro, além de ser uma barreira para evitar eventos adversos (BOHOMOL, 2011).

A *Joint Commission Resources* (2006) sinaliza as principais ações para a criação de uma cultura centrada no paciente e família. Dentre essas, destacam-se: garantir canais efetivos de comunicação e participação na estrutura organizacional; encorajar pacientes e familiares a expressar suas dúvidas e anseios; respeitar e valorizar as opiniões e questionamentos do paciente e educá-lo para que possa participar de seu cuidado e tratamento de forma efetiva.

Em complementaridade a essas ações, definem-se algumas iniciativas das quais pacientes e familiares podem ser partícipes de sua própria segurança, incluindo: Fale se você tem perguntas: isso é um direito seu; Preste atenção ao cuidado que está recebendo; Eduque-se quanto ao diagnóstico, a exames e ao tratamento; Nomeie um membro em quem confia para ser seu “advogado”; Conheça os medicamentos e saiba o que são e por que eles foram prescritos; Use um profissional de saúde que rigorosamente se autoavalia em relação a padrões de segurança e participe de todas as decisões sobre o seu cuidado (WHO, 2004).

A intervenção cirúrgica ocorreu em 80,4% das internações e foi classificada principalmente como do tipo urgência. Os idosos representam um grupo de alto risco, já que são vulneráveis a complicações no período pós-operatório.

Em pacientes idosos, as intervenções cirúrgicas são uma realidade frequente, uma vez que esse grupo etário apresenta crescimento em número significativo e, conseqüentemente, expõe-se por mais tempo às morbidades de resolução cirúrgica (VENDITES; ALMADA-FILHO; MINOSSI, 2010).

Estudo realizado por Mendoza e Peniche (2009) identificou que as complicações mais frequentes no período de recuperação pós-anestésica de idosos foram: dor, hipotermia, HAS, náusea, dispneia e arritmias.

A profilaxia antibiótica foi realizada em 41,2% das internações. Essa prática é muito frequente, porém os idosos são usuários de polimedicamentos, sobretudo durante as internações hospitalares, nas quais utilizam antimicrobiano cujas reações adversas são frequentes e severas (COLET; WAZLAWICK; KARLINSKI, 2011; CAZARIM; ARAÚJO, 2011).

Pesquisa realizada por Colet, Wazlawick, Karlinski (2011) encontrou que 69% dos idosos internados em um hospital do Rio Grande do Sul, no ano de 2010, utilizaram algum tipo de antimicrobiano durante a internação.

A infusão de hemoderivados ocorreu em 16,9% das internações. A terapêutica transfusional é um procedimento que potencialmente salva vidas ou melhora rapidamente uma grave condição. Contudo, excetuando-se o risco inerente à sua utilização, pode levar o paciente a graves riscos e complicações imediatas ou tardias, quando houver falhas ou atrasos nas etapas desse procedimento (ANVISA, 2007a).

Em pacientes idosos, inúmeras enfermidades podem gerar a necessidade do uso de hemocomponentes, como importantes recursos terapêuticos para seu restabelecimento, principalmente, em casos de câncer, aplasia medular, anemias agudas ou crônicas, dentre outras. No entanto, a indicação, prescrição e administração de hemocomponentes em idosos requerem atenção especial, devido aos riscos adicionais de sobrecarga cardiocirculatória (COSTA et al., 2013).

A equipe de enfermagem responsável pela administração de hemocomponentes precisa estar atenta para a correta aplicação do procedimento. Considera-se que o profissional de enfermagem esteja diretamente envolvido com a adoção de medidas de segurança e protocolos transfusionais, visando minimizar potenciais riscos dessa terapêutica na população idosa (TOREZAN; SOUZA, 2010).

As ocorrências das reações transfusionais estão associadas a diferentes causas, dentre as quais destacam-se: os fatores de responsabilidade da equipe hospitalar, como erros de identificação de pacientes, amostras ou produtos; utilização de insumos inadequados; fatores relacionados ao receptor e/ou doador, como existência de anticorpos irregulares não detectados em testes pré-transfusionais de rotina, fatores intrínsecos do receptor e contaminação da bolsa por agentes infecciosos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Nesse contexto, as transfusões podem causar efeitos adversos ou reações em aproximadamente 10% dos casos. Desse modo, é de fundamental importância o

acompanhamento das transfusões pelo enfermeiro e demais membros da sua equipe, devendo estar sempre atentos para intervir em quaisquer circunstâncias (COSTA et al., 2013).

É obrigação do serviço de saúde, criar mecanismos que facilitem a identificação de falhas no processo e correção de problemas, através do conhecimento de técnicas corretas e a capacidade de identificação de potenciais eventos adversos (ANVISA, 2007a).

No ambiente de promoção da saúde, prevenir erros é garantir que os hemocomponentes sejam corretamente conferidos e instalados no paciente com a devida indicação e prescrição, o que colabora para uma transfusão segura. Nessa situação, os procedimentos de conferência, registros e monitoramento do sangue e dos componentes têm início no recebimento da requisição da transfusão e prescrição médica e terminam na conclusão das anotações no prontuário do paciente (ANVISA, 2007a).

Em se tratando do uso de dispositivos tubulares, independente da finalidade e do tempo de utilização pode representar potencial risco para a ocorrência de eventos adversos. Associado a isso, pode-se encontrar o uso inadequado da técnica, da manipulação e habilidade profissional.

Em virtude dos aspectos próprios da hospitalização ser deletérios ao idoso, o paciente cirúrgico ainda está exposto ao uso de equipamentos invasivos, como cateteres e sondas, o que certamente prolonga o tempo de permanência no leito e a probabilidade de eventos adversos (VENDITES; ALMADA-FILHO; MINOSSI, 2010).

Portanto, os idosos são identificados como grupo de alto risco para a ocorrência de eventos adversos durante a hospitalização (SANTOS; CEOLIM, 2009; SZLEJF, 2010; PERMPONGKOSOL, 2011; DUPOUY et al., 2013; ACKROYD-STOLARZ; BOWLES; GIFFIN, 2014).

Neste estudo, a prevalência de eventos adversos foi de 58,8%, muito superior à estimativa de 10% da *World Health Organization* (2007f). Esse achado pode ser justificado pelas comorbidades presentes nos idosos, consideradas como fatores de risco, o que os torna mais susceptíveis a sofrerem eventos adversos (ACKROYD-STOLARZ et al., 2009; SOUSA et al., 2011; HUDDLESTON et al., 2012).

Ackroyd-Stolarz et al. (2009), em um estudo de coorte retrospectivo realizado com idosos em um hospital canadense, encontraram taxa referente a 14%

de eventos adversos nas internações, sendo 42% relacionados a processos clínicos, seguidos de 28% por dispositivos tubulares, como a utilização de cateteres ou dispositivos para cirurgias de revascularização miocárdica e 19% decorrentes de medicamentos. Além disso, os autores evidenciaram que os idosos que sofrem eventos adversos, durante a internação, têm maior probabilidade de serem institucionalizados após a alta hospitalar.

Investigação realizada em diferentes unidades hospitalares da Holanda, no período entre 2004 a 2008, verificou aumento nas taxas de eventos adversos de 4,1% em 2004 para 6,2% em 2008, sendo que a maioria dos eventos estava relacionada com o procedimento cirúrgico. Além disso, o estudo destacou considerável aumento em relação ao risco de sofrer eventos adversos evitáveis para os pacientes internados em unidades cirúrgicas nos anos supracitados (BAINES et al., 2013).

Estudo realizado em três hospitais de ensino do Rio de Janeiro evidenciou que mais de 60% dos eventos adversos foram considerados evitáveis. Além disso, identificou a ocorrência de eventos adversos cirúrgicos relacionados à infecção de ferida cirúrgica, problemas com a ferida cirúrgica, hemorragia leve e grave, infecção não relacionada à ferida cirúrgica, problemas técnicos, perfuração, problemas relacionados com a colocação de prótese e acidente vascular cerebral (MOURA; MENDES, 2012).

Os resultados deste estudo corroboram a importância dos “Desafios Globais”, previsto na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente da OMS, que recomenda a higienização das mãos como método efetivo para a prevenção das infecções e a implementação de listas de verificação de segurança cirúrgica, antes, durante e após o procedimento cirúrgico, a fim de reduzir a ocorrência de eventos adversos (WHO, 2005c, 2007f).

Os eventos adversos mais frequentemente registrados estão relacionados ao processo clínico, com destaque para a dor aguda em pré e pós-operatórios não resolvida que obteve 80,2% de registros identificados, com maior ocorrência em ferida operatória.

A dor é um problema universal e transversal a muitas doenças. É subjetiva, muitas vezes difícil de descrever, mas os pacientes devem sentir que a equipe de saúde está disponível para ouvi-los. Se não for tratada, conduz a vários efeitos

adversos, tais como, cardiovasculares, imunológicos, trombóticos, psicológicos, sociais, alterações do sono ou a própria cronificação da dor (SILVA; DIXE, 2013).

Estudo realizado por Gianni et al. (2010) avaliou a prevalência da dor em idosos de oito hospitais geriátricos da Itália e encontrou que a dor não tratada ou tratada insuficientemente esteve presente em 67,3% das internações. Os autores, ainda, demonstraram que a maioria dos idosos internados considerou a terapia medicamentosa como de baixa ou nenhuma eficácia.

O tratamento da dor em idosos atendidos em unidades hospitalares é um desafio enfrentado pela equipe de saúde, devido aos riscos de eventos adversos associados ao tratamento farmacológico (TRACY; MORRISON, 2013; HWANG; PLATTS-MILLS, 2013).

Hwang e Platts-Mills (2013) apontam para a necessidade em avaliar, tratar e reavaliar a presença de dor no idoso, assim como selecionar o tratamento farmacológico adequado, a fim de evitar riscos para o paciente. Os autores evidenciam a necessidade em manter boa comunicação entre a equipe de saúde, para otimizar o cuidado seguro e eficaz.

A abordagem mais utilizada no âmbito da segurança do paciente e a qualidade no processo do controle da dor encontram-se diretamente relacionadas à característica do próprio paciente, à indicação apropriada do uso terapêutico, à administração correta, à seleção criteriosa dos fármacos e à avaliação dos eventos adversos por fármacos, principalmente, pela equipe de enfermagem que é responsável pelo monitoramento dos pacientes em tempo integral (SECOLI et al., 2009).

Foram encontrados 7,2% registros de eventos adversos relacionados à retirada não programada de dispositivos tubulares e obstrução de dispositivos tubulares envolvendo cateter venoso periférico, sonda vesical de demora, sonda nasogátrica e dreno de suctor.

Carneiro et al. (2011), em um estudo realizado com adultos na clínica cirúrgica de um hospital universitário, encontraram eventos adversos referentes a sondas, drenos e cateteres; desses, 105 (64,82%) envolveram sondas do tipo nasoentéricas, nasogástricas, orotraqueal, vesical, cistostomia e gastrostomia; 28 (17,28%) estiveram relacionados a cateter venoso periférico; 23 (14,20%), a cateter venoso central e seis (3,70%), a drenos tubulares.

A literatura evidencia que os eventos adversos predominantes são complicações relacionadas à retirada não programada de sonda, obstrução de sonda, infiltração, obstrução ou flebite em acesso venoso periférico antes de 72 horas de punção, sinais flogísticos em acesso venoso central, lesão por contenção, hematomas por técnica incorreta de administração da enoxaparina sódica, hiperemia na inserção de dreno e deiscência na ferida cirúrgica (NASCIMENTO et al., 2008; BECCARIA et al., 2009; SANTOS; CEOLIM, 2009; CORREIA; AMARO; SOFIA, 2013).

Os eventos adversos relacionados à medicação se limitaram a 2,6% de registros de reações adversas a medicamentos. Esses eventos podem ser atribuídos ao desconhecimento da equipe, às reações adversas aos fármacos, à falta de avaliação e, ainda, à subnotificação.

A vulnerabilidade dos idosos aos eventos adversos relacionados a medicamentos é bastante alta (SECOLI, 2010; DUPOUY et al., 2013), o que se deve à complexidade dos problemas clínicos, à necessidade de múltiplos agentes e às alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas inerentes ao envelhecimento (SECOLI, 2010).

Em idosos, as alterações fisiológicas do envelhecimento como o declínio das funções hepática e renal aumentam os riscos envolvendo medicamentos (PEDREIRA; BRANDÃO; REIS, 2013). A prescrição de medicamentos inapropriados em que os riscos de seu uso superam seus benefícios é uma das principais causas de reações adversas em idosos (MUNCK; ARAÚJO, 2012).

Dupouy et al. (2013), em um hospital universitário de Toulouse, na França, encontraram 64 eventos adversos em uma população de 56 pacientes idosos hospitalizados. A maioria desses eventos foi relacionada a medicamentos, especialmente, os do sistema nervoso e anti-infecciosos.

O estudo de Praxedes, Telles Filho e Pinheiro (2011) analisou a frequência de prescrições de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos segundo os critérios de *Beers*, bem como descreveu as reações adversas advindas dessas prescrições em uma instituição hospitalar do interior de Minas Gerais. Os resultados evidenciaram que 47,3% dos prontuários e 51,2% das prescrições continham medicamentos potencialmente inapropriados. Em relação às reações adversas, o número de casos observado em 26 prontuários chegou a 42,3%. O maior

responsável pelas reações foi o medicamento diazepam, com 45,4%, e o tipo de reação mais comum foi a sonolência e a letargia.

Estudo realizado com 1.254 indivíduos com 60 anos ou mais, participantes do Estudo SABE, no município de São Paulo, verificou prevalência de 28% do uso de medicamentos potencialmente inapropriados. Além disso, identificaram-se o uso de cinco ou mais medicamentos e a presença de duas ou mais doenças crônicas associadas ao uso de medicamentos potencialmente inapropriados (CASSONI et al., 2014).

Munck e Araújo (2012) determinaram a prevalência de medicamentos inapropriados prescritos para pacientes idosos no hospital universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora/MG, entre janeiro e junho de 2011. Demonstraram que 62,8% dos pacientes avaliados tiveram, pelo menos, um medicamento potencialmente inapropriado prescrito durante a internação. Além disso, observou-se que os pacientes com maior tempo de internação e aqueles submetidos à polifarmácia tiveram maior número de medicamentos inapropriados prescritos.

Parte-se do pressuposto que são frequentes os casos de prescrição inapropriada em idosos hospitalizados, o que pode aumentar o risco do paciente apresentar reações adversas, complicando o quadro clínico e o prolongamento do tempo de internação (PRAXEDES; TELLES FILHO; PINHEIRO, 2011; MUNCK; ARAÚJO, 2012).

De acordo com Guimarães e Moura (2012), a vulnerabilidade dos idosos a eventos adversos é alta, seja pela necessidade de múltiplos agentes farmacológicos seja pelas alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas inerentes ao envelhecimento. A adequação das prescrições, por meio da identificação de medicamentos impróprios, é um fator importante para aumentar a segurança e a efetividade do tratamento administrado.

Secoli (2010) aponta estratégias que podem ajudar a prevenir e minimizar eventos adversos associados ao uso de medicamentos por idosos, como a educação dos usuários no que concerne à prática da automedicação, inclusive de fitoterápicos; orientação acerca dos riscos da interrupção, troca, substituição ou inclusão de medicamentos sem conhecimento dos profissionais da saúde; aprazamento criterioso dos horários da prescrição/receita médica, de modo a evitar a administração simultânea de medicamentos que podem interagir entre si ou com

alimentos e o monitoramento das reações adversas a medicamentos implicadas em desfechos negativos.

Para Cassoni et al. (2014), são necessários critérios específicos e ampla divulgação da farmacologia clínica do idoso e implementação de protocolos ou *softwares* para auxiliar a prescrição racional para esse grupo etário. Além de adoção de programas efetivos de farmacovigilância capazes de monitorar as diferentes etapas do processo de uso de medicamentos, tais como: prescrição, dispensação, comercialização, administração e adesão ao tratamento (PAULA; BOCHNER; MONTILLA, 2012).

A presença de eventos adversos relacionados aos hemoderivados aponta falhas no processo de provisão de concentrado de hemácia e tipo sanguíneo, interferindo na continuidade do processo da terapia transfusional.

Os eventos adversos relacionados à administração clínica foram destacados 3,8% registros de suspensões cirúrgicas. Esse tipo de ocorrência faz parte do cotidiano do hospital, no qual o agendamento cirúrgico é cancelado por problemas de insumos, condições clínicas do paciente e de prioridades médicas.

Os idosos merecem atenção especial no agendamento cirúrgico, devido à presença de doenças prévias que devem ser avaliadas e tratadas antes da cirurgia. Outro fator que justifica o cancelamento de cirurgias em idosos é a necessidade de um acompanhante (MACEDO et al., 2013).

O cancelamento de cirurgias implica em elevada perda de insumos financeiros pela unidade de saúde, podendo representar uma ineficiente gestão de um centro de custos hospitalares, além de atrasos em cronograma interno de cirurgias e a realização de outros procedimentos envolvendo os usuários da unidade hospitalar, evidenciando uma transgressão a pressupostos gerenciais administrativos (BOMFIM; FERREIRA, 2008).

Barbosa et al. (2012) evidenciaram taxa de suspensão cirúrgica referente à 14,14% e 63,78% de cirurgias suspensas com ausência de registro da justificativa da suspensão. Das suspensões justificadas, 8,82% foram por não internação do paciente; 8,30%, por condições clínicas do paciente inadequadas; 8,14%, por problemas administrativos; 4,27%, por questões assistenciais; 2,77%, por questões estruturais; 1,82%, por ausência do paciente e 2,10%, por outros motivos. Os autores concluíram que é necessário adotar medidas para garantia da segurança do paciente e qualidade no serviço oferecido.

Estudo de Macedo et al. (2013), em um hospital público universitário, relatou o cancelamento de 1.449 cirurgias por motivos relacionados ao cirurgião, ao anestesiológico e ao enfermeiro. As especialidades cirúrgicas que apresentaram as maiores frequências de cancelamento foram: ortopedia, gastrocirurgia, oftalmologia e otorrinolaringologia. O estudo revelou que 46,5% dos usuários não tiveram sua cirurgia reprogramada e/ou realizada, além disso, houve pouco envolvimento dos profissionais, excesso de agendamento e desistência do usuário por recusa ou não comparecimento.

Os fatores determinantes para a suspensão cirúrgica, nos hospitais de ensino de São Paulo e Rio de Janeiro, estiveram relacionados ao paciente e à instituição, tais como: não comparecimento para internação e condições clínicas desfavoráveis; a organização da unidade devido à falta de leitos disponíveis para internação; falta de materiais; ocorrência de cirurgias de emergência; a alocação de recursos humanos ou ainda a alocação de recursos materiais e equipamentos (PERROCA; JERICÓ; FACUNDIN, 2007; SOUZA et al., 2010).

Os eventos adversos do tipo infecção hospitalar, cerca de 1,9% foram relacionados ao sítio cirúrgico, flebite e sepse.

As infecções hospitalares são eventos indesejáveis, particularmente no período pós-operatórios dos idosos, pois contribuem para quadro de morbidade e mortalidade hospitalar (LENARDT et al., 2010). Os quadros infecciosos prolongam o tempo de internação e elevam os custos assistenciais, variando conforme o sítio infeccioso (PEDREIRA; BRANDÃO; REIS, 2013; IZAIAS et al., 2014).

Izaias et al. (2014) caracterizaram o perfil de infecções hospitalares em uma amostra composta por 341 idosos e encontraram índice de infecção hospitalar 3% superior à média mensal. Os sítios infecciosos mais comuns estiveram relacionados ao trato respiratório, urinário e sítio cirúrgico.

Estudo realizado com registros de 114 idosos com infecção do sítio cirúrgico, em um hospital de ensino em Curitiba/PR, identificou os fatores referentes à internação cirúrgica do idoso que apresentaram relação significativa de risco para mortalidade, prolongamento do tempo de internação e caracterização da infecção no sítio cirúrgico. O estudo, ainda, apontou que a variável reinternação teve associação significativa para o desfecho de alta hospitalar. Quanto à categoria procedimento cirúrgico, relacionaram-se, significativamente, à mortalidade dos idosos, à realização de dois ou mais procedimentos cirúrgicos, com destaque para quatro cirurgias

durante o mesmo período de internação e à classificação cirúrgica do tipo emergência (LENARDT et al., 2010).

Os eventos adversos do tipo infecções, nos serviços de saúde, ameaçam tanto os pacientes, quanto os profissionais e podem ocasionar sofrimentos e gastos excessivos para o paciente, família e o sistema de saúde. Além disso, podem implicar em processos e indenizações judiciais, nos casos comprovados de negligência durante a assistência prestada (ANVISA, 2007b).

O controle de infecções é uma realidade constante em âmbito hospitalar, principalmente, pela elevada quantidade de antibióticos utilizado e o consequente aumento de infecções causadas por bactérias multirresistentes. Desse modo, há uma preocupação mundial no controle dessas, nos danos gerados para o paciente que as adquire e, também, em relação aos custos decorridos nas taxas de infecções (PEDREIRA; BRANDÃO; REIS, 2013). É de fundamental importância, em âmbito hospitalar, a disseminação de um protocolo de higiene das mãos, a fim de melhorar a qualidade no atendimento e manter o cuidado seguro ao paciente.

A queda é um dos eventos adversos mais comuns entre pacientes hospitalizados (PRATES et al., 2014; LAUS et al., 2014). Quando sofrida, durante a internação hospitalar, representa uma das ocorrências mais importantes da falta de segurança e é, frequentemente, responsável pelo aumento do tempo de internação e piores condições de recuperação dos pacientes (ABREU et al., 2012; CORREA et al., 2012).

Meneguín, Ayres e Bueno (2014) analisaram 67 notificações de eventos adversos e registraram 2,04 quedas/mil paciente-dia, a maioria do sexo masculino, idade média de 64 anos, ocorridas nos primeiros 30 dias de internação e no período noturno, sendo que a queda da própria altura contribuiu com 64,2% dos casos.

O estudo de Prates et al. (2014) apontou 185 eventos de quedas de pacientes em um hospital do Sul do Brasil, sendo 93,5% em unidades de internação clínico-cirúrgicas e 6,5% em atendimento no serviço de emergência. A maioria ocorreu no quarto do paciente e da própria altura. Dos pacientes que caíram, 90,8% tinham risco para queda pré-determinado, sendo a idade (≥ 65) o principal fator. Das lesões decorrentes, 82,6% apresentaram dano leve e 14 desses casos influenciaram o aumento do tempo de permanência hospitalar.

Resultados do estudo de Correa et al. (2012) permitiram identificar que as quedas ocorrem principalmente da própria altura, no turno da noite, em quarto ou

banheiro, muitas vezes com a presença de acompanhante e com deambulação do paciente sem utilização das devidas medidas preventivas, indicando a necessidade de reforço das orientações de enfermagem aos pacientes e acompanhantes.

As quedas podem diminuir a capacidade funcional, resultando em comprometimento e implicações importantes para o idoso, a família, a comunidade e o sistema de saúde. No entanto, a incapacidade funcional ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos (FHON et al., 2012).

Queda em idosos afeta a qualidade de vida dos mesmos em decorrência de circunstâncias desencadeadas pela imobilidade e dependência. Além disso, contribui para o aumento da mortalidade, principalmente, por fraturas que necessitam de intervenções cirúrgicas (MENEGUIN; AYRES; BUENO, 2014). Os danos decorrentes desse tipo de evento trazem consequências para o paciente, devido à possibilidade de agravamento de sua condição clínica e, para a instituição, devido ao prejuízo na sua imagem e pelas questões éticas e legais envolvidas (PRATES et al., 2014)

Abreu et al. (2012) apontam que as quedas em meio hospitalar se diferem do doméstico, devido ao movimento próprio e alterações de espaço e organização, o que representa grande mudança, principalmente, para os doentes mais idosos ou com maior dificuldade de ajustamento a alterações do seu ambiente. Por outro lado, as alterações das condições físicas das pessoas internadas, associadas ou não à doença que motivou a internação, as colocam em uma situação de maior fragilidade, com comprometimento do funcionamento físico e/ou psicológico.

Para Prates et al. (2014), o tipo de queda é uma questão complexa de ser analisada e comparada, visto que é dependente das características da instituição e da população pesquisada. Além disso, a segurança do ambiente, incluindo a presença de leitos com grades, barra de apoio no banheiro, supervisão periódica das condições da área física das unidades podem ser diferentes de acordo com o tipo de instituição, o que influenciará maior prevalência de um determinado tipo de queda.

Por esse fato, a evolução do estado do paciente deve ser diária e a observação contínua, durante todo o período de internação, principalmente para aqueles pacientes que apresentam fatores de risco de queda. Além disso, são

fundamentais a informação e a orientação do paciente e dos acompanhantes para prevenção de queda (MENEGUIN; AYRES; BUENO, 2014).

Os eventos adversos devem ser monitorizados permanentemente, o que exige avaliação sistemática dos efeitos e medidas adotadas. Um importante fator a ser destacado é a avaliação clínica do paciente no momento da sua admissão hospitalar, visando identificar, de forma precoce, a existência de fatores de risco predisponentes às quedas e propor protocolos para prevenção desses eventos (ABREU et al., 2012; LAUS et al., 2014).

Considerando as sérias complicações que as quedas podem trazer aos idosos, os acompanhantes dos mesmos devem ser, frequentemente, orientados em relação ao risco, de tal forma que, falhas nessa comunicação poderão contribuir para a ocorrência de quedas. Evidenciam-se, também, a necessidade de medidas de segurança para o paciente idoso, com modificação dos comportamentos dos enfermeiros, a orientação dos cuidados, por meio da utilização de escalas de avaliação do risco, e o desenho de *guidelines* contextualmente adequado (ABREU et al., 2012).

As úlceras por pressão constituem um problema comumente identificável em idosos hospitalizados, especialmente, quando os pacientes apresentam comprometimento de sua capacidade funcional, assumindo grande relevância para a prática clínica e para o cuidado de enfermagem. Sua manifestação relaciona-se com a condição clínica do idoso, como também reflete a qualidade da assistência prestada por parte dos profissionais de saúde, uma vez que sua prevenção é de fácil execução e de baixo custo (FERNANDES et al., 2012).

Pesquisa realizada em um hospital público de João Pessoa/PB apontou que 46 idosos desenvolveram úlcera por pressão durante a hospitalização, sendo 54,3% do sexo masculino, na faixa etária de 80 anos, com tempo de internação entre 16 a 30 dias, sendo a região sacral a mais acometida pelas lesões (SÁ et al., 2012).

Parte-se do pressuposto que a equipe de enfermagem presta cuidado ininterrupto ao paciente, o que remete à necessidade de maior atenção sobre os cuidados para a prevenção das úlceras por pressão. Torna-se evidente, dispensar maior tempo para o acompanhamento e assistência a pacientes acamados e melhor dimensionamento de pessoal de enfermagem (BEZERRA et al., 2012).

Em relação à gravidade dos danos causados pelos eventos adversos, 73,1% foram classificados como danos leves, 25,4%, moderados, 0,6%, graves e 0,9%, óbito. Destaca-se que o óbito foi maior que os eventos adversos com dano grave.

Paranaguá (2012) classificou os danos decorrentes de eventos adversos ocorridos em uma clínica cirúrgica de um hospital universitário e identificou que 78,0% foram considerados leves, 16,5%, moderados, 2,3%, graves e 3,2%, óbitos.

O estudo de Sousa et al. (2011) encontrou que 61% dos eventos adversos não causaram nenhum dano ou incapacidade física ou dano mínimo, 5,7% dos casos causaram danos permanentes, incapacidade ou disfunção e 10,8%, ocorreram óbito.

Investigação realizada por Moura e Mendes (2012) mostrou taxa de mortalidade dos pacientes com eventos adversos cirúrgicos estimada em 18,4%. O estudo ainda evidenciou proporção de eventos adversos cirúrgicos evitáveis que resultaram em óbito, com estimativa referente a 17,9%.

Quanto ao turno de ocorrência dos eventos adversos, a maioria desses eventos, cerca de 32%, foi durante o turno noturno. Dados que se assemelham a outros estudos (CARNEIRO et al., 2011; LAUS et al., 2014; PRATES et al., 2014; MENEGUIN; AYRES; BUENO, 2014).

O trabalho afeta diretamente o equilíbrio psíquico do trabalhador, de tal modo que não há como dissociar a saúde psicológica da física e, por isso, o trabalho noturno demanda uma reformulação de hábitos de vida (GIRONDI; GELBCKE, 2011).

É importante que o trabalhador conheça os limites físicos do seu corpo, para que a realização da atividade não interfira no processo saúde-doença e, ao mesmo tempo, não comprometa a qualidade da assistência prestada (SILVA et al., 2011).

O trabalho noturno pode causar impacto negativo à saúde dos trabalhadores, assim como, nos períodos de sono e vigília e no funcionamento fisiológico humano. Além disso, pode acarretar sensação de mal-estar, fadiga, flutuações no humor, redução no desempenho devido ao déficit de atenção e concentração e ainda pode provocar distúrbios gastrointestinais (SILVA; PINTO, 2012).

Silva et al. (2011) compreendem a necessidade de adotar medidas para reduzir o impacto na saúde e melhorar a segurança no trabalho dos trabalhadores do período noturno. Dentre as estratégias a serem instituídas em nível

organizacional, destacam-se: investir na melhoria das condições de trabalho, incluindo boa iluminação, orientação aos trabalhadores sobre as repercussões da realização do trabalho noturno em suas vidas e a implantação e incentivo aos trabalhadores da prática da ginástica laboral no intuito de colaborar com a saúde e qualidade de vida dos profissionais.

Para a exposição aos eventos adversos, considerou-se, estatisticamente significativa, aquele paciente com tempo de internação igual ou superior a nove dias, presença de acompanhante, prescrição de seis ou mais medicamentos por dia, infusão de hemoderivado, uso de cateter e sonda. Os resultados assemelham-se aos encontrados no estudo de (NASCIMENTO et al., 2008; SANTOS; CEOLIM, 2009; SZLEJF, 2010; SECOLI, 2010; CARNEIRO et al., 2011).

Quanto aos fatores associados, o tempo de internação superior a nove dias demonstrou ser fator de risco para a ocorrência de eventos adversos, aumentando a probabilidade em 34 vezes.

Os fatores que geram aumento no tempo de internação hospitalar são diversos, podendo variar de acordo com o sexo, idade, diagnóstico, condições clínicas do paciente, assistência prestada e recursos disponíveis na instituição (SILVA et al., 2014). Além disso, a falta de recursos, equipamentos quebrados, atraso/cancelamento de cirurgias, atrasos na realização de exames complementares e especializados, como também atrasos na entrega de resultados dos exames diagnósticos, dificuldades financeiras, familiares e sociais podem gerar aumento da permanência hospitalar (ROQUE; MELO, 2011; SILVA et al., 2014).

O tempo de permanência comumente mais curto do que o esperado pode indicar a presença de esforços voltados para a diminuição de custos através da alta prematura dos pacientes, ou seja, baixa qualidade. Por outro lado, tempo de permanência, significativamente, mais longo do que o esperado, também, pode ser indicativo de ineficiência administrativa ou baixa qualidade do cuidado prestado, por estar associado a complicações resultantes do cuidado deficiente (ROQUE; MELO, 2011).

A ocorrência de eventos adversos proporciona danos não só para os pacientes, mas também para as instituições hospitalares, resultando em aumento do tempo de internação, intervenções diagnósticas/terapêuticas, exames e procedimentos extras, comprometimento da qualidade do atendimento, da imagem institucional e elevação dos custos hospitalares (PADILHA et al., 2002).

A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente enfatiza a necessidade de desenvolver diferentes tipos de investigação para melhorar a segurança do paciente e prevenir os possíveis danos que compreendem: determinar a magnitude do dano, o número e tipos de eventos adversos que prejudicam os pacientes; entender as causas fundamentais dos danos ocasionados aos pacientes; identificar soluções para alcançar uma atenção à saúde mais segura e avaliar o impacto das soluções em situações da vida real (OMS, 2008).

A ocorrência de eventos adversos afeta a credibilidade da instituição, podendo influenciar a confiança dos usuários do sistema de saúde. De modo geral, priorizam-se, durante o processo de hospitalização, as necessidades de segurança e conforto dos pacientes, assim como as que foram prejudicadas pela internação, além do empenho dos gestores das instituições de saúde para atender, satisfatoriamente, à demanda da clientela (MENEGUIN; AYRES; BUENO, 2014).

7 - CONCLUSÃO

A análise dos eventos adversos ocorridos durante as internações de idosos, em uma Clínica Cirúrgica de um hospital universitário da região Centro-Oeste do Brasil, alcançou os objetivos propostos e apresentou as seguintes conclusões:

A maioria dos pacientes era do sexo masculino, com faixa etária entre 60 a 90 anos e média de idade de 68,5 anos.

Em relação ao estado conjugal, 43,1% dos idosos eram casados (as) ou viviam com as (os) companheiras (os) e 12,7% eram viúvos (as).

No que se refere à escolaridade, 37,3% possuíam ensino fundamental incompleto e 16,2% não eram alfabetizados.

Quanto à situação previdenciária, 50,4% eram aposentados.

A presença de comorbidades foi registrada em 68,5% das internações, destacando-se a hipertensão arterial e o diabetes.

Em relação aos aspectos funcionais, 18,8% apresentaram dificuldades para deambulação; 9,2% apresentaram repouso no leito devido ao procedimento realizado; 5,4% deambularam com auxílio de andador, bengalas, cadeira de rodas ou muletas; 1,2% idosos possuíam o membro amputado; 0,4% possuíam déficit auditivo; 1,9% eram portadores de confusão mental e dificuldade na fala; 2,4% possuíam baixa acuidade visual e visão turva, como também endoftalmite, edema com vermelhidão e sangramento.

A maioria das admissões na Clínica Cirúrgica foi do tipo urgência com 57,7%; as especialidades com maior número de atendimento foram cirurgia geral com 21,9%, seguida da cirurgia vascular 16,2%, proctologia 13,8% e urologia 12,3%.

Em 54,6% das internações teve a presença de acompanhante, com tempo de internação de até 110 dias e predominância de um a três dias para 55,8% das internações.

A intervenção cirúrgica ocorreu em 80,4% das internações, sendo a profilaxia antibiótica realizada em 41,2%. A infusão de hemoderivados ocorreu em 16,9% das internações.

O uso de dispositivos tubulares foi frequente, sendo que 87,3% das internações foram submetidas à implantação de cateter venoso periférico e central; 35,4% utilizaram sonda, em sua maioria vesical, nasogástrica e nasoenteral e 28,1% das internações fizeram uso de dreno de suctor, abdominal e penrose, além de outros dispositivos.

As anotações realizadas nos prontuários foram feitas por vários profissionais da equipe de saúde, destacando-se o auxiliar/técnico de enfermagem com 100% das anotações, 93,8% foram feitas por médicos, 72,7%, por enfermeiros, 40,8%, por psicólogos, 38,1%, por assistentes sociais, 36,9%, por nutricionistas, 13,5%, por fonoaudiólogos e 13,1%, por fisioterapeutas. Não foi encontrado nenhum registro do quadro clínico do paciente pelos odontólogos.

Foram identificados 531 registros de eventos adversos, correspondendo à média de 2,04 eventos por internação.

A taxa de prevalência foi de 58,8%, tendo como fator de risco independente, o tempo de internação superior a nove dias que apresentou 34 vezes maior probabilidade de ocorrer eventos adversos, do que nas internações com tempo de internação com até nove dias.

Os tipos de eventos adversos mais frequentes foram relacionados ao processo clínico, destacando a dor aguda em pré e pós-operatórios não resolvida, com 80,2% de registros, retirada não programada de dispositivos tubulares e obstrução de dispositivos tubulares 7,2%, falhas durante procedimentos técnicos 1,1%, deiscência cirúrgica 0,9% e processo alérgico não medicamentoso com 0,6% registros identificados.

Os eventos adversos relacionados a medicamentos foram relacionados à reação adversa a medicamentos 2,6%.

Foram identificados eventos adversos relacionados aos hemoderivados, resultantes da falta de sangue 0,4%.

Em relação à administração clínica, destacam-se a suspensão de cirurgia 3,8% e o exame marcado e não realizado 0,9%.

Outros eventos adversos estavam relacionados à infecção do sítio cirúrgico, flebite e sepse 1,9%.

Os eventos adversos relacionados a acidentes com o paciente, como a ocorrência de quedas e de úlceras por pressão ambas com 0,2%, foram registrados em menor proporção.

Em relação ao turno de ocorrência, a maioria dos eventos adversos ocorreu durante o turno noturno com 32%, seguido do matutino 27%, vespertino 19% e 22% não foram registrados.

Quanto à gravidade dos danos causados pelos eventos adversos, 73,1% foram classificados como danos leves, 25,4%, moderados, 0,6%, graves e 0,9% óbito.

Não foram evidenciadas nos registros as condutas adotadas pela equipe de saúde ou pela própria instituição, frente à ocorrência de eventos adversos com o idoso hospitalizado.

8 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta investigação possibilitou identificar alta prevalência de eventos adversos ocorridos com idosos no contexto hospitalar, índice acima do estimado pela *World Health Organization* (2007f), denotando a influência da vulnerabilidade dessa população aos eventos adversos. Possivelmente, pelo fato de possuírem maior número de comorbidades e, na maioria das vezes, receberem tratamento semelhante aos adultos de outros grupos etários.

Os eventos adversos identificados foram resultantes das atividades dos profissionais, o que reflete diretamente na qualidade da assistência prestada, além disso repercutem em prejuízos para o sistema de saúde, especificamente, por acarretar custos adicionais aos estabelecimentos de saúde, aos pacientes e à sociedade, constituindo-se importantes problemas de saúde pública.

Como limitações, o estudo permitiu identificar falta de registro de condutas adotadas pela equipe de saúde e instituição frente à ocorrência de eventos adversos. Assim como, a inexistência de informações e de subnotificações que pode estar associada a receios e/ou medos da equipe multiprofissional em formalizar a ocorrência do evento por fatores punitivos.

A partir dessas evidências, torna-se necessário que a instituição adote medidas que orientem e despertem os profissionais para reflexões capazes de provocar mudança de atitude, para que haja o aperfeiçoamento e o registro adequado da ocorrência dos eventos adversos, tendo como foco a cultura de segurança não punitiva.

O desafio em melhorar a qualidade no atendimento envolve a necessidade em priorizar a educação continuada do profissional, com foco nas Políticas Nacionais de Assistência ao Idoso, assim como na Segurança do Paciente, visando capacitar e sensibilizar a equipe multiprofissional no desenvolvimento de competências fundamentais para prestar uma assistência livre de danos a esse segmento populacional.

Como enfermeira e pesquisadora na área da segurança do paciente, acredito que, com a implementação de políticas educativas que subsidie a formação de uma cultura de segurança nos serviços de saúde e com a abordagem dessa temática na grade curricular nos cursos de graduação e pós-graduação em saúde, poderão minimizar possíveis falhas que possam interferir na assistência segura e de qualidade.

Por fim, faz-se necessário que os gestores e profissionais da saúde adotem ações de promoção, proteção, manutenção, reabilitação da saúde, como também de tratamento das doenças, buscando sempre o benefício para o paciente, com o propósito de promover uma assistência embasada na qualidade e segurança do paciente idoso hospitalizado. Além disso, é de fundamental importância o desenvolvimento de estudos voltados, especificamente, para estratégias preventivas de eventos adversos em idosos hospitalizados, com a incorporação de evidências científicas na prática dos profissionais de saúde.

9 - *REFERÊNCIAS*

- Abreu C, Mendes A, Monteiro J, Santos FR. Quedas em meio hospitalar: um estudo longitudinal. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2012;20(3):597-03.
- Ackroyd-Stolarz S, Bowles SK, Giffin L. Validating administrative data for the detection of adverse events in older hospitalized patients. *Drug Healthc Patient Saf*. 2014;6:101-08.
- Ackroyd-Stolarz S, Guernsey JR, MacKinnon NJ, Kovacs G. Impact of adverse events on hospital disposition in community-dwelling seniors admitted to acute care. *Healthc Q*. 2009;12:34-9.
- Albuquerque GA, Leite MF, Belém JM, Nunes JFC, Oliveira MA, Adami F. O homem na atenção básica: percepções de enfermeiros sobre as implicações do gênero na saúde. *Esc Anna Nery*. 2014;18(4):607-14.
- Alexandre TS, Cordeiro RC, Ramos LR. Factors associated to quality of life in active elderly. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(4):613-21.
- Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). *Cad Saúde Pública*. 2009;25(6):1337-49.
- Almeida ABA, Aguiar MGG. O cuidado do enfermeiro ao idoso hospitalizado: uma abordagem bioética. *Rev bioét (Impr)*. 2011;19(1):197-17.
- Alvarenga LN, Kiyari L, Bitencourt B, Wanderley KS. Repercussões da aposentadoria na qualidade de vida do idoso. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(4):796-02.
- Alves DB, Barbosa MTS. Desigualdades na mortalidade por doenças crônicas entre idosos e sua associação com indicadores socioeconômicos no Brasil. *RBCEH*. 2010;7(1):22-33.
- Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(8):1924-30.
- ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Hemovigilância: manual técnico para investigação das reações transfusionais imediatas e tardias não infecciosas. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2007a.
- ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Higienização das mãos em serviços de saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2007b.
- ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. Hospitais Sentinela. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2009.

Arán M, Peixoto Júnior CA. Vulnerabilidade e vida nua: bioética e biopolítica na atualidade. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(5):849-57.

Araújo CL. Conhecimento de idosos sobre o uso de medicamentos e interação medicamentosa. *RBCEH*. 2011;8(2):188-95.

Araújo MTC, Caldas RN. Exercício físico na melhor idade: uma prescrição com “novos olhares” sobre “velhos conceitos”. *Revista Baiana de Educação Física*. 2002;3(1):47-57.

Baines RJ, Langelaan M, de Bruijne MC, Asscheman H, Spreeuwenberg P, van de Steeg L et al. Changes in adverse event rates in hospitals over time: a longitudinal retrospective patient record review study. *BMJ Qual Saf*. 2013;22(4):290-8.

Barbosa MH, Miranda Goulart DM, Vieira de Andrade E, De Mattia AL. Análise da suspensão de cirurgias em um hospital de ensino. *Enferm Glob*. 2012;26:174-83.

Barchifontaine CP. Vulnerabilidade e dignidade humana. *O Mundo da Saúde*. 2006;30(3):434-40.

Bastos JLD, Duquia RP. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. *Scientia Medica*. 2007;17(4):229-32.

Beccaria LM, Pereira RAM, Contrin LM, Lobo SMA, Trajano DHL. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2009;21(3):276-82.

Bezerra ALQ, Queiroz ES, Weber J, Paranaguá TTB. Eventos adversos: indicadores de resultados segundo a percepção de enfermeiros de um hospital centinela. *Enferm Glob*. 2012;27:198-09.

Bezerra ALQ, Silva AEBC, Branquinho NCSS, Paranaguá TTB. Análise de queixas técnicas e eventos adversos notificados em um hospital sentinela. *Rev Enferm UERJ*. 2009;17(4):467-72.

Blegen MA, Vaughn T, Pepper G, Vojir C, Stratton K, Boyd M et al. Patient and staff safety: voluntary reporting. *American Journal of Medical Quality*. 2004;19(2):67-74.

Bohomol E. Participação da família na segurança do paciente. In: Harada MJCS. *Gestão em enfermagem: ferramenta para a prática segura*. São Caetano do Sul: Yendis; 2011. p.295-04.

Bomfim VO, Ferreira JBC. Análise do absenteísmo cirúrgico em hospital público. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2008;32(2):241-52.

Borghesi ACS. As complicações pós-operatórias do paciente idoso e as implicações ao cuidado de enfermagem gerontológico [dissertation]. Curitiba: Faculdade de Enfermagem; 2007.147 p.

Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard medical practice study I. *N Engl J Med*. 1991;324(6):370-76.

Caldana G, Gabriel CS, Bernardes A, Évora YDM. Indicadores de desempenho em serviço de enfermagem hospitalar: Revisão integrativa. *Rev Rene*. 2011;12(1):189-97.

Camarano AA. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro (Brasil): IPEA; 2004.

Camarano AA, Pasinato MT. O Envelhecimento Populacional na Agenda das Políticas Públicas. In: Camarano AA, organizador. *Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?* Rio de Janeiro (Brasil): IPEA; 2004.

Cancela DMG. O processo de envelhecimento. *Psicologia. com. pt - O portal dos psicólogos* [Internet]. 2007 [cited 2014 ago 06]. Available from: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>.

Canon MBF, Couto TV. Uma proposta de atuação da Terapia Ocupacional junto a idosos hospitalizados. *Cad Ter Ocup UFSCar*. 2014;22(2):373-82.

Carmo CN, Hacon SS, Jacobson LSV, Mourão DS, Ignotti E. Mortalidade por doenças cardiorrespiratórias em idosos no estado de Mato Grosso, 1986 a 2006. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(6):1112-19.

Carneiro FS, Bezerra ALQ, Silva AEBC, Souza LP, Paranaguá TTB, Branquinho NCSS. Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade. *Rev Enferm UERJ*. 2011;19(2):204-11.

Carretta MB, Bettinelli LA, Erdmann AL, Higashi GDC, Santos JLG. Compreendendo o significado do ser idoso vivenciando sua autonomia na hospitalização. *Rev Rene*. 2013;14(2):331-40.

Carvalho-Filho ET, Saporetto L, Souza MAR, Arantes ACLQ, Vaz MYKC, Hojaiji NHSL et al. Iatrogenia em pacientes idosos hospitalizados. *Rev Saúde Pública*. 1998;32(1):36-42.

Carvalho-Filho ET, Souza MAR, Vaz CMK, Hojaij NSL, Yoshihara LAK. Iatrogenia no idoso. *Rev Bras Med*. 1996;53(3):117-37.

Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):725-33.

Carvalho VT, Cassiani SHB, Chiericato C, Miasso AI. Erros mais comuns e fatores de risco na administração de medicamentos em unidades básicas de saúde. *Rev Lat Am Enfermagem*. 1999;7(5):67-75.

Cassoni TCJ, Corona LP, Romano-Lieber NS, Secoli SR, Duarte YAO, Lebrão ML. Uso de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos do Município de São Paulo, Brasil: Estudo SABE. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(8):1708-20.

Cazarim MS, Araújo ALA. O paciente idoso sob o aspecto da utilização de antimicrobianos: repercussão ao sistema público de saúde brasileiro (SUS). *Rev Ciênc Farm Básica Apl*. 2011;32(3):305-11.

Chaimowicz F. *Saúde do idoso*. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon UFMG; 2013.

Charles V. *Segurança do paciente: orientações para evitar os eventos adversos*. Porto Alegre (RS): Yendis; 2010.

Chavaglia SRR, Ohl RIB, Ferreira LA, Santiago VR, Abdanur AF, Soares AS. Caracterização de pacientes com lesão cutânea em unidades de internação médica e cirúrgica. *Rev Enferm UFPE On line [Internet]*. 2015 [cited 2015 jan 12];9(1):183-92. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6909>

Cidrack ML, Catrib AMF, Amorim RF. Re-aprendendo a viver. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2004;17(3):138-48.

Clemente PA. Primum non nocere. Una reflexión sobre la aplicación del juramento hipocrático en la organización de las empresas sanitárias. *Med Clin (Barc)*. 2007;128(5):181-3.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. Lei n. 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Rio de Janeiro (Brasil): COFEN; 1986.

Colet C, Wazlawick M, Karlinski M. Perfil de uso de antimicrobianos por idosos em hospital de nível IV do RS em 2010. *Revista Contexto e Saúde*. 2011;10(20):1197-02.

Correa AD, Marques IAB, Martinez MC, Laurino PS, Leão ER, Chimentão DMN. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(1):67-74.

Correia T, Amaro P, Sofia C. Tratamento de deiscência cirúrgica grave com sistema «Over-the-scope clip». *GE J Port Gastreenterol*. 2013;20(6):261-65.

Costa JE da, Mendonça AEO de, Simpson CA, Cabral AMF, Araújo AM. Transfusão de hemocomponentes em pacientes idosos: cuidados de enfermagem. *Rev Enferm UFPE On Line [Internet]*. 2013 [cited 2013 fev 23]; 7(9 esp):5774-9. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4807>

Costa TD, Barros AG, Santos VEP. Registros da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Revista Baiana de Enfermagem*. 2013;27(3):221-29.

Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface - Comunic Saude Educ.* 2010;14(33):257-70.

Cresswell KM, Fernando B, McKinstry B, Sheikh A. Adverse drug events in the elderly. *Br Med Bull.* 2007;83(1):259-74.

Cretikos MA, Bellomo R, Hillman K, Chen J, Finfer S, Flabouris A. Respiratory rate: the neglected vital sign. *Med J. Aust* [Internet]. 2008 [cited 2014 fev 11];188(11):657-59. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18513176>.

Cunha BSS, Nascimento AS, Sá SPC. Perfil clínico e sociodemográfico de internação de idosos na unidade de emergência de um hospital geral. *Estud Interdiscipl Envelhec.* 2014;19(1):189-00.

Cunha FCM, Cintra MTG, Cunha LCM, Couto EAB, Giacomini KC. Fatores que predispoem ao declínio funcional em idosos hospitalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2009;12(3):475-87.

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Informações de Saúde Demográficas e Socioeconômicas [Internet]. 2010 [cited 2013 mar 25]. Brasília: Ministério da Saúde (BR). Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206>

Davenport RD, Vaidean GD, Jones CB, Chandler AM, Kessler LA, Mion LC et al. Falls following discharge after an in-hospital fall. *BMC Geriatr.* 2009;9:53.

Desai MM, Zhang P, Hennessy CH. Surveillance for morbidity and mortality among older adults - United States, 1995-1996. *MMWR - CDC Surveillance Summaries.* 1999;48(8):7-25.

Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment: explorations in quality assessment and monitoring. Chicago: Health Administration Press; 1980.

Dupouy J, Moulis G, Tubery M, Ecoiffier M, Sommet A, Poutrain JC et al. Which Adverse Events Are Related to Health Care during Hospitalization in Elderly Inpatients? *Int J Med Sci.* 2013;10(9):1224-30.

D'Innocenzo M, Adami NP, Cunha ICKO. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2006;59(1):84-8.

Fabício SCC, Rodrigues RAP. Revisão da literatura sobre fragilidade e sua relação com o envelhecimento. *Rev Rene.* 2008;9(2):113-9.

Feldman LB. O enfermeiro analista de risco institucional. *Rev Bras Enferm.* 2004;57(6):742-5.

- Feliciano AB, Moraes SA, Freitas ICM. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(6):1575-85.
- Fernandes MGM, Costa KNFM, Santos SR, Pereira MA, Oliveira DST, Brito SS. Risco para úlcera por pressão em idosos hospitalizados: aplicação da escala de Waterlow. *Rev Enferm UERJ*. 2012;20(1):56-60.
- Ferreira OGL, Maciel SC, Costa SMG, Silva AO, Moreira MASP. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21(3):513-8.
- Ferreira OGL, Maciel SC, Silva AO, Santos WS, Moreira MASP. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(4):1065-9.
- Fhon JRS, Fabrício-Wehbe SCC, Vendruscolo TRP, Stackfleth R, Marques S, Rodrigues RAP. Quedas em idosos e sua relação com a capacidade funcional. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2012;20(5):[08 telas].
- Fiedler MM, Peres KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(2):409-15.
- Françolin L, Brito MFP, Gabriel CS, Monteiro TM, Bernardes A. A qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados. *Rev Enferm UERJ*. 2012;20(1):79-83.
- Freitas MC, Maruyama SAT, Ferreira TF, Motta AMA. Perspectivas das pesquisas em gerontologia e geriatria: revisão da literatura. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2002;10(2):221-28.
- Gallotti RMD. Eventos adversos - o que são? *Rev Assoc Med Bras*. 2004;50(2):109-26.
- Garner JS, Jarvis WR, Emori TG, Horan TC, Hughes JM. CDC definitions for nosocomial infections. *Am J Infect Control*. 1998;16(3):128-40.
- Gazalle FK, Lima MS, Tavares BF, Hallal PC. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(3):365-71.
- Geremia DS, Costa LD. Auditoria da qualidade dos registros de enfermagem em uma unidade de internação clínica hospitalar. *RAS*. 2012;14(54).
- Gianni W, Madaio RA, Di Cioccio L, D'Amico F, Policicchio D, Postacchini D et al. Prevalence of pain in elderly hospitalized patients. *Arch Gerontol Geriatr*. 2010;51(3):273-6.
- Girondi JBR, Gelbcke FL. Percepção do enfermeiro sobre os efeitos do trabalho noturno em sua vida. *Enfermagem em Foco*. 2011;2(3):191-94.

Gonçalves LA. Segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: carga de trabalho de enfermagem e sua relação com a ocorrência de eventos adversos e incidentes [thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011. 163 p.

Gonçalves LHT, Alvarez AM, Sena ELS, Santana LWS, Vicente FR. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(4):570-7.

Gottlieb MG, Schwanke CHA, Gomes I, Cruz IBM. Envelhecimento e longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbi-mortalidade dos idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011;14(2):365-80.

Grigoletto ARL, Gimenes FRE, Avelar MCQ. Segurança do cliente e as ações frente ao procedimento cirúrgico. *Rev Eletr Enf [Internet]*. 2011 [cited 2014 nov 10];13(2):347-54. Available from: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/10326/9642>

Grundy EMD. The epidemiology of aging. In: Tallis RC, Fillit HW, editors. *Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology*. Philadelphia: Elsevier Science; 2003.

Guedes GG, Trevisan DD, Stancato K. Auditoria de prescrições de enfermagem de um hospital de ensino paulista: avaliação da qualidade da assistência. *RAS*. 2013;15(59).

Guimarães PL, Moura CS. Fatores Associados ao Uso de Medicamentos Impróprios de Alto Risco em Pacientes Idosos Hospitalizados. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde*. 2012;3(4):15-19.

Gutierrez BAO, Silva HS, Shimizu HE. Aspectos biopsicossociais e a complexidade assistencial de idosos hospitalizados. *Acta Paul Enferm*. 2014; 27(5):427-33.

Habib C. Envelhecimento: limites e possibilidades. Franca: Universidade do Estado de São Paulo; 2001.

Halpin HA, McMenamin SB, Simon LP, Jacobsen D, Vanneman M, Shortell S et al. Impact of participation in the California Healthcare-Associated Infection Prevention Initiative on adoption and implementation of evidence-based practices for patient safety and health care-associated infection rates in a cohort of acute care general hospitals. *Am J Infect Control*. 2013;41(4):307-11.

Hamilton HJ, Gallagher PF, O'Mahony D. Inappropriate prescribing and adverse drug events in older people. *BMC Geriatrics*. 2009;9:5.

Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AHS, Dellinger EP et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *The New England Journal of Medicine*. 2009;360:491-9.

Huddleston JI, Wang Y, Uquillas C, Herndon JH, Maloney WJ. Age and obesity are risk factors for adverse events after total hip arthroplasty. *Clin Orthop Relat Res*. 2012;470(2):490-6.

Hwang U, Platts-Mills TF. Acute pain management in older adults in the emergency department. *Clin Geriatr Med*. 2013;29(1):151-64.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período de 1980-2050: revisão 2004. Rio de Janeiro (Brasil): IBGE; 2007a.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese dos Indicadores Sociais do Ano de 2007. Rio de Janeiro (Brasil): IBGE; 2007b.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pirâmide Etária. População e Indicadores Sociais. Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade. Rio de Janeiro (Brasil): IBGE; 2010.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro (Brasil): IBGE; 2011.

IOM - Institute of Medicine. To err is human: building a Safer Health System. Washington: National Academy Press; 2000.

IOM - Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st Century. Washington: National Academy Press; 2001.

IPEA - Instituto de pesquisa econômica aplicada [Internet]. 2008 [cited 2015 jan 28]. Available from: www.ipea.gov.br

Izaias EM, Dellaroza MSG, Rossaneis MA, Belei RA. Custo e caracterização de infecção hospitalar em idosos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(8):3395-02.

JCI - Joint Commission International. Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais. 4ª ed. Oakbrook Terrace: JCI; 2011.

Joint Commission Resources. Patients as partners: how to involve patients and families in their own care. Oakbrook, IL: Joint Commission Resources; 2006. Including your patients in a culture of safety; p.7-32.

Justo AM, Fernandes FECV, Sobral PHAF, Siqueira VB, Nascimento EA. Custos das internações hospitalares entre idosos usuários do Sistema único de saúde. *Rev Enferm UFPE On Line* [Internet]. 2013 [cited 2014 mar 24];7(10):6013-8. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3403/pdf_3660

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (editors). To err is human: building a safer health system. Washington: National Academy Press; 2000.

-
- Kurcgant P, Tronchin DMR, Melleiro MM, Castilho V, Machado VB, Pinhel I et al. Indicadores de qualidade e a avaliação do gerenciamento de recursos humanos em saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(Esp 2):1168-73.
- Lasheras C, Patterson AM, Casado C, Fernandez S. Effects of education on the quality of life, diet, and cardiovascular risk factors in an elderly Spanish community population. *Exp Aging Res*. 2001;27(3):257-70.
- Latour JM. Prática colaborativa com o paciente e a família. In: Harada MJCS. *Gestão em enfermagem: ferramenta para a prática segura*. São Caetano do Sul: Yendis; 2011.
- Laus AM, Meneguetti MG, Santos JA, Rosa PDP. Perfil das quedas em pacientes hospitalizados. *Cienc Cuid Saude*. 2014;13(4):688-95.
- Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med*. 1991;324(6):377-84.
- Lebrão ML. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde Coletiva*. 2007;4(17):135-40.
- Lenardt MH, Betioli SE, Willig MH, Lourenço TM, Carneiro NHK, Neu DKM. Fatores de risco para mortalidade de idosos com infecção do sítio cirúrgico. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2010;13(3):383-93.
- Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchôa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):745-57.
- Lima-Costa MF, Matos DL, Camarano AA. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(4):941-50.
- Lima-Costa MF, Matos DL, Camargos VP, Macinko J. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(9):3689-96.
- Lima-Costa MF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):700-01.
- Lindquist R, Sendelbach SE. Maximizing Safety of Hospitalized Elders. *Critical Care Nursing Clinics of North America*. 2007;19(3):277-84.
- Lira LN, Santos SSC, Gautério DP, Vidal DAS, Tier CG. Histórico de enfermagem para idosos hospitalizados: Base para diagnósticos e prescrições.

-
- Rev Enferm UFPE On Line [Internet]. 2013 [cited 2015 jun 24];7(8):5198-06. Available from:
<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4422>
- Lourenço RA. A síndrome de fragilidade no idoso: marcadores clínicos e biológicos. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*. 2008;7(1):21-9.
- Loyola Filho AI, Matos DL, Giatti L, Afradique ME, Peixoto SV, Lima-Costa MF. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2004;13(4):229-38.
- Macedo JM, Kano JA, Braga EM, Garcia MA, Caldeira SM. Cancelamento de cirurgias em um hospital universitário: causas e tempo de espera para novo procedimento. *Rev SOBECC*. 2013;18(1):26-34.
- Macklin R. Bioética, vulnerabilidade e proteção. In: Garrafa V, Pessini L. (Org.). *Bioética, poder e injustiça*. São Paulo: Loyola; 2004.
- Madalosso ARM. Iatrogenia do cuidado de enfermagem: dialogando com o perigo no cotidiano profissional. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2000;8(3):11-7.
- Mafra SCT. A tarefa do cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de ressignificar o papel da família. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011;14(2):353-63.
- Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR. Guideline for prevention of surgical site infection, 1999. *Am J Infect Control*. 1999;27(2):97-132.
- Marchi Netto FL. Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso. *Revista Pensar a prática*. 2004;7(1):75-84.
- McGain F, Cretikos MA, Jones D, Van Dyk S, Buist MD, Opdam H et al. Documentation of clinical review and vital signs after major surgery. *Med J Aust* [Internet]. 2008 [cited 2014 fev 12];189(7):380-3. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18837681>
- Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Int J Qual Health Care*. 2009;21(4):279-84.
- Mendoza IYQ, Peniche ACG. Conhecendo o perfil do idoso cirúrgico. *Saúde Coletiva*. 2009;06(30):104-08.
- Meneguín S, Ayres JA, Bueno GH. Caracterização das quedas de pacientes em hospital especializado em cardiologia. *Rev Enferm UFSM*. 2014;4(4):784-91.
- Mesquita AMO, Deslandes SF. A construção dos prontuários como expressão da prática dos profissionais de saúde. *Saúde Soc*. 2010;19(3):664-73.
- Meurier CE, Vicent CA, Parmar DG. Learning from errors in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*. 1997;26(1):111-19.

Ministério da Saúde. Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1994.

Ministério da Saúde. Portaria nº 1.395 de 9 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1999.

Ministério da Saúde. Portaria nº 280, de 7 de abril de 1999. Torna obrigatórios os meios que viabilizem a permanência do acompanhante do idoso hospitalizado. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1999.

Ministério da Saúde. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário oficial da União. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2003.

Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial União. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006.

Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 8 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. 1ª ed. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2007.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa Idosa. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2010.

Ministério da Saúde. Guia para o uso de hemocomponentes. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2010.

Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2012.

Ministério da Saúde. ANVISA. Portaria n.º 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Seção1. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2013.

Moraes EN, Moraes FL, Lima SPP. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. Rev Med Minas Gerais. 2010;20(1):67-73.

Morosini S, Marques APO, Leal MCC, Marino JG, Melo HMA. Custo e tempo de permanência hospitalar de idosos residentes em Recife - PE. Geriatria e Gerontologia. 2011;5(2):91-8.

Motta CCR, Hansel CG, Silva J. Perfil de internações de pessoas idosas em um hospital público. Rev Eletr Enf [Internet]. 2010 [cited 2013 nov 23];12(3):471-7. Available from: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/6865>

Moura MLO, Mendes W. Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. Rev Bras Epidemiol. 2012;15(3):523-35.

Munck AKR, Araújo ALA. Avaliação dos medicamentos inapropriados prescritos para pacientes idosos em um Hospital Universitário. HU Revista. 2012;38(2).

Nascimento CCP, Toffoletto MC, Gonçalves LA, Freitas WG, Padilha KG. Indicadores de resultados da assistência: Análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. Rev Lat Am Enfermagem. 2008;16(4):746-51.

Nascimento NB, Travassos CMR. O erro médico e a violação às normas e prescrições em saúde: uma discussão teórica na área de segurança do paciente. Physis Revista de Saúde Coletiva. 2010;20(2):625-51.

Naveh E, Katz-Navon T, Stern Z. Treatment errors in healthcare: a safety climate approach. Manage Sci. 2005;51(6):948-60.

Neves MCP. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. In: Barchifontaine CP, Zoboli ELCP, organizadores. Bioética, vulnerabilidade e saúde. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2007.

Nogueira LCL. Gerenciamento pela Qualidade Total na Saúde. 3. ed. Belo Horizonte: Desenvolvimento Gerencial; 2003. p.136.

Oliveira EMB, Lemes TA, Nóbrega JOT. Perfil dos idosos polimedicados internados na enfermaria da Clínica Médica do HRSAM/DF. Acta de Ciências e Saúde. 2013;2(1).

Oliveira MA, Alvarenga DC, Leão ER, Correa AD, Avansi PA. Gestão de riscos. In: Leão ER, Silva CPR, Alvarenga AC, Mendonça SHF. Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão. São Caetano do Sul: Yendis; 2008. p. 49-59.

OMS - Organização Mundial da Saúde. La investigación en Seguridad del Paciente: mayor conocimiento para una atención más segura. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Francia; 2008.

ONU - Organização das Nações Unidas. World Population Ageing 2009. Department of Economic and Social Affairs; Population Division. United Nations: New York; 2010. p.129.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. / Edgar Nunes de Moraes. Brasília (Brasil); 2012. p.98.

PAHO - Pan American Health Organization. Demographic transition in the Americas. Epidemiol. Bull. 1994;15(1):9-12.

Padilha KG. Ocorrências iatrogênicas na prática de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva [thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo;1998.

Padilha KG. Ocorrências iatrogênicas na UTI e o enfoque de qualidade. *Rev Lat Am Enferm*. 2001;9(5):91-6.

Padilha KG. Ocorrências iatrogênicas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI): análise dos fatores relacionados. *Rev Paul Enferm*. 2006;25(1):18-23.

Padilha KG, Kitahara PH, Gonçalves CCS, Sanches ALC. Ocorrências iatrogênicas com medicação em unidade de terapia intensiva: condutas adotadas e sentimentos expressos pelos enfermeiros. *Rev Esc Enferm USP*. 2002;36(1):50-7.

Paranaguá TTB. Análise dos incidentes ocorridos na Clínica Cirúrgica de um hospital universitário da Região Centro-Oeste [dissertation]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2012. 149 p.

Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Silva AEBC, Azevedo Filho FM. Prevalência de incidentes sem dano e eventos adversos em uma clínica cirúrgica. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(3):256-62.

Paula TC, Bochner R, Montilla DER. Análise clínica e epidemiológica das internações hospitalares de idosos decorrentes de intoxicações e efeitos adversos de medicamentos, Brasil, de 2004 a 2008. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(4):828-44.

Pedreira LC, Brandão AS, Reis AM. Evento adverso no idoso em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(3):429-36.

Pedreira MLG. Enfermagem para segurança do paciente. In: Pedreira MLG, Harada MJCS. *Enfermagem dia a dia: segurança do paciente*. São Caetano do Sul: Yendis; 2009. p. 23-32.

Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.

Peres MAC. Velhice e analfabetismo, uma relação paradoxal: a exclusão educacional em contextos rurais da região Nordeste. *Revista Sociedade e Estado*. 2011;26(3).

Permpongkosol S. Iatrogenic disease in the elderly: risk factors, consequences, and prevention. *Clin Interv Aging*. 2011;6:77-82.

Perroca MG, Jericó MC, Facundin SD. Monitorando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos: indicador de desempenho organizacional. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(1):113-19.

Pertence PP, Melleiro MM. Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(4):1024-31.

Pilger C, Dias JF, Kanawava C, Baratieri T, Carreira L. Compreensão sobre o envelhecimento e ações desenvolvidas pelo enfermeiro na atenção primária à saúde. *Ciencia y Enfermeria* [Internet]. 2013 [cited 2014 set 09];19(1):61-73.

Available from:

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071795532013000100006&script=sci_arttext.

Porto S, Martins M, Mendes W, Travassos C. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. *Rev Port Saúde Pública*. 2010;Vol Temat(10):74-80.

Prates CG, Luzia MF, Ortolan MR, Neves CM, Bueno ALM, Guimarães F. Quedas em adultos hospitalizados: incidência e características desses eventos. *Cienc Cuid Saude*. 2014;13(1):74-81.

Praxedes MFS, Telles Filho PCP, Pinheiro MLP. Identificação e análise de prescrições de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos em uma instituição hospitalar. *Cienc Cuid Saude*. 2011;10(2):338-44.

Prochet TC, da Silva MJ, Ferreira DM, Evangelista VC. Affection in elderly care from the nurses' perspective. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(1):96-102.

Quinto Neto A. Riscos assistenciais hospitalares: questão humana e econômica. *RAS*. 2011;13(50).

Rabelo LPO, Vieira MA, Caldeira AP, Costa SM. Perfil de idosos internados em um hospital universitário. *Rev Min Enferm*. 2010;14(3):293-00.

Reason J. Human error. Cambridge: Cambridge university Press;1990.

Reason J. Human error: models and management. *BMJ*; 2000.

Reason J. El error humano. Madrid: Modus Laborandi; 2009.

Roberts JS, Coale JG, Redman RR. A history of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals. *JAMA*. 1987;258(7):936-40.

Rocha FCV, Carvalho CMRG, Figueiredo MLF, Caldas CP. O cuidado do enfermeiro ao idoso na estratégia saúde da família. *Rev Enferm UERJ*. 2011; 19(2):186-91.

Rocha FCV, Paz LI, Nery NKB, Almeida GMB, Rocha LPV, Carvalho ML. Perfil de idosos internados no hospital de urgência. *Rev Enferm UFPI*. 2014;3(3):32-8.

Rodrigues JSM, Oliveira SC, Ferreira NMLA, Dupas G, Wernet M. Apoio informacional à família do idoso com câncer. *Revista espaço para a saúde*. 2014;15(1):14-24.

Rodrigues NO, Neri AL. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(8):2129-39.

Roque KE, Melo ECP. Tempo de internação e a ocorrência de eventos adversos a medicamentos: uma questão da enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2011;15(3):595-01.

Roque KE, Melo ECP. Avaliação dos eventos adversos a medicamentos no contexto hospitalar. *Esc Anna Nery*. 2012;16(1):121-7.

Rosa TEC, D'Aquino Benício MH, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(1):40-8.

Rothschild JM, Bates DW, Leape LL. Preventable medical injuries in older patients. *Arch Intern Med*. 2000;160(18):2717-28.

Rowe JW, Kahn RL. *Successful aging*. New York: Pantheon Books; 1998.

Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewalle P. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care*. 2009;21(1):18-26.

Sá ACA, Silva MLN, Diniz ERS, Oliveira SHS, Soares MJGO. Perfil dos idosos que desenvolveram úlcera por pressão durante hospitalização em um hospital público do município de João Pessoa - PB. *FIEP Bulletin On-line [Internet]*. 2012 [cited 2014 dez 11];82. Available from: <http://www.fiepbulletin.net/index.php/fiepbulletin/article/view/2338>

Sales MVC, Silva TJA, Gil Júnior LA, Jacob Filho W. Efeitos adversos da internação hospitalar para o idoso. *Geriatr Gerontol*. 2010;4(4):238-46.

Salles CLS, Carrara D. Cirurgia segura. In: Pedreira MLG, Harada MJCS. *Enfermagem dia a dia: segurança do paciente*. São Caetano do Sul: Yendis; 2009. p.109-18.

Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA. What is Patient Safety Culture? A review of the literature. *Jornal Nursing Scholarship*. 2010;42(2):156-65.

Santana JA. Envelhecimento populacional e política de saúde: contribuições para a reflexão acerca dos desafios que o processo de envelhecimento populacional traz para a definição da agenda da política de saúde pública brasileira. *Vértices*. 2012;14(3):85-101.

Santos JC, Ceolim MF. Iatrogenias de enfermagem em pacientes idosos hospitalizados. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(4):810-7.

Santos KA, Koszuoski R, Dias-da-Costa JS, Pattussi MP. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do Município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública [Internet]*. 2007 [cited 2014 ago 20];23(11):2781-88. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007001100025

Santos MIPO. Perfil dos idosos internados no Hospital Geral em Belém (Pará). *Esc Anna Nery*. 2007;11(1):23-9.

-
- Santos VLCG, Caliri MH. Conceito e classificação de úlcera por pressão atualização do National Pressure Ulcer Advisory Panel. *Rev Estim.* 2007;5(3):43-4.
- Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet.* 2011;377(9781):1949-61.
- Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2004;9(4):897-08.
- Schulz RS, Silva MF. Análise da evolução dos registros de enfermagem numa unidade cirúrgica após implantação do método soap. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto.* 2011;10 (Supl.1):91-99.
- Schwendimann R, Buhler H, De Geest S, Milisen K. Characteristics of hospital inpatient falls across clinical departments. *Gerontology.* 2008;54(6):342-8.
- Sebastião E, Christofollett G, Gobbi S, Hamanaka AYY. Atividade física e doenças crônicas em idosos de Rio Claro-SP. *Rev Educ Física.* 2008;14(4):381-8.
- Secoli SR. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Rev Bras Enferm.* 2010;63(1):136-40.
- Secoli SR, Moraes VC, Peniche ACG, Vattimo MFF, Duarte YAO, Mendoza IYQ. Dor pós-operatória: combinações analgésicas e eventos adversos. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(Spe 2):1244-9.
- Sehsted P, Severin-Nielsen T. Falls by hospitalized elderly patients: causes, prevention. *Geriatrics.* 1977;32(4):101-8.
- Seignemartin BA, Jesus LR, Vergílio MSTG, Silva EM. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem no pronto atendimento de um hospital escola. *Rev Rene.* 2013;14(6):1123-32.
- Semmelweis I. Etiologia, concepto y profilaxis de la fiebre puerperal. In: Organización Pan-Americana de Saúde. El desafio de la epidemiologia: problemas y lecturas seleccionadas. Washington: OPS; 1988.
- Setz VG, D’Innocenzo M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(3):313-7.
- Shuto H, Imakyure O, Matsumoto J, Egawa T, Jiang Y, Hirakawa M et al. Medication use as a risk factor for inpatient falls in an acute care hospital: a case-crossover study. *BJCP.* 2010;69(5):535-42.
- Silva AEBC. Análise de risco do processo de administração de medicamentos por via intravenosa em pacientes de um Hospital Universitário de Goiás [thesis]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2008. 338 p.

-
- Silva AEBC. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. Rev Eletr Enf [Internet]. 2010 [cited 2013 nov 11];12(3):422. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/v12n3a01.htm
- Silva AMN, Souza EFD, Barbosa TLA, Silva CSO, Gomes LMX. Fatores que contribuem para o tempo de internação prolongada no ambiente hospitalar. Rev Pesqui Cuid Fundam Online [Internet]. 2014 [cited 2015 jan 28];6(4):1590-00. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2618/pdf_1199
http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2618/pdf_1200
- Silva AN, Dias MP, Silva DA, Dias LP. Promoção da saúde do homem nos serviços de atenção primária à saúde. Em Extensão. 2014;13(1):82-8.
- Silva CDL, Pinto WM. Riscos ocupacionais no ambiente hospitalar: fatores que favorecem a sua ocorrência na equipe de enfermagem. Saúde Coletiva em Debate. 2012;2(1):62-29.
- Silva CR. Modelagem da Taxa de Analfabetismo no estado da Paraíba via Modelo de Regressão Beta [monography]. Curso de Bacharelado em Estatística da Universidade Federal da Paraíba; 2014.
- Silva EJ, Dixe MA. Prevalência e características de dor em pacientes internados em hospital português. Rev Dor. 2013;14(4):245-50.
- Silva MDF, Ferreira-Alves J. O luto em adultos idosos: natureza do desafio individual e das variáveis contextuais em diferentes modelos. Psicol Reflex. Crit. 2012;25(3):588-595.
- Silva PCS, Fernandes ACBC, Terra FS. Avaliação da depressão e da capacidade funcional em idosos com doença de Parkinson. Rev Enferm UFPE On Line [Internet]. 2014 [cited 2015 mar 23];8(7):1920-7. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4459>
- Silva RM, Beck CLC, Magnago TSBS, Carmagnani MIS, Tavares JP, Prestes FC. Trabalho noturno e a repercussão na saúde dos enfermeiros. Esc Anna Nery. 2011;15(2):270-76.
- Silvestre JA, Costa Neto MM. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. Cad Saúde Pública. 2003;19(3):839-47.
- Smith MD. Report IOM: Best care at lower cost: the path to continuously learning health care in America; 2012.
- Soop M, Fryksmark U, Koster M, Haglund B. The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. Int J Qual Health Care. 2009;21(4):285-91.
- Sousa L, Ribeiro AP. Prestar cuidados de enfermagem a pessoas idosas: experiências e impactos. Saude Soc. 2013;22(3):866-77.

Sousa P. Patient Safety: a necessidade de uma estratégia nacional. *Acta Med Port.* 2006;19:309-18.

Sousa P, Uva AS, Serranheira F, Leite E, Nunes C. Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública; 2011.

Souza AS, Andrade CC, Reis Junior AP, Meira EC, Menezes MR, Gonçalves LHT. Atendimento idoso hospitalizado: percepções de profissionais de saúde. *Cienc Cuid Saude.* 2013;12(2):274-81.

Souza NVDO, Mauricio VC, Marques LG, Mello CV, Leite GFP. Determinantes para suspensões cirúrgicas em um hospital universitário. *Rev Min Enferm.* 2010;14(1):82-7.

Souza RF, Skubs T, Brêtas ACP. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2007;60(3):263-7.

Storti LB, Fabrício-Whebe SCC, Kusumota L, Rodrigues RAP, Marques S. Fragilidade de idosos internados na clínica médica da unidade de emergência de um hospital geral terciário. *Texto Contexto Enferm.* 2013; 22(2):452-59.

Szlejf C. Eventos adversos médicos em idosos hospitalizados: frequência e fatores de risco em enfermagem de geriatria [thesis]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010. 90p.

The Canadian Patient Safety Dictionary [Internet]. 2003 [cited 2013 nov 11]. Available from: http://rcpsc.medical.org/publications/PatientSafetyDictionary_e.pdf.

The National Quality Forum. Safe Practices for Better Healthcare 2010 update. Washington: The National Quality Forum; 2010.

Torezan G, Souza EN. Transfusion of blood products: are the nurses prepared to care for peritransfusion? *Rev enferm UFPE On Line* [Internet]. 2010 [cited 2013 mar 28];4(2):658-65. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/845/pdf_52

Tracy B, Morrison RS. Pain management in older adults. *Clinical Therapeutics.* 2013;35(11):1659-68

Tronchin DMR, Melleiro MM, Takahashi RT. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. Kurcgant P. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.75-88.

Turatti BO. Implicações da viuvez na saúde: uma abordagem fenomenológica em Merleau-Ponty. *Saúde Transform Soc.* 2012;3(1):32-8.

-
- Varas-Fabra F, Martín EC, Torres LAP, Fernández MJF, Moral RR, Berge IE. Caídas en ancianos de la comunidad: prevalencia, consecuencias y factores asociados. *Aten Primaria*. 2006;38(8):450-5.
- Vendites S, Almada-Filho CM, Minossi JG. Aspectos gerais da avaliação pré-operatória do paciente idoso cirúrgico. *ABCD, Arq Bras Cir Dig*. 2010;23(3):173-82.
- Venturini DA, Marcon SS. Anotações de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital escola. *Rev Bras Enferm*. 2008;61(5):570-75.
- Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):705-15.
- Veras R. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(10):2463-66.
- Veras R. Envelhecimento populacional: desafios e inovações necessárias para o setor saúde. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*. 2008;7(1):13-20.
- Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(3):548-54.
- Vincent C, Stanhope N, Crowley-Murphy M. Reasons for not reporting adverse incidents: an empirical study. *J Eval Clin Pract*. 1999;5(1):13-21.
- WHO - World Health Organization. Patient Safety: Rapid Assessment Methods for Estimating Hazards [Internet]. 2003 [cited 2013 nov 19]. Available from: <http://who.int/patientsafety/activities/system>
- WHO - World Health Organization. World Alliance for Patient Safety - Forward Programme. Switzerland: World Health Organization [Internet]. 2004 [cited 2013 jun 24]. Available from: www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf
- WHO - World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília (Brasil): Organização Pan-Americana da Saúde; 2005e. p.60.
- WHO - World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Global Patient Safety Challenge: 2005-2006. WHO Press; 2005c.
- WHO - World Health Organization. Joint Commission Resources. Joint Commission International. Patient Safety Solutions. Solution 2: patient identification [Internet]. 2007d [cited 2014 jan 11];1:8-11. Available from: <http://www.jointcommissioninternational.org/WHO-Collaborating-Centre-for-Patient-Safety-Solutions/>
- WHO - World Health Organization. Word alliance for patientt safety. Forward program 2006-2007. Genève; 2007f.

WHO - World Health Organization. World alliance for patient safety. Guideline safe surgery [Internet]. 1st ed. Genève; 2008a [cited 2013 mar 20]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/knowledge_base/SSSL_Brochure_finalJun08.pdf

WHO - World Health Organization. World Alliance for patient safety. The Second Global Patient Safety Challenge: Safe Surgery Saves Lives. Geneva; 2008b.

WHO - World Health Organization. World alliance for patient safety. Taxonomy. The conceptual framework for the international classification for patient safety [Internet]. Genève; 2009 [cited 2013 dez 19]. (Final Technical Report). Available from: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf.

WHO - World Health Organization. The evolving threat of antimicrobial resistance: options for action [Internet]. Suíça; 2012 [cited 2013 dez 11]. Available from: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/amr/publication/en/index.html>

Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. Arch Intern Med. 2002;162(20):2269-76.

10 - $\mathcal{A}_{P\acute{E}NDICE}$

APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Instrumento nº _____ Nome do pesquisador: **Cristiane Chagas Teixeira**
 Data da coleta ____/____/____ Turno _____
 Instituição Hospitalar: **HC/UFG**
 Unidade de Internação: **Clínica Cirúrgica**

DADOS DO PACIENTE

Nome do paciente _____
 Nº prontuário _____ Leito: _____ Idade: _____
 Data de nascimento ____/____/____ Sexo: 1- Feminino 2- Masculino

Estado conjugal:

1- Casada(o) ou vive junto com o(a) companheiro(a); 2- Solteiro;
 3- Separada(o) / Divorciada(o); 4- Viúva(o); 5- Não informado

Escolaridade:

1- Ensino fundamental Completo; 2- Ensino Fundamental Incompleto; 3- Ensino médio Completo; 4- Ensino Médio Incompleto; 5- Ensino superior Completo; 6- Ensino superior incompleto; 7- Não informado.

Situação previdenciária: _____
 1- Não informado

Acompanhante: 1- Sim 2- Não 3- Não informado

Data da admissão ____/____/____ **Data de alta** ____/____/____

Tipo de admissão: 0- Urgência 1- Eletiva

Especialidade: 0-Ginecologia; 1-Otorrinolaringologia; 2-Bucomaxilofacial; 3-Cirurgia Vascular; 4-Oftalmologia; 5- Urologia; 6-Cirurgia Geral; 7-Neurologia; 8-Proctologia; 9-Cirurgia Cardíaca; 10-Cirurgia Torácica; 11-Cardiologia; 12-Urgência adulto; 13-Mastologia; 14-Clínica Geral; 15-Gastroenterologia; 16-Pneumologia; 17-Oropedia; 18-Endocrinologia; 19-Oncologia

Diagnóstico da internação: _____

Tempo da internação: _____

Comorbidades 0-Sim 1-Não

Se sim, quais? _____

Foi realizado procedimento cirúrgico? 0-Sim 1-Não

Problemas Funcionais: 0-Sim 1-Não

Paciente apresenta limitação? 0-Sim 1-Não

Movimentação	Visão	Audição	Cognição

Infusão de hemoderivados? 0-Sim 1-Não Tipo: _____
Realizada profilaxia antibiótica? 0-Sim 1-Não Qual: _____
Uso de Sonda? 0-Sim 1-Não Tipo: _____
Uso de Cateter? 0-Sim 1-Não Tipo: _____
Uso de Drenos? 0-Sim 1-Não Tipo: _____
Outros dispositivos? 0-Sim 1-Não Tipo: _____

Número de drogas utilizadas por dia de internação hospitalar:

1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º	13º	14º	15º	16º	17º	18º	19º	20º	21º
22º	23º	24º	25º	26º	27º	28º	29º	30º	31º	32º	33º	34º	35º	36º	37º	38º	39º	40º	41º	42º

Evolução diária de curativo pré-existente (úlceras de pressão; pé-diabético; inserção de dispositivos tubulares; entre outras)?

0-Sim 1-Não 2-Não se aplica (caso não necessite de curativo)

Evolução diária de curativo da ferida operatória?

0-Sim 1-Não 2-Não se aplica (caso não tenha feito cirurgia)

Evolução diária do quadro clínico do paciente? 0-Sim 1-Não

Na folha de evolução, quais os profissionais participaram da avaliação do quadro clínico do paciente?

0-Médico	1-Enfermeiro	2-Técnico de Enfermagem	3-Nutricionista
4-Psicólogo	5-Fisioterapeuta	6-Assistente social	7-Odontólogo
8-Fonoaudiólogo			

Eventos Adversos	Nº	Turno	Data	Condutas registradas no prontuário? 0-Não; 1-Terapêutica; 2-Administrativa	Consequências? 0-Sim; 1-Não; 2-Sem registros.	Grau do dano? 0-Leve; 1-Moderado; 2-Grave; 3-Óbito	Reescrever o registro identificado no prontuário. Atentar a condutas; consequências profissionais envolvidos; dentre outros aspectos do evento adverso.

11 - $\mathcal{A}_{\text{NEXOS}}$

ANEXO I - AUTORIZAÇÃO PARA MANUSEIO E PESQUISA EM PRONTUÁRIOS

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DIRETORIA TÉCNICA



Memorando N.º 1584 DT/HC – UFG

Goiânia, 16 de julho de 2013

Ao Senhor Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do HC/UFG

Senhor Coordenador,

Estamos autorizando a pesquisadora Cristiane Chagas Teixeira a manusear prontuários médico deste Hospital para o desenvolvimento da pesquisa, intitulado: **“Incidentes com idosos internados em um Hospital Universitário em Goiânia-GO”**, sob coordenação da Profª. Drª. Ana Lúcia Queiroz Bezerra.

Vale ressaltar a pesquisadora o compromisso de utilizar os dados coletados apenas para esta pesquisa, bem como os sigilos dos nomes dos pacientes.

Atenciosamente,

Prof. Luiz Arantes Resende
Diretor Técnico do HC/UFG

PRIMEIRA AVENIDA S/N – SETOR LESTE UNIVERSITÁRIO
CEP. 74 605 050 – FONE – (062) 3269-8497
GOIÂNIA – GOIÁS

Missão do HC

“Promover assistência humanizada e de excelência à saúde do cidadão integrando-se às políticas públicas de saúde, servindo de campo moderno e dinâmico para ensino, pesquisa e extensão.”

Visão Estratégica

“Ser reconhecido como Hospital de referência no Atendimento Integral à Saúde com Excelência Tecnológica e Humana.”

ANEXO II - AUTORIZAÇÃO PARA ESTUDO DOS PRONTUÁRIOS NO SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Memo nº,84 /2013 HC-SAMIS

Goiânia, 16 de Julho de 2013

DO: SAMIS

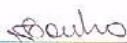
PARA: Comitê de Ética em Pesquisa do HC/UFG

Senhor presidente do comitê utilizo-me deste instrumento para formalizar ciência, aprovação e autorização para a condução do estudo solicitado no projeto de pesquisa intitulado "**Incidentes com idosos internados em um Hospital Universitário em Goiânia-GO**", na pessoa da pesquisadora Cristiane Chagas Teixeira, sob coordenação da Profa. Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra.

Vale ressaltar à pesquisadora responsável o compromisso de utilizar os dados coletados apenas para esta pesquisa, bem como garantia do sigilo dos nomes dos pacientes.

A mesma também terá a responsabilidade de manusear os prontuários somente no SAMIS e todos os prontuários deverão ser solicitados com antecedência.

Atenciosamente,


Marly do Couto Coelho
Gerente do SAMIS.

Marly do Couto Coelho
Coordenação SAMIS/HCA/UFG
Mat: 90125-5

ANEXO III - PROTOCOLO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

067/08



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA MÉDICA HUMANA E ANIMAL

PROTOCOLO CEPMHA/HC/UFG N.º 064/2008

Goiânia, 29/05/2008

INVESTIGADOR (A) RESPONSÁVEL (IES): Orientadora: Prof.ª Ana Lúcia Queiroz Bezerra.

Acadêmicos: Nayla Cecília Silvestre da Silva Branquinho, Júlia Carneiro Godoy de Sousa, Thatyanne Tanferri de Brito Pranaguá, Stefany Rezende Abraão e Damíbia Franco

TÍTULO: "Análise de Ocorrências de Eventos Adversos em um Hospital da Rede Sentinela na Região Centro Oeste"

Área Temática: Grupo III

Local de Realização: HC/UFG

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, após análise, **aprovou**, o projeto de Pesquisa acima referido, juntamente com os documentos apresentados e estes foram considerados em acordo com os princípios éticos vigentes.

→ Informamos que não há necessidade de aguardar o parecer da CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para iniciar a pesquisa.

→ O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEPMHA/HC/UFG, relatórios trimestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusão(ões) e publicação(ões).

→ O CEPMHA/HC/UFG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 196/96 (*Manual Operacional Para Comitês de Ética em Pesquisa – Item 13*)


Farm. José Mário Coelho Moraes
Coordenador do CEPMHA/HC/UFG

ANEXO III - PROTOCOLO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA (continuação)



PROTOCOLO CEP/HC/UFG Nº 064/2008

Goiânia, 04/02/2013

INVESTIGADOR RESPONSÁVEL: Dra. Profª Ana Lúcia Queiroz BezerraTÍTULO: Análise das ocorrências de eventos adversos de um Hospital Sentinela da região centro-oeste.Área Temática: Grupo IIILocal de realização: Hospital das Clínicas/UFG

DOCUMENTO(S) ANALISADO(S):

1. Solicitação de autorização, com justificativa, para:
 - a) Ampliação do tempo de execução da pesquisa até o ano de 2016;
 - b) Inclusão das Unidades Básicas de Saúde e Estratégia Saúde da Família, como campo de pesquisa;
 - c) Inclusão dos seguintes pesquisadores participantes: Professores: Ana Elisa Bauer de Camargo Silva, Diana Lúcia Moura Pinho, Adriana Inocenti Miasso, Marinésia Aparecida Prado Palos.
 - d) Acadêmicos de Pós-Graduação: Maiana Regina Gomes de Sousa, Juliana Santana de Freitas, Gabriela Camargo, Efraim Carlos Costa, Francino Machado Azevedo Filho.
 - e) Acadêmicos de Graduação: Isadora Alves Moreira, Andressa Luanna Moreira dos Santos, Renata Elias da Silva, Samara Caroline de Avelar, Judite Pereira Rocha, Raquel Rodrigues de Freitas, Quêren de Pádua Braga, Bruna Cortes, Cristiane Chagas Teixeira.

Diante do exposto, comunico-lhes que o Comitê de Ética em Pesquisa HC/UFG, analisou e aprovou os documentos acima referidos, e estes foram considerados em acordo com os princípios éticos vigentes. Não foram observados óbices éticos na solicitação apresentada e julgamos a justificativa aceitável. Estando, portanto, autorizada as inclusões acima solicitada.


Farm. José Mário Coelho Moraes
Coordenador do CEP/HC/UFG