



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM
GERONTOLOGIA**



GABRIELA MARTINS SANTOS

**VÍDEO EDUCATIVO: SEGURANÇA DA PESSOA IDOSA NO AMBIENTE
HOSPITALAR**

**JOÃO PESSOA
2022**

GABRIELA MARTINS SANTOS

**VÍDEO EDUCATIVO: SEGURANÇA DA PESSOA IDOSA NO AMBIENTE
HOSPITALAR**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Gerontologia (Modalidade Profissional), da Universidade Federal da Paraíba, para defesa.

Área de Concentração: Gerontologia

Linha de pesquisa: Envelhecimento e Tecnologias Inovadoras para o Cuidado à Pessoa Idosa.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Adelaide Silva Paredes
Moreira

Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Eliete Batista Moura

JOÃO PESSOA
2022

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

S237v Santos, Gabriela Martins.

Vídeo educativo : segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar / Gabriela Martins Santos. - João Pessoa, 2022.

87 f. : il.

Orientação: Maria Adelaide Silva Paredes Moreira.

Coorientação: Maria Eliete Batista Moura.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/PMPG.

1. Cuidado do paciente - Idoso. 2. Assistência ambulatorial. 3. Segurança do Idoso. I. Moreira, Maria Adelaide Silva Paredes. II. Moura, Maria Eliete Batista. III. Título.

UFPB/BC

CDU 616(043)

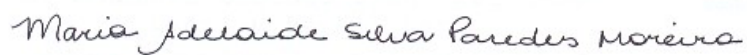
GABRIELA MARTINS SANTOS

VÍDEO EDUCATIVO: SEGURANÇA DA PESSOA IDOSA NO AMBIENTE HOSPITALAR

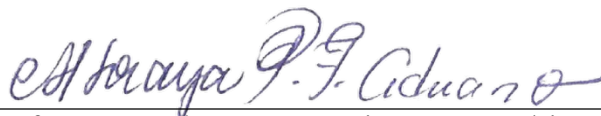
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Federal da Paraíba para obtenção de Título de Mestre em Gerontologia.

Aprovada em 28 de junho de 2022.

BANCA DE QUALIFICAÇÃO



Profa. Dra. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira
Presidente da comissão ou Banca (Orientador)
Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia – UFPB



Profa. Dra. Maria Soraya Pereira Franco Adriano
Membro Externo Titular
Universidade Federal da Paraíba - UFPB

Documento assinado digitalmente
 **ROBSON ANTÃO DE MEDEIROS**
Data: 25/09/2024 16:35:55-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Robson Antão de Medeiros
Membro Interno Titular
Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia – UFPB

Dedico este trabalho à minha família.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por todo amor, pela proteção diária e, principalmente, por ter me proporcionado saúde e disposição para que pudesse concluir este trabalho, pois sem o amor e a presença de Deus nada disso seria possível.

Não poderia deixar de agradecer aos meus pais, que são o meu maior alicerce, e acima de tudo o meu maior exemplo de coragem, determinação e de que tudo na vida se alcança com esforço e dedicação. Meus pais, Maria Inês e Francisco de Elzimar, sempre acreditaram no meu potencial e sempre me motivaram com carinho e palavras de apoio para que o cansaço e os desestímulos que a vida nos submete diariamente não me alcançassem e não me fizessem perder o foco.

Agradeço também ao meu esposo e companheiro de vida, Samuel Ricardo, que assim como meus pais, é meu grande incentivador e também uma das pessoas que mais acredita no meu potencial. Agradeço imensamente pelo incentivo pessoal e profissional.

Agradeço à minha orientadora, Prof. Dra. Maria Adelaide Silva Paredes, que foi uma excelente professora para todos da minha turma e em especial para mim, como sua orientanda, pois sempre demonstrou dedicação e preocupação para que o meu trabalho ficasse perfeito. Agradeço do mesmo modo à minha co-orientadora, Prof. Dra. Maria Eliete Batista Moura, por todos os ensinamentos e por toda atenção dedicados a mim e ao meu trabalho.

Agradeço à Universidade Federal da Paraíba, à coordenação do Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia e ao Serviço de Secretaria por possibilitarem, por meio dos seus excelentes serviços, a formação de profissionais capacitados para atuarem de forma exemplar na área da gerontologia e trazer melhorias para a nossa sociedade.

Não posso deixar de agradecer à Prof^a. Dr^a. Maria Soraya Pereira Franco Adriano e ao Prof. Dr. Robson Antão de Medeiros, membros da minha banca, que durante a qualificação trouxeram inúmeras contribuições de extrema relevância para o meu trabalho. Os agradeço também pela disponibilidade e atenção neste momento tão importante da minha vida.

Por fim, não poderia deixar de agradecer aos meus colegas de turma, com quem dividi esses dois anos de muitos aprendizados. Os agradeço imensamente pelas discussões e ensinamentos compartilhados durante este período enriquecedor em nossas vidas. Muito obrigada a todos.

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê”. (Arthur Schopenhauer)

SANTOS, GABRIELA MARTINS. **Vídeo educativo:** Segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar. 2022. 94p. (Dissertação) Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2022.

RESUMO

Introdução: A segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar pode trazer a redução do risco de danos desnecessários associados ao processo assistencial em saúde até um mínimo aceitável. No âmbito da assistência hospitalar, inovações e avanços são necessários para melhoria de processos e serviços oferecidos à população idosa. **Objetivos:** Apresentar as evidências científicas sobre a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar; avaliar a segurança da pessoa idosa hospitalizada com base nas seis Metas Internacionais de segurança do paciente da Organização Mundial de Saúde e no Estatuto do Idoso; e produzir um vídeo educativo sobre a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar. **Método:** Estudo multimétodos, desenvolvido em três etapas: 1. Estudo bibliométrico acerca do tema abordado; 2. Pesquisa de campo de abordagem qualitativa, desenvolvida com 20 idosos e 20 profissionais da saúde. Os dados foram processados no software IRAMUTEQ e analisados à luz do referencial das Metas Internacionais de Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde, da Política Nacional de Segurança do Paciente e do Estatuto do Idoso; 3. Estudo metodológico para a produção de um vídeo educativo sobre a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar. **Resultados:** No estudo bibliométrico, foram localizados 172 registros de publicações, em 59 periódicos distintos, escritos por 218 autores que possuem vínculos com 200 instituições, localizados em 113 países. Na pesquisa de campo, os resultados foram apresentados no dendrograma com 5 classes, a saber: 4. Risco de quedas e infecção no ambiente hospitalar; 1. Ambiente hospitalar seguro para o idoso; 5. Prevenção de infecção no ambiente hospitalar; 2. Comunicação no ambiente hospitalar; 3. Saúde e segurança da pessoa idosa. No estudo metodológico, foi gravado o vídeo educativo intitulado: A segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar. **Discussão:** As evidências científicas mostram uma relação mais específica, por ordem de prioridade, com as Metas 3- Melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância, que representou 40% dos estudos; Meta 1- Identificação correta do paciente, Meta 2- Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde e Meta 5- Redução do risco de infecções associadas aos cuidados em saúde relacionadas com a segurança alimentar, com 13,2% dos estudos, cada. A pesquisa de campo mostrou que os profissionais da saúde de idosos representaram um ambiente hospitalar seguro para a pessoa idosa, com destaque para a prevenção dos riscos de quedas e controle de infecção hospitalar. A versão final do vídeo foi composta por animações e narração em áudio, com 5 minutos e 10 segundos em formato MP4. O conteúdo incluiu: abertura; apresentação do objetivo do vídeo; questionamentos sobre como deve ser um ambiente hospitalar seguro com base nas seis Metas Internacionais de segurança do paciente da Organização Mundial de Saúde e no Estatuto do Idoso. **Conclusão:** O uso do vídeo educativo sobre a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar pode contribuir para aumentar a percepção de idosos sobre os riscos adversos ou incidentes que atingem o idoso durante a prestação do cuidado de saúde no ambiente hospitalar, resultando em dano ou lesão, que podem representar um prejuízo temporário ou permanente.

Descritores: idoso; segurança do paciente; vídeo-educativo.

SANTOS, GABRIELA MARTINS. **Educational vídeo:** Safety of the elderly person in the hospital environment. 2022. 94p. (Dissertation) Professional Master's Program in Gerontology – Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2022.

ABSTRACT

Introduction: The safety of the elderly person in the hospital environment can reduce the risk of unnecessary damage associated with the health care process to an acceptable minimum. In the context of hospital care, innovations and advances are needed to improve processes and services offered to the elderly population. **Objectives:** To present the scientific evidence on the safety of the elderly in the hospital environment; assess the safety of hospitalized elderly people based on the six International Patient Safety Goals of the World Health Organization and the Statute of the Elderly; and build an educational video on the safety of the elderly in the hospital environment. **Method:** A multi-method study, developed in three stages: 1. Bibliometric study on the topic addressed; 2. Field research with a qualitative approach, developed with 20 elderly people and 20 health professionals. The data were processed in the IRAMUTEQ software and analyzed in the light of the World Health Organization's International Patient Safety Goals, the National Patient Safety Policy and the Elderly Statute; 3. Methodological study for the production of an educational video on the safety of the elderly in the hospital environment. **Results:** In the bibliometric study, 172 records of publications were located, in 59 different journals, written by 218 authors who have links with 200 institutions, located in 113 countries. In the field research, the results were presented in the dendrogram with 5 classes, namely: 4. Risk of falls and infection in the hospital environment; 1. Safe hospital environment for the elderly; 5. Prevention of infection in the hospital environment; 2. Communication in the hospital environment; 3. Elderly health and safety. In the methodological study, the educational video entitled: The safety of the elderly in the hospital environment was created. **Discussion:** Scientific evidence shows a more specific relationship, in order of priority, with Goals 3- Improve the safety of high surveillance drugs, which represented 40% of the studies; Goal 1- Correct identification of the patient, Goal 2- Improve communication between health professionals and Goal 5- Reducing the risk of infections associated with health care related to food safety, with 13.2% of the studies, each. Field research showed that health professionals and the elderly represented a safe hospital environment for the elderly, with emphasis on the prevention of the risks of falls and hospital infection control. The final version of the video was composed of animations and audio narration, with 5 minutes and 10 seconds, in MP4 format. Content included: opening; presentation of the purpose of the video; questions about how a safe hospital environment should be based on the six International Patient Safety Goals of the World Health Organization and the Statute of the Elderly. **Conclusion:** The use of educational video on the safety of the elderly in the hospital environment can contribute to increase the perception of the elderly about the adverse risks or incidents that affect the elderly during the provision of health care in the hospital environment, resulting in damage or injury, which may represent a temporary or permanent damage.

Descriptors: elderly; patient safety; educational video.

SANTOS, GABRIELA MARTINS. **Vídeo educativo:** seguridad de la persona mayor en el ámbito hospitalario. 2022. 94p. (Disertación) Programa de Maestría Profesional en Gerontología – Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2022.

RESUMEN

Introducción: La seguridad del anciano en el ambiente hospitalario puede reducir a un mínimo aceptable el riesgo de daños innecesarios asociados al proceso de atención en salud. En el contexto de la atención hospitalaria, se requieren innovaciones y avances para mejorar los procesos y servicios que se ofrecen a la población adulta mayor. **Objetivos:** Presentar las evidencias científicas sobre la seguridad de los ancianos en el ambiente hospitalario; evaluar la seguridad de los ancianos hospitalizados con base en los seis Objetivos Internacionales de Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud y el Estatuto del Anciano; y construir un video educativo sobre la seguridad de las personas mayores en el ambiente hospitalario. **Método:** Estudio multimétodo, desarrollado en tres etapas: 1. Estudio bibliométrico sobre el tema abordado; 2. Investigación de campo con enfoque cualitativo, desarrollada con 20 ancianos y 20 profesionales de la salud. Los datos fueron procesados en el software IRAMUTEQ y analizado a la luz de los Objetivos Internacionales de Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud, la Política Nacional de Seguridad del Paciente y el Estatuto del Anciano; 3. Estudio metodológico para la producción de un video educativo sobre la seguridad del adulto mayor en el ambiente hospitalario. **Resultados:** En el estudio bibliométrico se localizaron 172 registros de publicaciones, en 59 revistas diferentes, escritos por 218 autores que tienen vínculos con 200 instituciones, ubicadas en 113 países. En la investigación de campo, los resultados fueron presentados en el dendrograma con 5 clases, a saber: 4. Riesgo de caídas e infección en el ambiente hospitalario; 1. Ambiente hospitalario seguro para los ancianos; 5. Prevención de infecciones en el ambiente hospitalario; 2. Comunicación en el ámbito hospitalario; 3. Salud y seguridad de los mayores. En el estudio metodológico se construyó el video educativo titulado: La seguridad del anciano en el ambiente hospitalario. **Discusión:** La evidencia científica muestra una relación más específica, en orden de prioridad, con las Metas 3- Mejorar la seguridad de los medicamentos de alta vigilancia, que representó el 40% de los estudios; Meta 1- Correcta identificación del paciente, Meta 2- Mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud y Meta 5- Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria relacionada con la seguridad alimentaria, con un 13,2% de los estudios, cada una. La investigación de campo mostró que los profesionales de la salud y los ancianos representaron un ambiente hospitalario seguro para los ancianos, con énfasis en la prevención de los riesgos de caídas y el control de infecciones hospitalarias. La versión final del video estuvo compuesta por animaciones y narración en audio, con una duración de 5 minutos y 10 segundos, en formato MP4. Contenido incluido: apertura; presentación del propósito del video; preguntas sobre cómo debe ser un entorno hospitalario seguro basado en los seis Objetivos Internacionales de Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud y el Estatuto de las Personas Mayores. **Conclusión:** El uso de video educativo sobre la seguridad del anciano en el ambiente hospitalario puede contribuir a aumentar la percepción del anciano sobre los riesgos adversos o incidentes que afectan al anciano durante la prestación de cuidados de salud en el ambiente hospitalario, resultando en daño o lesiones, que pueden representar un daño temporal o permanente.

Descriptores: adulto mayor; seguridad del paciente; vídeo educativo.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Relação das Metas Internacionais de segurança do paciente e o número de estudos publicados no período de 1995-2021.....	27
Quadro 2 – Top 15 das produções mais citados na <i>Web of ScienceTM</i> de 1995-2021.....	36
Quadro 3 – Ilustrações e conteúdo que compuseram as cenas do vídeo ‘‘A segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar’’. João Pessoa, PB, Brasil, 2022.....	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Resultados gerais do levantamento bibliométrico sobre a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar (1995-2021). João Pessoa – PB, 2021.....	34
Tabela 2 – Periódicos com mais produções publicadas (1995-2021). João Pessoa – PB, 2021.....	35
Tabela 3 – Quantidade de produções por país de origem das instituições de vínculo dos autores (1995-2021). João Pessoa – PB, 2021.....	36

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição das publicações e citações sobre segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar (1995-2021). João Pessoa – PB, 2021.....	35
Figura 2 – Dendograma das classes obtidas a partir do <i>corpus</i> . João Pessoa – Paraíba, 2022.....	39
Figura 3 – Segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar. João Pessoa – PB, 2022.....	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa;
SUS	Sistema único de Saúde;
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;
PNI	Política Nacional do Idoso;
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
EA	Eventos Adversos;
MeSH	Medical Subject Headings;
OMS	Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1. INTRODUÇÃO	16
2. REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1. A política nacional de saúde da pessoa idosa	19
2.2. Segurança da pessoa idosa na assistência hospitalar	21
2.3. Evidências científicas sobre a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar	24
3. PERCURSO METODOLÓGICO	27
3.1 Tipo de Estudo	27
3.2 Etapas do Estudo	28
3.3 Local da Pesquisa	29
3.4 População e Amostra	30
3.5 Instrumentos e Procedimentos para Coleta dos Dados	31
3.6 Análise dos dados	32
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
4.1 Resultados e discussão sobre os dados obtidos da pesquisa	33
4.2 Apresentação do produto	52
CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS	62
APÊNDICES	68

APRESENTAÇÃO

Sou advogada, conclui minha graduação no Instituto Prof. Camilo Filho em Teresina-PI e, durante minha formação, uma das disciplinas que sempre me chamou atenção foi o Direito Constitucional por prever direitos e garantias a todos os cidadãos, em especial àqueles que se encontram em situação de maior vulnerabilidade e fragilidade, contexto em que muitas vezes a população idosa se insere.

Diante disso, surgiu meu interesse em buscar formas de alcançar uma realidade mais digna e justa para os idosos, que muitas vezes se encontram desamparados e fragilizados. O Mestrado Profissional em Gerontologia, por ser a área que estuda os fenômenos fisiológicos, psicológicos e sociais relacionados ao envelhecimento do ser humano, apresentou-se como uma excelente oportunidade para concretizar meu objetivo: construir um produto que de fato pudesse melhorar algum aspecto da vida das pessoas idosas.

A Dissertação está estruturada em cinco capítulos, conforme apresentado a seguir: No Capítulo I foi apresentada a Introdução do estudo, com a contextualização do problema de pesquisa, construção do objeto de estudo, questões norteadoras, objetivos e a justificativa.

O Capítulo II apresenta o Referencial Teórico da Dissertação, com a descrição da política nacional de saúde da pessoa idosa, a segurança da pessoa idosa na assistência hospitalar, a teoria cognitiva da aprendizagem multimídia e as evidências científicas sobre a segurança da pessoa idosa no ambiente.

No Capítulo III consta o percurso metodológico da Dissertação, com os itens: tipo de pesquisa; etapas do estudo; local da pesquisa; população e amostra; instrumento e procedimento de coleta de dados, análise dos dados e os aspectos éticos da pesquisa que envolve seres humanos.

No Capítulo IV, constam os resultados e a discussão dos dados obtidos na pesquisa, com a Etapa 1 – Estudo Bibliométrico: Análise da produção científica internacional sobre a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar, os resultados da Etapa II – Pesquisa de Campo e a apresentação do Vídeo Educativo sobre a Segurança da Pessoa Idosa no Ambiente Hospitalar.

Em seguida, as considerações finais do estudo foram apresentadas, com destaque para o produto resultante dessa pesquisa – vídeo educativo sobre a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar. O vídeo construído pode contribuir para aumentar a percepção de idosos sobre os riscos adversos ou incidentes que atingem o idoso durante a prestação do cuidado de saúde no ambiente hospitalar, resultando em dano ou lesão, que podem representar um prejuízo temporário ou permanente.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional está entre os fatos de destaque no século atual, haja vista a estimativa de que o índice de crescimento dos idosos no mundo esteja em torno de 3% ao ano e que tal população atinja, em 2050, 2,1 bilhões de pessoas. Atualmente, cerca de 962 milhões de pessoas possuem 60 anos de idade ou mais no mundo, o que corresponde a 13% da população total. Até 2050, todas as regiões do mundo, exceto a África, terão quase um quarto de suas populações compostas por pessoas nessa faixa etária (SOUSA et al., 2019).

O aumento do envelhecimento humano traz, como consequências, alterações dos sistemas fisiológicos levando os idosos a vulnerabilidades, fato comprometedor da aptidão físico-funcional. Diante disso, de forma paralela ao aumento da expectativa de vida, são majorados os impactos nas condições de saúde, morbidade e limites funcionais nas pessoas idosas, elevando a incidência de enfermidades e incapacidades, com possíveis alterações na dependência física, cognitiva e emocional, gerando muitas vezes a necessidade de cuidados permanentes (CRUZ; BELTRAME; DALLACOSTA, 2019).

Neste contexto, é importante destacar a multimorbilidade que impacta a população idosa e que se caracteriza por uma combinação de doenças com uma diversidade de implicações, entre elas a exacerbada utilização de cuidados de saúde, hospitalização, elevado gasto público em saúde e mortalidade (BOECKXSTAENS, GRAAF, 2011).

A alta utilização dos cuidados de saúde pelos idosos requer, dos profissionais de saúde, uma maior atenção com a real efetividade do tratamento e dos cuidados dispensados a esse grupo etário. Estes cuidados acontecem especialmente nos hospitais e podem ser verificados pelo aumento da média de idade dos pacientes nestas unidades (OLIVEIRA et al. 2011; AVELINO-SILVA et al. 2014).

Deste modo, no âmbito da assistência hospitalar, inovações e avanços são necessários para a melhoria dos processos e serviços oferecidos à população idosa.

Esses ambientes requerem maior tecnologia para o atendimento de pacientes graves, complexos e expostos a procedimentos invasivos (SILVEIRA; PULZI JUNIOR; COSTA FILHO, 2010). Com isso, é notório e crescente o aumento de estudos sobre o tema, em decorrência da preocupação com a segurança do paciente idoso em ambientes hospitalares. (SILVEIRA; PULZI JUNIOR; COSTA FILHO, 2010; TOFFOLETTO et al. 2016).

É necessário o envolvimento entre o bem-estar, a qualidade de vida dos pacientes e assistência prestada, e por isso, nas últimas décadas, a segurança dos pacientes tem se tornado um debate constante (BAMPI et al., 2017).

As evidências retratam que os eventos adversos (EA), ou seja, os incidentes que atingem o paciente durante a prestação do cuidado de saúde, resultando em dano ou lesão, podem representar um prejuízo temporário ou permanente. Os Eventos Adversos (EA) mais presentes entre pacientes adultos e idosos hospitalizados são as quedas, erros de medicação, retiradas não programadas de dispositivos terapêuticos e lesão por pressão, o que demonstra que, com o avançar da idade, há maior incidência de EA, e, consequentemente, o aumento das sequelas mais graves. Uma das formas de prevenção de EA moderados e graves é a redução do tempo de permanência no hospital, além de implicar a redução de custos (SANTOS et al. 2016).

Dessa forma, no ambiente hospitalar, inovações e avanços são necessários para uma assistência segura e de mais qualidade. A segurança do paciente relacionada com as seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009), objetiva promover melhorias na assistência à saúde e evitar danos ao paciente, reduzindo as consequências negativas de um atendimento realizado de forma insegura.

Assim, a incorporação de métodos preventivos com tecnologias educacionais como a produção de um vídeo e outras ferramentas possibilitam a incorporação por parte dos profissionais e cuidadores para evitar eventos adversos.

O vídeo educativo é um recurso tecnológico de ensino a ser utilizado pelos profissionais de saúde nas ações de educação em saúde para o público idoso. Além disso, ele sugere a realização de outros estudos que desenvolvam tecnologias educacionais para idosos sobre diferentes temas da gerontologia e que, além disso, testem seus efeitos na educação em saúde com diferentes abordagens, por meio de experimentos na perspectiva longitudinal, para a avaliação dos efeitos a longo prazo (SÁ et al, 2020).

Em países desenvolvidos, o idoso é classificado como uma pessoa de terceira idade a partir dos 65 anos, e, em países em desenvolvimento, com mais de 60 anos de idade.

A terceira idade vem acompanhada de mudanças previsíveis em praticamente todos os órgãos e sistemas, o que implica uma modificação na estrutura física, composição corporal e funcionamento orgânico. É um processo biológico natural que é iniciado durante os primeiros anos que sucedem o início da fase adulta.

Esses idosos possuem limitações, alterações físicas e emocionais que podem contribuir para a sua exposição a riscos que podem ser classificados como intrínsecos – que são aqueles

inerentes à saúde do indivíduo, como uso inadequado de muitos medicamentos, problemas visuais, doença de Parkinson, dores pelo corpo, incontinência urinária entre outras – e os riscos extrínsecos – que podem ser modificáveis no ambiente ou nos hábitos como andar com calçado com salto alto, usar sola escorregadia, tapetes escorregadios, iluminação inadequada nos ambientes de transição, chão encerado, escadas sem corrimão, vasos sanitários sem apoio lateral, camas, cadeiras muito altas ou baixas, sedentarismo ou prática de atividades físicas como corrida. Esses riscos podem levar, assim, às quedas que normalmente ocorrem no próprio ambiente físico domiciliar, nos exercícios da atividade diária, por negligências às medidas de prevenção a acidentes (BRASIL, 2006).

Esses riscos podem ser agravados no ambiente hospitalar por riscos químicos, físicos causados por agentes como o calor, ruídos, radiações ionizantes e não ionizantes e especialmente os riscos biológicos causados pelo contato com algum agente biológico patogênico (BRASIL, 1995)

Diante do exposto, o estudo tem como objeto a produzir um vídeo educativo sobre a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar, o qual servirá como uma ferramenta de orientação aos idosos para evitarem os riscos dos Eventos Adversos, na atenção à saúde e segurança no ambiente hospitalar, para uso dos idosos, seus familiares e equipe multidisciplinar, no intuito de evitar danos e sequelas, melhorar a qualidade da assistência hospitalar e devolver a autoconfiança ao idoso.

Para tanto, foram levantadas as seguintes questões norteadoras que permeiam este estudo; são elas: Quais as evidências científicas sobre segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar? Como se dá a segurança da pessoa idosa hospitalizada? Como um vídeo educativo pode contribuir com a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar?

Visando responder as essas questões elencamos os seguintes objetivos:

- 1) Apresentar as evidências científicas sobre a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar a partir de um estudo bibliométrico;
- 2) Avaliar a segurança da pessoa idosa hospitalizada com base nas seis Metas Internacionais de segurança do paciente da Organização Mundial de Saúde e no Estatuto do Idoso;
- 3) Produzir um vídeo educativo sobre a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A política nacional de saúde da pessoa idosa

As políticas voltadas para a pessoa idosa no Brasil evoluem de forma lenta e não contemplam, de forma objetiva, as demandas dos idosos como um novo grupo populacional em constante crescimento.

Em 1994, um passo importante foi a regulamentação da Política Nacional do Idoso (PNI). A PNI buscou assegurar direitos sociais aos idosos em todos os campos da sociedade. Por meio dessa política também foi criado o Conselho Nacional do idoso. Além disso, em 1996 foi promulgada a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) incluindo o idoso na atenção integral à saúde que teve como foco o envelhecimento saudável estimulado a partir da adoção de práticas saudáveis (BRASIL, 1999).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) foi aprovada por meio da Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. No entanto, a busca por garantia integral à saúde do idoso é mais antiga e foi reforçada por meio de movimentos sociais com participação popular. A PNSPI considera idosa toda pessoa que possui sessenta (60) anos ou mais de idade e tem a finalidade de garantir direitos básicos de saúde à pessoa idosa como recuperação e manutenção da autonomia, estímulo da independência do idoso com foco em medidas que alcancem o público-alvo, sejam elas coletivas ou individuais (BRASIL, 2006).

As transformações da sociedade e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) necessitam de uma política pública de saúde com foco no envelhecimento e na saúde da pessoa idosa para que possam ter um funcionamento mais direcionado e efetivo.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa tem como meta a atenção à saúde adequada e digna para os idosos brasileiros, principalmente os considerados frágeis e vulneráveis, indicando importante papel para a equipe de saúde da família. Estabelecem-se, nesse âmbito, duas importantes estratégias: a caderneta de saúde da pessoa idosa e o caderno de atenção básica de envelhecimento e saúde da pessoa idosa.

O Pacto da Saúde é definido como um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão, União, Estados e Municípios, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

As diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e do Pacto da Saúde são: promoção do envelhecimento ativo e saudável; manutenção e recuperação da capacidade

funcional; atenção integral à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações Interssetoriais, visando à integralidade da atenção; implantação de serviços de atenção domiciliar; acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitando o critério de risco; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; estímulo à participação e fortalecimento do controle social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006).

O aumento da expectativa de vida da população brasileira é algo bastante notável. Um estudo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), divulgado em novembro de 2012, mostra que a quantidade de brasileiros com 60 anos ou mais cresceu 55% entre 2001 e 2011. Isso significa que a terceira idade passou de 15,5 para 23,5 milhões de pessoas em dez anos. Todas essas mudanças têm despertado grande interesse na área da saúde pública (IBGE, 2012).

Dentro de vinte e cinco anos, o Brasil terá a sexta maior população de idosos no mundo, com mais de 32 milhões de indivíduos com sessenta anos ou mais, representando cerca de 15% da população total. O Brasil, atualmente, é considerado um país de idosos, com vinte e um milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que corresponde a 11% da população nacional. Em 2010, o número de pessoas no Piauí com 60 anos ou mais era de 331.772, o que corresponde a 11,4% da população do Estado (IBGE, 2010).

No Capítulo IV, Art. 15 do Estatuto do Idoso, é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços voltados à prevenção, à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam os idosos (BRASIL, 2004).

Dessa forma, uma das ferramentas importantes com o objetivo de reestruturar a assistência à saúde é a tecnologia da informação. As inovações são necessárias como uma estratégia para o avanço da saúde pública, para atender à complexidade dos processos de saúde, doença e o cuidado (GODOY et al., 2012).

Em 1994, na 1ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, surgiu o debate sobre a importância e as implicações que decorrem do desenvolvimento científico e tecnológico na saúde, que veio a figurar na discussão política entre os diversos atores da saúde,

da pesquisa e da sociedade. Foi proposta uma ampla agenda para o setor da Ciência e Tecnologia em Saúde a fim de se gerar e incorporar conhecimentos voltados para a compreensão e a solução dos problemas de saúde do País e resgatar a importância do papel do Ministério da Saúde no contexto da Ciência e Tecnologia (C&T) (BRASIL, 2010).

A informação em saúde deve ser entendida como um instrumento de conhecimento e compreensão da realidade socioeconômica, demográfica e epidemiológica, possibilitando um melhor planejamento, gestão, organização e avaliação nos vários níveis que constituem o Sistema Único de Saúde.

O Ministério da Saúde do Brasil investe no desenvolvimento de sistemas de bancos de dados para monitorar e avaliar os indicadores de saúde da população, tendo em vista que o uso das tecnologias de informações no setor da saúde possibilita maior eficiência e dinamicidades dos dados gerados.

2.2 Segurança da pessoa idosa na assistência hospitalar

A segurança do paciente tem como objetivo reduzir os riscos associados à assistência à saúde, provenientes de tecnologias e produtos, relações humanas no serviço e falhas na comunicação (RUNCIMAN, et al. 2009)

Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, no qual vários países firmaram o compromisso de adotar medidas de melhorias no atendimento aos pacientes com o propósito de aumentar a qualidade dos serviços de saúde prestados (WHO, 2004)

Para tanto, essa aliança lançou três desafios globais: o primeiro em 2005, com foco na prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS); o segundo, em 2008, voltado à segurança na realização de procedimentos cirúrgicos (WHO, 2008) e o terceiro, lançado em 2017, com o objetivo de reduzir o nível de danos graves evitáveis associados a medicamentos (WHO, 2017).

Como parte desses desafios, em 2009, a Organização Mundial de Saúde – OMS (2009) estabeleceu 06 Metas Internacionais de segurança do paciente, sendo a Meta Nº 01: Identificação correta do paciente; Meta Nº 02: Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde; Meta Nº 03: Melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância; Meta Nº 04: Cirurgia segura; Meta Nº 05 – Redução do risco de infecções associadas aos cuidados em saúde e Meta nº 06 – Prevenção de danos decorrentes de quedas.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), atendendo aos desafios globais da OMS, lançaram em 2013 a Portaria nº 529/2013⁷ (BRASIL, 2013) e a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2013⁸, que instituem, respectivamente, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e as ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.

Apesar de existir o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído em 2014 no Brasil pelo Ministério da Saúde e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (BRASIL, 2014), o sistema vigente de avaliação não favorece a mensuração, a interpretação e a qualificação da sua avaliação, o que deve ser considerado insuficiente para determinar a qualidade das práticas assistenciais.

Para Runciman et al. (2009), a segurança é uma importante dimensão da qualidade que se refere ao direito das pessoas de terem o risco de um dano desnecessário associado com o cuidado de saúde reduzido a um mínimo aceitável.

Assim, a segurança do paciente vem assumindo destaque e sendo discutida mundialmente pelo crescente número de incidentes que atingem o paciente durante a prestação do cuidado de saúde. Dessa forma, as instituições hospitalares têm buscado garantir uma assistência de qualidade aos seus usuários, reduzir os erros e ampliar o número de práticas seguras na atenção à saúde.

A segurança do paciente é essencial para a qualidade do atendimento à saúde no ambiente hospitalar, pois compreende atitudes que se destinam a gerenciar e prevenir riscos que os pacientes estão expostos (HWO, 2005).

Assim o grande diferencial da construção do Vídeo Educativo sobre a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar é diminuir o risco de danos desnecessários associados ao processo assistencial em saúde aos idosos. Dessa forma, contribuirá para o fornecimento de dados fidedignos e para a implementação de estratégias para redução dos agravos.

2.2.1 Teoria cognitiva da aprendizagem multimídia

O termo multimídia se refere a um conjunto de meios técnicos utilizados na exposição das informações por meio de diferentes modalidades sensoriais. O princípio multimídia afirma que as pessoas aprendem mais a partir de palavras e imagens, do que apenas com palavras. A Teoria Cognitiva da Aprendizagem Multimídia foi criada por Richard Mayer, psicólogo educacional, docente da Universidade da Califórnia na década de 70, que dedicou sua carreira

profissional em pesquisas acerca da relação entre a cognição, instrução e tecnologias, por meio da análise da aprendizagem a partir da utilização de animações, vídeos e simulações com base no potencial existente nos recursos audiovisuais para melhorar a aprendizagem. De acordo com os seus estudos, a informação é processada através de dois canais, o verbal e o visual. Se em um processo de aprendizagem um professor conduzir a sua explicação através de palavras e imagens, os alunos poderão aprender com maior êxito (MAYER, 2014; 2017).

A teoria cognitiva da aprendizagem multimídia baseia-se em 4 critérios: a plausibilidade teórica – a teoria é consistente com os princípios da aprendizagem da ciência cognitiva; a testabilidade – a teoria gera previsões que podem ser testadas nas pesquisas científicas; a plausibilidade empírica – a teoria é consistente com as provas obtidas nas pesquisas empíricas sobre a aprendizagem multimídia; aplicabilidade – a teoria é relevante para as necessidades educacionais, nomeadamente no sentido de uma melhor concepção das mensagens educacionais multimídia.

Tendo em vista a capacidade limitada da memória de trabalho no processamento das informações, a Teoria Cognitiva da Aprendizagem Multimídia se baseia na ideia de que os processamentos das informações ocorrem devido a um processo consciente. Ele se desenvolve de acordo com a atenção dada a informações relevantes, sistematização e na construção de correlação com conhecimentos prévios. Dentre os canais sensoriais de aquisição de informação (visão, audição, paladar, tato e olfato), os canais visual e auditivo foram os estudados pelo autor, de modo que é sobre eles que a teoria está fundamentada. Em relação ao processamento de imagens, elas são captadas pelos olhos e levadas à memória sensorial visual onde ficam retidas por um tempo breve, em seguida, o processamento ativo começa e as informações visuais são organizadas em estruturas coerentes que deverão ser associadas posteriormente a conhecimentos prévios (MAYER, 2009)

Dentre as opções de multimídia, encontram-se os recursos educacionais compostos por textos, imagens, áudios, animações, jogos e vídeos.

A partir dos pressupostos do Modelo SOI, Mayer sintetizou 12 princípios para orientar o planejamento e a criação de multimídias que contemplem os diferentes canais, mas que, ao mesmo tempo, não promovam a sobrecarga da capacidade de armazenamento e processamento dos conteúdos educacionais (que acarretariam prejuízos à aprendizagem) (MAYER, 2002; 2014; 2017): 1) Princípio da coerência: existe maior efetividade na aprendizagem quando são excluídos conteúdos e recursos (palavras, figuras, símbolos, sons, músicas) que não contribuam de fato para a abordagem do assunto ou que não sejam importantes. 2) Princípio da sinalização:

existe maior efetividade na aprendizagem quando a organização do material é explicitada, por meio da presença de sinais que direcionem a atenção, pois o aprendiz pode ser guiado ao que é essencial, favorecendo a organização mental. 3) Princípio da redundância: existe maior efetividade na aprendizagem quando o conteúdo é apresentado com animação acompanhada apenas de narração, em vez de animação, narração e conteúdo escrito (legenda do texto narrado). 4) Princípio da contiguidade espacial: existe maior efetividade na aprendizagem quando palavras e imagens, que possuam relação ou que contemplem conteúdos em comum, são apresentadas espacialmente próximas. 5) Princípio da contiguidade temporal: existe maior efetividade na aprendizagem quando palavras e imagens correspondentes aparecem ao mesmo tempo. 6) Princípio da segmentação: existe maior efetividade na aprendizagem quando a mensagem é apresentada em blocos de informação ou unidades sequenciais nas quais o usuário pode definir o ritmo. 7) Princípio do pré-treinamento: existe maior efetividade na aprendizagem quando ocorre apresentação geral do conteúdo antes da exibição de detalhes. 8) Princípio da modalidade: existe maior efetividade na aprendizagem quando o conteúdo é apresentado com figuras acompanhadas de narração em vez de figuras e conteúdo escrito. 9) Princípio multimídia: existe maior efetividade na aprendizagem quando o conteúdo a ser ensinado é exposto a partir da combinação de imagens e palavras, em vez de apenas palavras. 10) Princípio da personalização: existe maior efetividade na aprendizagem quando as informações são transmitidas com uso de palavras em estilo conversacional do que em estilo formal. 11) Princípio da voz: existe maior efetividade na aprendizagem quando a voz da narração é humana do que quando a voz é de máquina. 12) Princípio da imagem: as pessoas não necessariamente aprendem melhor quando a imagem de quem está falando/narrando está na tela.

2.3 Evidências científicas sobre a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar

A literatura internacional aborda o tema segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar com destaque para o Top 15 artigos mais citados na *Web of ScienceTM* no período de 1995-2021, com média de citação por artigo igual a 40,77 e H-index de 36. A Organização Mundial de Saúde – (OMS, 2009), estabeleceu 06 Metas Internacionais de segurança do paciente, sendo a Meta Nº 01: Identificação correta do paciente; Meta Nº 02: Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde; Meta Nº 03: Melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância; Meta Nº 04: Cirurgia segura; Meta Nº 05 – Redução do risco

de infecções associadas aos cuidados em saúde e Meta nº 06 – Prevenção de danos decorrentes de quedas.

Na relação entre os 15 artigos de maior fator de impacto e as metas de segurança do paciente idoso, destacam-se estudos sobre: Mortalidade específica por idade e sexo global, regional e nacional para 282 causas de morte em 195 países e territórios, 1980-2017: uma análise sistemática para o Global Burden of Disease Study 2017, sendo esse o estudo de maior fator de impacto publicado no periódico LANCET, citado 1.592 vezes na WOS, no período de 1995 a 2021 (ROTH, et al. 2018).

O estudo tem relação com as 06 Metas Internacionais de segurança do paciente, e fornece uma avaliação abrangente da mortalidade por causas específicas para 282 causas em 195 países e territórios de 1980 a 2017 e conclui que as melhorias na saúde global foram distribuídas de forma desigual entre as populações. Mortes devido a lesões, transtornos por uso de substâncias, conflitos armados e terrorismo, neoplasias e doenças cardiovasculares estão aumentando as ameaças à saúde global. Para causas de morte, como infecções respiratórias e entéricas, ocorreu um progresso mais rápido para as crianças do que para os adultos mais velhos, e há disparidade contínua nas taxas de mortalidade por sexo entre os grupos de idade. Mortes por transtornos por uso de substâncias também aumentaram, passando de 284.000 mortes globalmente em 2007 para 352.000 em 2017. Uma maior redução no total de óbitos e taxas de mortalidade foi observada para algumas causas transmissíveis, maternas, neonatais e nutricionais entre crianças menores de 5 anos do que para adultos mais velhos, como uma redução de 36,4% nas mortes por infecções respiratórias inferiores em crianças menores de 5 anos em comparação com um aumento de 33,6% em adultos com mais de 70 anos. Globalmente, o número de mortes foi maior para homens do que para mulheres na maioria das idades em 2017, exceto em idades acima de 85 anos. Houve grandes aumentos de neoplasias e doenças cardiovasculares, doença cardíaca isquêmica e acidente vascular cerebral. O crescimento populacional contribuiu para o aumento total de mortes nas 20 principais causas de mortalidade de Nível 2 entre 2007 e 2017. As diminuições na taxa de mortalidade por causa específica reduziram o efeito do crescimento populacional para todas as causas, exceto três: transtornos por uso de substâncias, transtornos neurológicos e pele e doenças subcutâneas.

O Quadro 1 mostra a relação das Metas Internacionais de segurança do paciente da Organização Mundial de Saúde – OMS e as produções mais citados na *Web of Science*TM de 1995-2021

Quadro 1 – Relação das Metas Internacionais de segurança do paciente e o número de estudos publicados no período de 1995-2021

METAS	NÚMERO DE ESTUDOS RELACIONADOS	%
Nº 01: Identificação correta do paciente	2	13,3
Nº 02: Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde	2	13,3
Nº 03: Melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância	6	40
Nº 04: Cirurgia segura	1	6,6
Nº 05 – Redução do risco de infecções associadas aos cuidados em saúde	2	13,3
Nº 06 – Prevenção de danos decorrentes de quedas	1	6,6
Relacionado com todas as Metas	1	6,6

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da *Web of Science*.

Verifica-se que as evidências científicas sobre a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar têm relação mais específica com a meta 3, com 40% dos estudos.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo multimétodos, desenvolvido em três etapas: 1. Estudo bibliométrico acerca do tema abordado; 2. Pesquisa de campo de abordagem qualitativa; 3. Estudo metodológico para produção do vídeo educativo sobre a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar, construído com base nos resultados do estudo bibliométrico e da pesquisa de campo.

3.2 Etapas do estudo

3.2.1 Etapa 1 – Estudo Bibliométrico

O estudo bibliométrico foi realizado na Coleção Principal da base de dados *ISI Web of Knowledge/Web of Science™*, de estudos publicados no período de 1945 a 2021. Os descritores foram definidos a partir do catálogo MeSH (Medical Subject Headings), sendo selecionados os seguintes termos de busca: “Patient safety” and Elderly* and “Hospital environment”. O asterisco significa a possibilidade de plural dos descritores e as aspas indicam a representação exata dos termos com mais de uma palavra.

Após refinamento dos trabalhos encontrados por meio da aplicação do filtro, tipo de documentos, oferecido pelo mecanismo de busca da coleção principal da *Web of Science™*, foram localizadas 172 publicações. Não houve filtro de refinamento para áreas do conhecimento, países ou idiomas dos estudos, abrangendo todos os registros de publicações que tivessem os três termos em associação. Foram excluídos, dos resultados obtidos, os artigos provenientes de eventos ou considerados ainda em edição (*Conference Proceedings*) e registros oriundos de “*proceedings papers*”, “editorial material” e “*letter*”, resultando apenas trabalhos finais e completos “*article*” e “*review*” (artigos e revisões). Desta forma, os estudos foram identificados e utilizados como conjunto de artigos para a análise bibliométrica proposta.

O processamento e análise do material foi realizado a partir da exportação desses dados para o pacote de software de análise bibliométrica HistCite™, a fim de organizar as informações e facilitar a análise. A análise dos artigos selecionados seguiu os três procedimentos sugeridos: a definição da base de dados e os critérios a serem utilizados para a

coleta; a coleta dos dados; e a representação e análise (SANTOS, 2014; MOURA, 2017). Foram analisadas a trajetória de evolução anual das publicações, os periódicos com maior quantidade de registros, os autores com maior quantidade de publicações e a quantidade de artigos distribuídas por país de origem dos autores.

Além desses dados gerados pelo software, fez-se uma identificação das fontes de valor sobre a segurança do paciente no ambiente hospitalar reconhecidas por meio de métricas de autoria e citação, uma análise da contagem do número de citações, pelo valor do h-index, baseado em uma lista de publicações classificadas em ordem decrescente e uma análise dos indicadores sobre a dinâmica e evolução da informação científica e tecnológica sobre o tema. Além disso, buscou-se a média de citação por artigo e a soma do número de citações para todos os itens no conjunto de resultados.

Foram elucidados aspectos dos textos dos 15 artigos mais citados na *Web of Science*TM no intuito de identificar suas principais contribuições para a temática da segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar. Os resultados dessas análises foram apresentados em gráficos, tabelas e quadros.

Foram observados os princípios éticos preconizados para a pesquisa desta natureza, respeitando as ideias, citações, os autores e suas publicações.

3.2.2 Etapa 2 – Pesquisa de campo

Trata-se de uma pesquisa de campo de abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada no Instituto Paraibano de Envelhecimento (IPE) no município de João Pessoa/PB, no Hospital Universitário Lauro Wanderley – HULW, da UFPB e no Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí – UFPI, com a coleta realizada nos meses de setembro de 2021 a fevereiro de 2022.

A amostra foi composta por dois grupos: **Grupo 1 (G1)** – idosos que tenham sido hospitalizados; **Grupo 2 (G2)** – Profissionais que atuam em ambiente hospitalar.

Como instrumento para coleta dos dados, utilizou-se para o **G1** – questionário on-line modelo formulário Google Forms para a identificação dos idosos aptos a participar do estudo. Em seguida, realizou-se uma entrevista semiestruturada, por meio do Formulário Google Forms, conforme roteiro em anexo (APÊNDICE A) acerca dos riscos inerentes ao ambiente hospitalar durante o processo de hospitalização. Para o **G2**, aplicamos um questionário on-line modelo formulário Google Forms com 06 questões, buscando coletar informações sobre como é feita a segurança do paciente idoso nos seus respectivos setores de trabalho (APÊNDICE B).

As informações extraídas do questionário com os idosos e profissionais da saúde foram transcritas e organizadas em um *corpus*, e foram em seguida processados com o auxílio do *software* de análise textual IRaMuTeQ versão 0.7 alfa 2, com caracterização da amostra, agrupada em unidades de significado para compor a descrição e discussão apresentadas nesta pesquisa.

3.2.3 Etapa 3 - Vídeo Educativo sobre a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar

No estudo metodológico, ocorreu a produção de um vídeo educativo sobre a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar. A pesquisa metodológica consiste em estudos relacionados à elaboração de instrumentos e materiais educativos que sejam aplicáveis à prática, precisos e confiáveis na comunidade científica (SANTANA; SOARES; NÓBREGA, 2012). O estudo metodológico trata do desenvolvimento, validação e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa (POLIT; BECK, 2019).

O Vídeo Educativo foi construído com base nos resultados do estudo bibliométrico e da pesquisa de campo feita com 20 idosos e 20 profissionais da saúde.

Para a elaboração do vídeo, seguiram-se as recomendações de Kindem e Musburger (2005), que sugerem as fases de pré-produção – construção da sinopse, argumento, roteiro e storyboard, produção – gravação do vídeo e pós-produção – edição do vídeo.

3.3 Local da Pesquisa

3.3.1 Instituto Paraibano de Envelhecimento – IPE

A pesquisa de campo de abordagem qualitativa foi desenvolvida no Instituto Paraibano de Envelhecimento – IPE, localizado na cidade de João Pessoa, na Universidade Federal da Paraíba – UFPB, para a coleta de dados dos idosos. O estudo foi realizado em ambiente virtual com voluntários selecionados no IPE, seguindo as recomendações da Carta Circular nº 001/2021 emitida, em março de 2021, pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa e divulgada na comunidade científica.

Este local foi selecionado por proporcionar atividades de ensino, pesquisa e extensão junto à comunidade local, prestando assistência em promoção à saúde a 785 idosos cadastrados.

Com a pandemia da Covid-19, em 2020, realizaram-se inscrições de idosos interessados em atividades no ambiente virtual com a equipe multidisciplinar, aderindo-se, assim, 122 pessoas idosas.

As atividades são oferecidas por meio de roda de conversa, vídeos, mapas mentais, *podcast*, tele orientação e/ou tele monitoramento, sendo eles: escuta solidária, espiritualidade e envelhecimento, informações educativas em saúde, técnicas de relaxamento, pilates solo, alongamento e postura, inglês para viagem, fortalecimento e propriocepção. A equipe multidisciplinar presta a assistência disponibilizando vídeos previamente gravados com sequências de movimentos e/ou pelo serviço de vídeo chamada no sistema *google Meet* ou *WhatsApp*.

3.3.2 O Hospital Universitário Lauro Wanderley – HULW da UFPB

A pesquisa de campo envolvendo os profissionais, foi realizada no Hospital Universitário Lauro Wanderley – HULW da UFPB. Trata-se de um hospital geral, de grande porte, com atendimento ambulatorial e de alta complexidade em diversas especialidades, localizado na Cidade de João Pessoa na Paraíba.

3.3.3 Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí – HU da UFPI

Hospital geral, de grande porte, com atendimento ambulatorial e de alta complexidade em diversas especialidades, localizado na Cidade de Teresina no Estado do Piauí.

3.4 População e Amostra

3.4.1 População e amostra de idosos

A população do estudo foi constituída por dois grupos (G1 e G2), o G1 foi formado por pessoas de idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, que tinha sido hospitalizado, há no mínimo cinco anos, em Unidades de Internação Hospitalar da Paraíba ou Piauí. A quantidade de participantes do estudo foi definida por meio de uma amostra intencional de 20 idosos, considerando a média do número de idosos internados mensalmente em hospitais, considerando que essa média baixou muito devido à pandemia da covid-19.

Os critérios de exclusão foram: idosos que se encontravam acamados, com déficit visual ou auditivo e que não utilizavam recursos adaptativos (lentes corretivas ou aparelho auditivo).

A população do G2 foi constituída por profissionais que trabalham no Hospital Universitário Lauro Wanderley – HULW-UFPB e no Hospital Universitário da UFPI, há mais de um ano e a amostra foi constituída por 20 profissionais que trabalham na área de internação hospitalar ou no serviço de ambulatório.

3.5 Instrumentos e Procedimentos para Coleta de Dados

Para o Grupo 1, os dados foram coletados em duas etapas: A primeira etapa foi constituída de um questionário por meio do modelo formulário Google Forms, visando identificar idosos que tenham sido hospitalizados há menos de cinco anos. Para a segunda etapa, utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturado por meio do formulário Google Forms, com base nas seis Metas Internacionais de segurança do paciente, da Organização Mundial de Saúde – OMS: Meta Nº 01: Identificação correta do paciente; Meta Nº 02: Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde; Meta Nº 03: Melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância; Meta Nº 04: Cirurgia segura; Meta Nº 05 – Redução do risco de infecções associadas aos cuidados em saúde e Meta nº 06 – Prevenção de danos decorrentes de quedas (OMS, 2009), no documento de referência da Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e no Estatuto do Idoso que assegura a atenção integral à saúde do idoso (BRASIL, 2004).

Para tanto, foi utilizada a técnica de entrevista de forma individual, utilizando o roteiro de entrevista semiestruturado, por meio do Google Forms, elaborado pela pesquisadora. A coleta da segunda etapa do G1, ocorreu de setembro de 2021 a fevereiro de 2022, mediante autorização prévia firmada no devido Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em que a via do idoso foi encaminhada por meio eletrônico (e-mail). A pesquisadora entrou em contato por telefone ou vídeo chamada por *WhatsApp*, com os idosos participantes da pesquisa, que expressaram o desejo de participar.

Para o Grupo 2 – aplicou-se um questionário por meio do modelo formulário Google Forms contendo 06 questões para coletar informações sobre como é feita a segurança do paciente idoso nos seus respectivos setores de trabalho. O instrumento foi compartilhado entre grupos do HULW e HU, onde os profissionais foram convidados a participar do estudo, visando auxiliar no estudo sobre segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar.

3.5.1 Aspectos Éticos do Estudo

Este estudo cumpre as exigências da Resolução normativa nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), que estabelece os critérios e procedimentos para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos e em pesquisas sociais. O projeto foi aprovado pelo CEP do HUWL-UFPB mediante o Parecer de Aprovação nº 4.904.327 e CAAE:48200621.0.0000.5183 9 (ANEXO A)

Deste modo, para respeitar os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, equidade e justiça dos participantes, elencados na Resolução 466/2012 e 510/2016, foi considerada a participação voluntária dos idosos e profissionais da saúde, informando-lhes sobre os propósitos e procedimentos a serem realizados, por meio do TCLE, conforme modelo contido no apêndice C, registrado em formato eletrônico.

3.6 Análise dos dados

Os dados foram processados pelo software IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), que tem por finalidade descobrir a informação essencial contida em um texto através de análise estatística textual (CAMARGO, 2005).

O emprego de programas informáticos como o IRAMUTEQ proporciona o desenvolvimento de técnicas de análise de dados que beneficiaram as pesquisas sobre o fenômeno, o que justifica a sua utilização, além do caráter inovador que esse instrumento confere à análise dos discursos. Este *software* foi desenvolvido por Pierre Ratinaud, e para que se possa compreender a análise textual que realiza, é necessário inicialmente explicitar alguns conceitos importantes: 1) **Corpus** é o conjunto de textos que se pretende analisar. 2) **Texto** é cada entrevista que compõe o *Corpus*. Se uma determinada análise diz respeito às respostas de “n” participantes a uma questão aberta, cada resposta será um texto, e teremos “n” textos. 3) **Segmentos de texto** são partes do texto, na maioria das vezes, dos tamanhos de três linhas, dimensionadas pelo próprio *software*. Assim, *corpus*, texto e segmentos de texto constituem o objeto de análise do IRAMUTEQ (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Os dados foram analisados com base nas Metas Internacionais de Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde, (OMS, 2009), na Política Nacional de Segurança do Paciente e no Estatuto do Idoso.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Resultados e discussão sobre os dados obtidos da pesquisa

4.1.1 Resultado da Etapa 1 – Estudo Bibliométrico: Análise da produção científica internacional sobre a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar

A busca dos estudos na base de dados *da Web of Science* foi realizada para o período de 1945 a 2021. No entanto, o primeiro resultado de artigo publicado foi no ano de 1995, sendo, por esta razão, o espaço temporal avaliado nos resultados deste estudo, o que está compreendido entre 1995 e 2021.

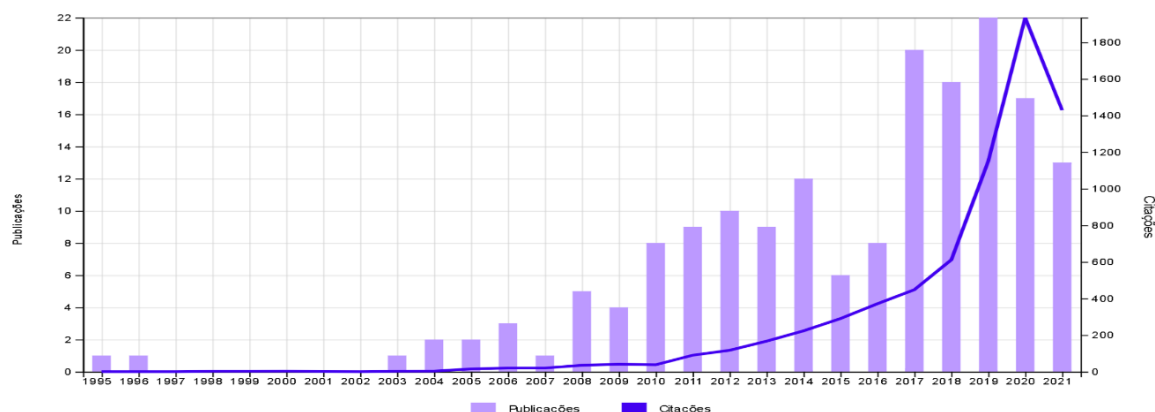
Tabela 1: Resultados gerais do levantamento bibliométrico sobre a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar (1995-2021). João Pessoa – PB, 2021.

Dados Bibliométricos	Quantidade
Publicações	172
Periódicos indexados	59
Autores	218
Instituições (vínculos dos autores)	200
Países	113

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da *Web of Science*.

A evolução da produção científica do campo de estudo sobre a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar, demonstrada pelo quantitativo anual de publicações no período estudado, aponta que o interesse internacional sobre o assunto teve início em 1995, com a publicação de um estudo. No período de 1997 a 2002 não foi publicado nenhum estudo sobre o tema. No período de 2003 a 2016 os estudos aumentaram de forma gradativa, tendo sido o ano de 2007 o ano com o menor número de publicações neste intervalo de tempo. A partir do ano de 2017, os estudos tiveram um aumento significativo com 90 estudos publicados no período de 2017 a 2021.

Figura 1. Distribuição das publicações e citações sobre segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar (1995-2021). João Pessoa – PB, 2021.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Web of Science.

Com a finalidade de identificar os periódicos internacionais mais representativos na área de pesquisa sobre segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar, os 10 principais periódicos foram analisados quanto à quantidade de artigos publicados sobre o tema e o percentual correspondente.

A Tabela 2 demonstra a lista dos 10 periódicos mais representativos quanto ao quantitativo de publicações sobre o tema em estudo, e pode-se observar o percentual de artigos publicados em cada um dos periódicos, e por meio desse indicador é possível ter uma informação inicial a respeito do impacto dos artigos identificados nesses periódicos sob o total de citações recebidas.

Tabela 2: Periódicos com o maior número de produções publicadas (1995-2021). João Pessoa – PB, 2021.

Periódicos	Quantidade de Artigos	%
BMC Health Services Research	6	10,16%
Health Science Reports	4	6,77%
International Journal of Gerontology	4	6,77%
Lancet	4	6,77%
Plos One	3	5,08%
Cancer	2	3,38%
Drugs Aging	2	3,38%
European Journal of Clinical Pharmacology	2	3,38%
European Journal of General Practice	2	3,38%
Hong Kong Journal of Emergency Medicine	2	3,38%

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Web of Science.

Para aprofundar a representatividade dos países de origem das instituições de vínculo dos 218 autores dos 172 trabalhos mapeados neste estudo bibliométrico, foram identificados os

países com mais produções científicas no campo da segurança do paciente idoso na Unidade de Terapia Intensiva, que podem ser observados na Tabela 3.

Tabela 3: Quantidade de produções por país de origem das instituições de vínculo dos autores (1995-2021). João Pessoa – PB, 2021.

País/Regiões	Contagem de registros/Percentual de 172 produções
England	36/20.93%
USA	36/20.93%
Australia	23/13.37%
Japan	23/13.37%
Taiwan	19/11.04%
Germany	17/9.88%
Italy	17/9.88%
Netherlands	17/9.88%
Spain	17/9.88%
Canada	16/9.30%

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da *Web of Science*.

O Quadro 2, a seguir, apresenta o Top 15 artigos mais citados na *Web of Science*TM no período de 1945-2021, o número de citações de cada artigo e a média de citações por ano, indicando os estudos mais representativos sobre o tema, apresentando trabalhos seminais e aqueles posteriores que também foram muito referenciados.

Quadro 2 – Top 15 das produções mais citados na *Web of Science*TM de 1995-2021

Nº de Ord	Título	Autores	Relação com as Metas Internacionais de segurança do paciente	Ano	Revista	Nº de citações	Média de citações por ano
1.	Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017	Roth, G.A, et al.	Metas 1, 2, 3, 4, 5, 6	2018	Lancet	1.592	398
2.	International Society of Geriatric Oncology Consensus on Geriatric Assessment in Older Patients With Cancer	Wildiers, H, et al.	Meta 1	2014	Journal of Clinical Oncology	763	95.38
3	Low intensity transcranial electric stimulation: Safety, ethical, legal regulatory and application guidelines	Antal, A, et al.	Meta 3	2017	Clinical Neurophysiology	318	63.6
4.	Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: a	Anderson, K, et al.	Meta 3	2014	BMJ OPEN	305	38.13

	systematic review and thematic synthesis						
5.	Posthospital care transitions: Patterns, complications, and risk identification	Coleman, E. A, et al.	Meta 3	2004	Health Services Research	275	15.28
6.	Preventing Falls and Fall-Related Injuries in Hospitals	Oliver, D, et al.	Meta 6	2010	Clinics in Geriatric Medicine	226	18.83
7.	Relevance of a systematic geriatric screening and assessment in older patients with cancer: results of a prospective multicentric study	Kenis, C, et al.	Meta 1	2013	Annals of Oncology	182	20.22
8.	Hospitalisations and emergency department visits due to drug-drug interactions: a literature review	Becker, M. L, et al.	Meta 3	2007	Pharmacoe pidemiolog y And Drug Safety	160	10.67
9.	In Situ Monitoring of Health in Older Adults: Technologies and Issues	Kang, HG, et al.	Meta 2	2010	Journal of the American Geriatrics Society	107	8.92
10.	Malnutrition and associated factors in elderly hospital patients: A Belgian cross-sectional, multi-centre study	Vanderwee . K, et al.	Meta 5	2010	Clinical Nutrition	95	7.92
11.	Intravenous versus inhalational maintenance of anaesthesia for postoperative cognitive outcomes in elderly people undergoing non-cardiac surgery	Miller, D, et al.	Meta 4	2018	Cochrane Database of Systematic Reviews	76	19
12.	What is hormesis and its relevance to healthy aging and longevity?	Calabrese, E. J, et al. .	Meta 3	2015	Biogeronto logy	73	10.43
13.	Nutrition in care homes and home care: How to implement adequate strategies	Arvanitaki s, M, et al.	Meta 5	2008	Clinical Nutrition	58	4.14
14.	Self-Medication with Over-the-Counter and Prescribed Drugs Causing Adverse-Drug-Reaction-Related Hospital Admissions: Results of a Prospective, Long-Term Multi-Centre Study	Schmiedl, S, et al.	Meta 3	2014	Drug Safety	47	5.88
15.	Structured nursing communication on interdisciplinary acute care teams improves perceptions of safety, efficiency, understanding of care plan and teamwork as well as job satisfaction	Gausvik, C, et al.	Meta 2	2015	Journal of Multidisci plinary Healthcare	45	6.43

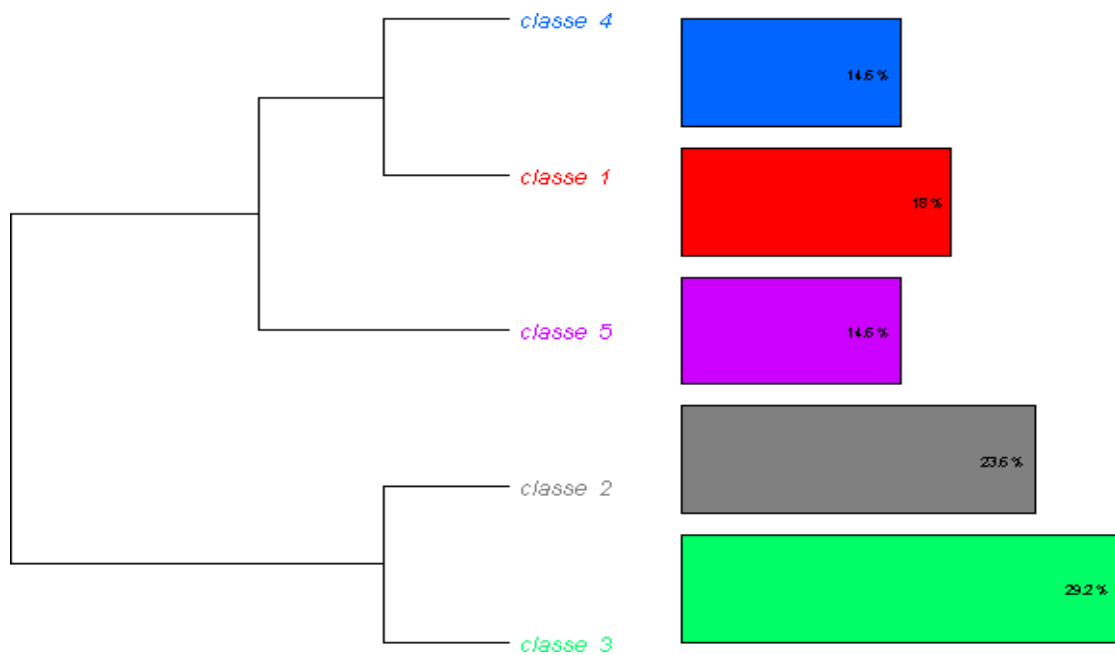
Fonte: Elaboração própria a partir de dados da *Web of Science*.

Há poucos achados na Web of Science que abordam o tema segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar, representados por 172 registros de publicações como fontes de valor sobre o tema, publicados no período de 1995 a 2021, reconhecidas por meio de métricas de autoria e citação. A análise dos indicadores sobre a dinâmica e a evolução da informação científica e tecnológica sobre a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar, evidenciou que existe uma lacuna no conhecimento sobre o tema, apresentado de forma ampla e diversificado sem demonstrar a existência de uma articulação entre os estudos, autores e instituições de todo o mundo. Há necessidade de construção de redes de conhecimento na área que possibilitem mais estudos capazes de contribuir para a melhoria da segurança do idoso na terapia intensiva.

As evidências científicas sobre a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar mostram uma relação mais específica, por ordem de prioridade, com as Metas 3- Melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância, que representou 40% dos estudos; Meta 1- Identificação correta do paciente, Meta 2- Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde e Meta 5- Redução do risco de infecções associadas aos cuidados em saúde relacionadas com a segurança alimentar, com 13,2% dos estudos cada.

4.1.2 Resultado da Pesquisa de Campo

Após o processamento dos dados pelo *software* IRAMUTEQ foram identificadas 89 Unidades de Contexto Elementar (UCE) classificadas de 125 segmentos de texto que representam 71.20% do aproveitamento do material. Os segmentos aproveitados foram divididos em 05 classes. Cada classe é descrita pelos vocábulos que tiveram maior associação com a classe (frequência) e mais significativos (χ^2). As 05 classes dividem-se da seguinte forma: Classe 04, com 81 UCE de 89 – (13.19%), do total aproveitado, Classe 01, com 16 UCE de 89 – (17.98%) do total aproveitado; Classe 05, com 13 UCE – (14.61%) do total aproveitado; Classe 02, com 21 UCE – (23.6%) do total aproveitado e a Classe 03, com 26 UCE – (29.21%) do total aproveitado, conforme Dendograma ilustrado na Figura 01.



Fonte: IRAMUTEQ, 2022

Figura 02: Dendograma das classes obtidas a partir do *corpus*. João Pessoa – Paraíba, 2022.

A construção do Dendograma apresentado na **Figura 02** foi guiada pelas palavras com frequência igual ou maior à frequência média e valor de Qui-quadrado- χ^2 mais elevado de cada classe.

SEGURANÇA DA PESSOA IDOSA NO AMBIENTE HOSPITALAR																	
CLASSE 04						CLASSE 01						CLASSE 05					
Risco de quedas e infecção no ambiente hospitalar 81 UCE (13.19%)						Ambiente hospitalar seguro para o idoso 16 UCE (17.98%)						Prevenção de infecção no ambiente hospitalar 13 UCE (14.61%)					
Palavra	%	χ^2				Palavra	%	χ^2				Palavra	%	χ^2			
Alto	100	24,4				Acompanhante	90,9	45,2				Mão	84,6	59,8			
Queda	47,6	24,0				Orientação	90,0	39,6				Lavagem	84,6	24,4			
Risco	36,1	22,4				Ambiente	73,3	37,4				Contato	71,4	19,6			
Sentir	37,9	18,7				Evitar	75,0	75,0				Prevenção	60,0	18,6			
Cirurgia	60,0	18,6				Idoso	75,0	28,4				Higiene	100	18,1			
Infecção	33,3	10,9				Utilizar	80,0	13,8				Hospitalar	39,1	14,9			
Cama	50,0	8,8				Grade	66,6	10,3				Controle	75,0	12,2			
Medo	50,0	8,8				Equipe	55,5	9,5				Precaução	75,0	12,2			
Hospitalização	33,3	7,7				Presença	75,0	9,2				Medicação	66,6	6,7			
Mesmo	66,6	6,7				Queda	38,1	7,5				Vir	66,6	6,7			
Acompanhar	66,6	6,7				Risco	30,5	6,4				Higienizar	66,6	6,7			
Quando	42,8	4,8				Adequado	60,0	6,3				Internação	50,0	6,4			
Seguro	25,0	4,3				Orientar	60,0	6,3									
Tudo	50,0	4,2				Específico	60,0	6,3									
Grande	50,0	4,2				Familiar	66,6	4,9									
Administra	50,0	4,2				Enfermaria	66,6	4,9									
Variáveis	%	χ^2				Variáveis	%	χ^2				Variáveis	%	χ^2			
*Ida 3	28,2	14,2				*Prof 1	66,6	4,9				*Part 22	100	5,9			
*Part 26	66,6	6,7				*Prof 8	66,6	4,9				*Part 11	100	5,9			
*Prof 6	37,5	5,9				*Part 16	66,6	4,9				*Ida 2					
*Prof 9	37,5	3,6				*Part 25	100	4,6									
*Part 32	50,0	2,0				*Prof 5	100	4,6									
*Part 35	50,0	2,0				*Ida 2	33,3	4,4									

Fonte: IRAMUTEQ, 2022

Legenda: *Part = Participante; *Sex = Sexo; *Ida = Idade; *Prof. = Profissão

Figura 03. Segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar

As classes e suas descrições

Classe 04 – Risco de quedas e infecção no ambiente hospitalar

A classe 04, constituída por 81 UCE, concentra 13.19% das UCEs classificadas e tem relação com a Classe 01, determinada pela Classe 05. Extraídas predominantemente das entrevistas número 26, 31, 32, 33, 34, 35 de participantes do estudo na faixa etária de ≥ 61 anos,

profissionais professores e aposentados. As palavras de destaque foram: **alto; queda; risco; sentir; cirurgia; infecção; cama; medo; hospitalização** ($p < 0,0001$).

Tais vocábulos mostram que há riscos de quedas e infecção hospitalar no ambiente hospitalar a depender dos cuidados recebidos e da qualidade dos serviços prestados, fato este demonstrado nos depoimentos a seguir:

Senti risco de infecção hospitalar principalmente na manutenção do ar condicionado e limpeza do banheiro senti risco de queda da cama hospitalar quando as alianças protetoras estão baixas ou com defeito (Part_31)

A equipe de enfermagem atendia quando chamada... Me senti segura no ambiente hospitalar quanto ao risco de infecção hospitalar e queda, mas o equipamento para banho de cadeira de rodas não vi se foi higienizado antes (Part_32)

Sim fiz cirurgia durante a hospitalização e não me senti seguro não, senti muito medo de tudo medo de morrer... Sim eu identifiquei o risco de infecção na maioria dos procedimentos feitos comigo durante o curativo quando punçavam minha veia e colocar o medicamento. Acho que os profissionais não lavavam as mãos como deveriam e eu não me senti seguro não... Sim percebi o risco de queda muitas vezes durante a hospitalização a cama é muito alta e eu tinha dificuldade para descer (Part_33)

Senti segura no procedimento cirúrgico foi uma cirurgia de grande porte e de alto risco devido a minha obesidade, mas foi por videolaparoscopia uma grande equipe de cirurgia e de enfermagem. o procedimento não foi invasivo e eu tive uma recuperação plena pós cirurgia que permitiu uma alta em 48 horas. Não tive risco de queda durante a hospitalização porque fui acompanhada durante a internação por uma enfermeira Anna Nery (Part_26)

Sim percebi o risco grande de queda durante a hospitalização a cama é desconfortável e muito alta mesmo com as proteções tem risco de queda também senti medo no transporte na maca porque é estreita e não tem segurança (Part_34)

Não senti seguro quanto ao risco de infecção pois na mesma enfermaria haviam outros idosos com doenças contagiosas como viroses (Part_35)

Identifiquei o risco de infecção hospitalar relativo a punção venosa... Não tive receio de quedas, cama sempre com grades e presença de acompanhante (Part_36)

Tive medo de pegar uma infecção não teve risco de queda (Part_40)

Classe 01 – Ambiente hospitalar seguro para o idoso

A classe 01, constituída por 16 UCE, concentra 17,98% das UCEs classificadas e tem relação com a Classe 04, determinada pela Classe 05. Extraídas predominantemente das

entrevistas número 1, 8, 16 e 25 de participantes do estudo na faixa etária de 41 a 60 anos; os profissionais entrevistados atuam como assistente social, enfermeiro, médico, fisioterapeuta e dentista. As palavras de destaque foram: **acompanhante; orientação; ambiente; evitar; idoso; cuidado** ($p < 0,0001$).

Sobre a prevenção de infecção deve ter cuidado na higienização dos ambientes e utensílios que possam servir de vetores além dos cuidados pessoais dos profissionais (Part_1)

Controle com monitoramento da infecção hospitalar pelo serviço com essa competência do hospital orientação direta ao paciente com informações de riscos para a segurança do paciente idoso no ambiente hospitalar é utilizado camas com proteção. Equipe atenta às necessidades específicas do idoso acompanhante familiar beira leito orientações direta ao paciente e familiares em ambiente e equipe específica para esse fim (Part_8)

Para proporcionar um ambiente hospitalar seguro para as pessoas idosas quanto ao risco de infecção hospitalar individualizamos o cuidado e cumprimos os protocolos de segurança do paciente quanto um ambiente seguro para evitar o risco de quedas durante a hospitalização. É importante a presença do acompanhante leitos adequados orientações da equipe a segurança dos procedimentos cirúrgicos é feita através da identificação do paciente e check list pré-cirúrgico (Part_16)

Orientações que previnam o risco de infecção educação continuada dos profissionais para um ambiente seguro para evitar o risco de quedas durante a hospitalização utilizar grades de proteção com auxílio do o idoso acompanhante e enfermagem ao levantar ou mudança de decúbito (Part_16)

Um ambiente hospitalar seguro para as pessoas idosas quanto ao risco de infecção hospitalar é necessário que seja limpo arejado e livre de microrganismos os profissionais devem usar as medidas de biossegurança e precauções padrão (Part_25)

Classe 05 – Prevenção de infecção no ambiente hospitalar

A classe 05, constituída por 13 UCE, concentra 14,61% das UCEs classificadas, e têm relação com as Classes 04 e 01. Extraídas predominantemente das entrevistas número 11 e 22 de participantes do estudo na faixa etária de 41 a 60 anos, profissional enfermeiro, médico. As palavras de destaque foram: **mão; lavar; lavagem; contato; prevenção; higiene; depois; infecção; hospitalar** ($p < 0,0001$). É a categoria mais contributiva.

Para a prevenção e controle da infecção hospitalar fazemos orientação sobre lavagem das mãos e uso de álcool a 70 sempre que houver contato com alguma superfície ou pessoas (Part_4)

A prevenção e controle da infecção hospitalar é feita por meio do isolamento de pacientes controle de antibióticos acompanhamento da CCIH (Part_5)

Sempre higienizar as mãos antes e depois da assistência ao idoso reduzindo o tempo de internação evitando procedimentos invasivos usando as boas práticas de atendimento (Part_6)

Para evitar o risco de infecção hospitalar temos cuidado em seguir as normas de higiene desinfecção lavagem das mãos antes e após procedimentos e seguir os protocolos determinados pela comissão de controle de infecção hospitalar CCIH (Part_7)

Utilizando a lavagem das mãos antes e após o contato com os pacientes lavar as mãos antes de preparar as medicações manter as precauções padrão e de acordo com os tipos de isolamentos (Part_10)

Para a prevenção da infecção hospitalar é importante lavar as mãos antes e após contato com paciente usar equipamentos de proteção individual – EPI adequados e orientar o paciente sobre medidas de prevenção de infecção (Part_11)

Garantia da higienização e antissepsia das mãos e esterilização adequada de instrumentos (Part_13)

Um ambiente hospitalar seguro para as pessoas idosas permanecerem sem o risco de adquirirem uma infecção hospitalar deve ser limpo higienizado arejado e os profissionais devem adotar as medidas de precaução padrão e biossegurança especialmente lavar as mãos de maneira correta para evitar as infecções cruzadas (Part_15)

A prevenção da infecção hospitalar é feita mantendo uma política de segurança do paciente e aplicando as técnicas de higiene das mãos com frequência aplicando o protocolo de prevenção de infecção do sítio cirúrgico manutenção da precaução de contato (Part_20)

A medicação é feita no geral pelo técnico de enfermagem e são etiquetadas para a prevenção de infecção hospitalar o principal é lavar as mãos antes e depois dos procedimentos (Part_22)

Classe 02 – Comunicação no ambiente hospitalar

A classe 02, constituída por 21 UCE, concentra 23,6% das UCEs classificadas, e têm relação com as Classes 03. Extraídas predominantemente das entrevistas número 02, 17 e 19

de participantes do estudo na faixa etária de 20 a 40 anos, profissional enfermeiro. As palavras de destaque foram: **meio; relatório; comunicação; quadro; paciente; prontuário; pulseira** ($p < 0,0001$).

Sobre a identificação do paciente idoso durante a hospitalização é igual aos demais pacientes através da pulseira de identificação para a comunicação com os pacientes não há um meio formal não há nada específico (Part_2)

Controle com monitoramento da infecção hospitalar pelo serviço com essa competência do hospital orientação direta ao paciente com informações de riscos para a segurança do paciente idoso no ambiente hospitalar é utilizado camas com proteção. Equipe atenta às necessidades específicas do idoso acompanhante familiar beira leito orientações direta ao paciente e familiares em ambiente e equipe específica para esse fim (Part_8)

Os técnicos preparam a medicação para ser administrada sempre informando ao paciente e ao acompanhante a medicação que está sendo feita evitamos colocar pacientes com o mesmo nome na mesma enfermaria como também deixar técnico com pacientes de mesmo nome. Realizar orientações para os acompanhantes e pacientes quanto aos cuidados utilizar as grades de proteção dos leitos orientar que o idoso que tenha dificuldade de deambular não vá ao banheiro sozinho orientar quanto ao cuidado com piso molhado (Part_10)

Sobre um ambiente seguro para evitar o risco de quedas durante a hospitalização da pessoa idosa usamos sinalização e identificação específica para essa faixa etária bem como treinamento para acompanhantes e equipe de enfermagem (Part_12)

Para proporcionar um ambiente hospitalar seguro para as pessoas idosas quanto ao risco de infecção hospitalar individualizamos o cuidado e cumprimos os protocolos de segurança do paciente quanto um ambiente seguro para evitar o risco de quedas durante a hospitalização. é importante a presença do acompanhante leitos adequados orientações da equipe a segurança dos procedimentos cirúrgicos é feita através da identificação do paciente e check list pre cirúrgico (Part_16)

A comunicação entre os profissionais é feita por meio de relatórios e planilhas normal a prevenção de infecção hospitalar é feita com a higienização das mãos fazendo sempre assepsia (Part_17)

Orientações que previnam o risco de infecção educação continuada dos profissionais para um ambiente seguro para evitar o risco de quedas durante a hospitalização utilizar grades de proteção com auxílio do o idoso acompanhante e enfermagem ao levantar ou mudança de decúbito (Part_18) A identificação do paciente é feita apenas no leito e usando pulseiras de identificação a comunicação é feita por meio de relatórios que são trancados em gavetas a segurança do idoso é feita usando grades no leito cuidando de pisos e usando segurador em escadas e banheiro. A assistência é feita de acordo com os cuidados prescritos nos prontuários (Part_19)

Tomando cuidados básico no pré intra e pós operatório profilaxia antimicrobiana e orientações em relação a ferida operatória orientado o paciente e a equipe sobre possíveis riscos tendo atenção a lateralidade ambiente seguro é controlado tendo atenção a lateralidade ambiente seguro é controlado (Part_24)

um ambiente hospitalar seguro para as pessoas idosas quanto ao risco de infecção hospitalar é necessário que seja limpo arejado e livre de microrganismos os profissionais devem usar as medidas de biossegurança e precauções padrão (Part_25)

Classe 03 – Saúde e segurança da pessoa idosa

A classe 03, constituída por 26 UCE, concentra 29,21% das UCEs classificadas, e têm relação com as Classes 02. Extraídas predominantemente das entrevistas número 33 e 34 de participantes do estudo na faixa etária de ≥ 61 anos, professoras, aposentadas. As palavras de destaque foram: **saúde; sentir** ($p < 0,0001$).

Não me senti muito seguro porque a identificação era só no prontuário e na cabeceira da cama com meu nome completo e o número do leito a comunicação com os profissionais de saúde durante a hospitalização era muito pouca. Eu não sabia de nada do que estava acontecendo comigo e nem quando e porque ia acontecer algum procedimento não sabia nada do que estava tomando de medicamentos os profissionais não conversavam comigo para explicar nada e nem saber o que eu estava sentindo. A comunicação foi muito ruim não me senti seguro quanto aos medicamentos administrados durante a hospitalização eu não sabia qual medicamento estava tomando nem a dose nem a indicação. Também ao ser transportado na maca eu sentia muito medo de cair porque batia nas paredes e portas em todo o trajeto também me levavam muito rápido e eu sentia medo de cair (Part_33)

Não me senti seguro quanto a minha identificação durante a hospitalização porque só tinha meu nome em uma placa na cabeceira da cama e quanto me levavam para algum procedimento a identificação era feita só com o prontuário. Eu sentia muito medo de ser trocada com outros paciente a comunicação com os profissionais de saúde era muito ruim eu não tomava conhecimento de nada não sabia o que ia acontecer comigo ninguém me falava nada. Eu não era comunicada sobre os procedimentos porque estavam fazendo os procedimentos nem a finalidade eu ficava muito insegura e tinha muito medo eu não me senti segura ao receber um medicamento porque quando era um comprimido não tinha a identificação e vinha solto numa bandeja. Quando era injetável também não me falavam que medicamento eu estava tomando me sentia muito insegura e com muito medo sim fiz cirurgia durante a internação e não me senti segura senti muita insegurança e medo (Part_34)

Senti segurança quanto a minha identificação no hospital tina placa com nome no leito foi tudo muito bem explicado e muito educados me senti seguro

quanto ao uso dos medicamentos no hospital sempre me diziam o nome e mostravam minha identificação (*Part_35)

A identificação foi feita com uma pulseira, no entanto nem sempre foi feita a conferência na hora da realização de procedimentos a comunicação com os profissionais da saúde é variável alguns se comunicam muito bem (Part_36)

Sim me senti segura quanto a minha identificação me chamavam de dona nileide sobre a comunicação com os profissionais da saúde eram bem dinâmicos comunicativos e eu me sentia muito bem me senti muito segura e confiante (Part_37)

Não me senti segura quanto a minha identificação chamada pelo nome e eu me apresentava ruim só tive contato com a enfermeira e nem sei quem me operou confiei em deus não não (Part_38)

Senti segurança na minha identificação no hospital a comunicação com os profissionais da saúde do hospital foi boa me senti segura quanto aos medicamentos usados no hospital não senti risco de infecção e nem de quedas (Part_39)

Fui hospitalizada para fazer uma cirurgia e lá fizeram minha identificação com uma pulseira no meu braço os profissionais de saúde eram bem atenciosos ficava com receio na hora de tomar os medicamentos porque eles não falavam o que eu estava tomando (Part_40)

4.1.3 Discussão dos Resultados da Pesquisa de Campo

Conforme Dendograma apresentado na Figura 02, os profissionais da saúde e idosos, representaram o ambiente hospitalar seguro para a pessoa idosa, com destaque para a prevenção dos riscos de quedas e infecção hospitalar. A prevenção e controle da infecção hospitalar, apresentada na Classe 05, predominantemente de participantes da pesquisa profissionais da saúde, teve destaque para a lavagem das mãos, com maior índice de significância (Qui-quadrado), considerada, isoladamente, uma das ações mais importantes no controle de infecção hospitalar pelo Ministério da Saúde.

As Infecções Hospitalares (IH) restritas ao ambiente hospitalar foram ampliadas e denominadas de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), que representam uma problemática de saúde humana mundial (VALLE et al., 2016).

As infecções relacionadas à assistência à saúde representam um evento adverso mais frequente, que afeta pacientes internados, cujo desfecho é representado pelo aumento da morbidade e da mortalidade, do tempo de internação hospitalar e de sequelas (SINÉSIO et al., 2018).

As IRAS são consideradas problemas de saúde pública e um dos eventos adversos mais comuns em ambientes de cuidados em saúde, com impactos significativos na morbidade, mortalidade, qualidade de vida e aumento de custos para a sociedade (WHO, 2016). No Brasil, a problemática das IRAS é crescente, considerando o elevado custo do tratamento, que pode atingir até três vezes os gastos com os clientes sem infecção.

As quedas e lesões relacionadas a quedas em hospitais são uma preocupação generalizada em ambientes hospitalares, com taxas de todo o hospital entre 3 e 5 quedas por 1.000 dias-leito, representando cerca de um milhão de quedas de pacientes internados nos Estados Unidos a cada ano. Entre 1% e 3% das quedas em hospitais resultam em fratura, mas até mesmo lesões menores podem causar sofrimento e retardar a reabilitação. Fatores de risco mais consistentemente encontrados na população de pacientes internados incluem uma história de fraqueza muscular em queda, agitação e confusão, incontinência urinária ou medicação sedativa de frequência e hipotensão postural. A abordagem mais apropriada para a prevenção de quedas no ambiente hospitalar inclui intervenções multifatoriais com contribuição multiprofissional. Há também algumas evidências de que os programas de prevenção do delirium, redução da medicação sedativa e hipnótica, educação aprofundada do paciente e programas de exercícios sustentados podem reduzir as quedas como intervenções únicas. Evidências recentes apontam que alarmes de movimento de protetores de quadril ou leitos baixos reduzem quedas ou lesões no ambiente hospitalar. Abordagens internacionais para desenvolver e manter um programa de prevenção de quedas sugerem que o comprometimento da gestão e de uma gama de profissionais clínicos e de apoio é crucial para o sucesso (OLIVER, et al. 2010).

A comunicação no ambiente hospitalar mostrou que influencia positivamente a saúde e a segurança da pessoa idosa, com destaque para a identificação do idoso durante o período de internação.

Estudos sobre o consenso da Sociedade Internacional de Oncologia Geriátrica sobre a avaliação geriátrica em pacientes idosos com câncer e sobre a relevância de uma triagem e avaliação geriátrica sistemática tratam de temas que têm aproximação com a Identificação correta do paciente, no sentido de se fazer uma boa triagem por meio da avaliação geriátrica detalhada de idosos com o diagnóstico de câncer, para a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar. (WILDIERS, et al. 2014; KENIS, et al.2013).

Uma triagem geriátrica sistemática e uma avaliação em pacientes idosos com câncer têm, como objetivo, avaliar a viabilidade, a utilidade em larga escala da triagem e promover

uma avaliação geriátrica na prática oncológica clínica, perscrutando o impacto na detecção de problemas geriátricos desconhecidos, as intervenções geriátricas e as decisões de tratamento. A triagem em comento foi realizada com 1.977 pacientes em 10 hospitais cujos pacientes em tratamento apresentavam tumor maligno, com 70 anos de idade e era necessário tomar uma decisão sobre o tratamento. Os pacientes foram selecionados pelo G8; se anormal (pontuação $\leq 14/17$) seguido por Avaliação Geriátrica Abrangente (CGA). Os resultados da avaliação foram comunicados ao médico assistente por meio de um questionário predefinido para avaliar os tópicos mencionados acima. Destes pacientes, 70,7% tiveram uma pontuação G8 anormal justificando um CGA. Os médicos estavam cientes dos resultados da avaliação no momento da decisão do tratamento em dois terços dos pacientes ($n = 1115$; 61,3%). A avaliação detectou problemas geriátricos desconhecidos em 51,2% dos pacientes. Quando o médico estava ciente dos resultados da avaliação no momento da tomada de decisão, as intervenções geriátricas foram planejadas em 286 pacientes (25,7%) e a decisão do tratamento foi influenciada em 282 pacientes (25,3%). A triagem e a avaliação geriátrica em pacientes idosos com câncer é viável em grande escala e têm um impacto significativo na detecção de problemas geriátricos desconhecidos, levando a intervenções geriátricas e a tratamento adaptado (KENIS, et al. 2013).

Sobre melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde, para a segurança da pessoa idosa, KANG, et al. (2010), enfatiza que, com as mudanças havidas nos sistemas de saúde e a maior ênfase nos cuidados em casa e em outros ambientes de vida, os provedores de geriatria precisarão de formas alternativas para monitorar doenças, atividades, resposta à terapia e segurança do paciente. A compreensão atual da natureza dinâmica das doenças crônicas, seus efeitos na saúde ao longo do tempo e a capacidade de gerenciá-las na comunidade se limitam a medir um conjunto de variáveis em pontos distintos no tempo, o que não leva em consideração as interações dinâmicas entre sistemas e ambientes da vida diária. Assim, desenvolvimentos recentes de sensores, gravadores de dados e redes de comunicação permitem medições sem precedentes de dados fisiológicos e sociológicos para uso em cuidados geriátricos. Este artigo identifica e discute as questões importantes relacionadas ao uso de tecnologias de monitoramento em pacientes idosos, como: algumas tecnologias emergentes que podem melhorar a vida dos idosos e melhorar o atendimento; as possíveis aplicações da tecnologia em ambientes geriátricos são discutidas, com foco em quedas agudas, demência e condições cardíacas; preocupações reais e percebidas no uso de tecnologia de monitoramento são identificadas e tratadas, incluindo a adoção de tecnologia por pessoas idosas; estigma; e a redução do contato social; preocupações éticas de privacidade, autonomia e consentimento;

preocupações dos médicos, incluindo sobrecarga de informações, licenciamento e responsabilidade; esquemas de reembolso atuais para o uso de tecnologia; e a confiabilidade e infraestrutura necessárias para monitorar a tecnologia. O estudo recomenda tornar a tecnologia de monitoramento útil e disponível em geriatria.

A comunicação de enfermagem estruturada em equipes interdisciplinares de cuidados intensivos melhora as percepções de segurança, eficiência, compreensão do plano de cuidados e trabalho em equipe, bem como satisfação no trabalho. Uma comunicação eficiente, precisa e oportuna é necessária para que seja prestado um atendimento de saúde de qualidade; ela está fortemente ligada à satisfação da equipe de saúde durante sua atuação. As equipes interdisciplinares de atendimento cumprem um importante papel neste sentido, na medida em que permitem uma melhor comunicação entre os profissionais de saúde.

Este estudo examina o uso centrado no paciente e na família de rondas interdisciplinares estruturadas à beira do leito em uma Unidade de Cuidados Intensivos para idosos em um hospital comunitário metropolitano de 555 leitos. Este estudo de métodos mistos pesquisou 24 enfermeiras, terapeutas, assistentes de atendimento ao paciente e assistentes sociais para medir as percepções de trabalho em equipe, comunicação, compreensão do plano para o dia, segurança, eficiência e satisfação no trabalho.

Uma pesquisa semelhante foi administrada a um grupo de controle de 38 funcionários das mesmas categorias em unidades diferentes do mesmo hospital. As unidades do grupo de controle utilizaram o arredondamento centrado no médico tradicional. Diferenças significativas foram encontradas em cada categoria entre a equipe SIBR na unidade ACE e a equipe de controle.

A satisfação do enfermeiro no trabalho é um marcador importante de retenção e recrutamento, e a melhoria da comunicação pode ser um aspecto importante para aumentar essa satisfação. Além disso, a comunicação aprimorada é fundamental para manter um ambiente hospitalar seguro com atendimento de qualidade ao paciente.

As rondas da equipe interdisciplinar que acontecem à beira do leito melhoram a satisfação da enfermagem e os marcadores de comunicação relacionados à qualidade e à segurança, e podem ajudar a alcançar uma maior retenção de enfermeiros e cuidados mais seguros ao paciente. Esses resultados apontam para a interconexão e o duplo benefício, tanto para a satisfação no trabalho quanto para a qualidade do atendimento ao paciente, que podem advir de melhorias na comunicação da equipe (GAUSVIK, et al. 2015).

Quanto a melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância, um estudo mostrou que a estimulação elétrica transcraniana em humanos de baixa intensidade e suas diretrizes de segurança, éticas e regulamentos legais, abrangendo corrente contínua transcraniana, estimulação espinal por corrente contínua transcutânea, corrente alternada transcraniana e estimulação de ruído aleatório transcraniano ou suas combinações, parece ser seguro. Nenhum evento adverso sério foi relatado em mais de 18.000 sessões administradas a indivíduos saudáveis, pacientes neurológicos e psiquiátricos. Os eventos adversos moderados, com necessidade de intervenção, são raros e incluem queimaduras na pele devido ao contato com o eletrodo. Sintomas leves incluem dor de cabeça e fadiga após estimulação, bem como sensações de formigamento e queimação ocorrendo durante a estimulação elétrica. O perfil da estimulação elétrica em termos de frequência, magnitude e tipo é comparável em populações saudáveis e clínicas, e este também é o caso para populações mais vulneráveis, como crianças, idosos ou mulheres grávidas. Intervenções combinadas (por exemplo, coaplicação de drogas, medições eletrofisiológicas, neuroimagem) não foram associadas a outras questões de segurança (ANTAL, et al. 2017).

Uma revisão sistemática empreendida sobre barreiras percebidas pelos prescritores médicos e não médicos e facilitadores para minimizar medicamentos potencialmente inadequados para pessoas adultas de mais idade mostrou quatro temas analíticos: consciência do problema; inércia secundária à proposta de valor percebido inferior para cessar versus continuar com a prescrição; autoeficácia em relação à capacidade pessoal de alterar a prescrição; e viabilidade de alterar a prescrição em ambientes de cuidados de rotina, dadas as restrições externas. Os três primeiros temas são intrínsecos ao prescritor (por exemplo, crenças, atitudes, conhecimentos, habilidades, comportamento) e o quarto é extrínseco (por exemplo, paciente, ambiente de trabalho, sistema de saúde e fatores culturais). O estudo concluiu que uma infinidade de fatores altamente interdependentes molda o comportamento dos prescritores em relação à continuação ou descontinuação das prescrições. Uma compreensão completa das barreiras e facilitadores do prescritor para a mudança do comportamento de prescrição é fundamental para o desenvolvimento de intervenções direcionadas que visam à prescrição de medicamentos potencialmente inadequados e à redução do risco de iatrogenia (ANDERSON, et al. 2014).

A descrição dos padrões de transições de atendimento pós-hospitalar, com a caracterização desses padrões como simples ou complicados e a identificação dos padrões de maior risco, foi mostrada em um estudo realizado com idosos de 65 anos ou mais que receberam

alta de um hospital de cuidados intensivos em 1997-1998. Os padrões de transferências pós-hospitalares foram descritos ao longo de um período de 30 dias após a alta hospitalar inicial. Padrões de atendimento pós-hospitalar não complicados foram definidos como uma sequência de transferências de ambientes de cuidados de alta para baixa intensidade sem reincidência, ao passo que padrões de atendimento pós-hospitalar complicados foram definidos como a sequência oposta de eventos. Os índices foram desenvolvidos para identificar pacientes em risco de transições complicadas. Quarenta e seis tipos distintos de padrões de cuidado foram observados durante os 30 dias após a alta hospitalar. Entre esses padrões, 444 episódios (61,2%) foram limitados a uma única transferência, 130 episódios (17,9%) incluíram duas transferências, 62 episódios (8,5%) envolveram três transferências e 31 episódios (4,3%) envolveram quatro ou mais transferências. Cinquenta e nove episódios (8,1%) resultaram em morte. Entre 13,4% e 25,0% dos padrões de atendimento pós-hospitalar na amostra de 1998 foram classificados como complicados. A área sob a curva operacional do receptor foi 0,771 para um índice preditivo que utilizou dados administrativos e 0,833 para um índice que usou uma combinação de dados administrativos e autorrelatados. As transições de atendimento pós-hospitalar são comuns entre os beneficiários do Medicare e os padrões de atendimento variam muito. Um número significativo de beneficiários experimentou transições de cuidados complicadas – uma descoberta que tem implicações importantes para a segurança do paciente e esforços de contenção de custos. Os pacientes em risco de padrões de tratamento complicados podem ser identificados usando os dados disponíveis no momento da alta hospitalar (COLEMAN, et al. 2004).

Hospitalizações e atendimentos de emergência motivadas por interações medicamentosas é um tema estudado na segurança do paciente no ambiente hospitalar com o objetivo de avaliar a incidência de resultados adversos em pacientes devido a interações medicamentosas, aos tipos de medicamentos envolvidos e ao motivo subjacente. O estudo mostra que as interações medicamentosas são causas de resultados adversos do paciente, embora ainda haja incerteza sobre o impacto delas nos resultados adversos sobre o paciente. O estudo sugere que há um número limitado de medicamentos envolvidos na maioria dos casos e que tal fato pode minimizar o problema (BECKER, et al. 2007).

A degradação substancial de alguns processos hormonais em idosos pode reduzir profundamente a capacidade de responder efetivamente a vários estressores ambientais/isquêmicos e outros, levando ao comprometimento da saúde, ao adoecimento e, em última análise, definindo os limites da longevidade (CALABRESE, et al. 2015).

A automedicação com alopáticos, de venda livre e prescritos, pode causar internações hospitalares relacionadas a reações adversas sofridas pela ingestão de medicamentos, os quais, tomados sem a recomendação do médico atual, é uma preocupação de saúde pública. O estudo tem como objetivo analisar as reações adversas a medicamentos relacionadas à automedicação que levam à hospitalização.

Na população em geral, a automedicação desempenha um papel limitado que leva à hospitalização, no entanto, estratégias de prevenção focadas em pacientes idosos e pacientes recebendo medicamentos prescritos interativos melhorariam a segurança do paciente (SCHMIEDL, et al. 2014).

Quanto à segurança nos procedimentos cirúrgicos, um estudo mostrou que a manutenção intravenosa versus inalatória da anestesia para resultados cognitivos pós- operatórios em idosos submetidos a cirurgia não cardíaca, foi estudada por meio de pesquisa para comparar a manutenção da anestesia geral para idosos submetidos à cirurgia não cardíaca com anestesia venosa total à base de propofol ou anestesia inalatória na função cognitiva pós- operatória e verificar a mortalidade, o risco de hipotensão, o tempo de permanência na sala de recuperação pós-anestésica e internação hospitalar. O estudo mostrou que não há certeza se a manutenção com a anestesia venosa total à base de propofol ou com agentes inalatórios afetam as incidências de delírio pós-operatório, mortalidade ou tempo de internação hospitalar porque a certeza das evidências era muito baixa. Os autores colocam que estudos em futuras atualizações de revisão podem fornecer mais certeza quanto aos resultados obtidos na revisão (MILLER, et al. 2018).

A segurança alimentar tem importante relação com a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar. Estudo transversal e multicêntrico sobre desnutrição e fatores associados em pacientes idosos em hospitais, com objetivo de verificar a prevalência da má nutrição avaliada por meio da Mini Avaliação Nutricional, mostrou que 33% dos 2.329 pacientes idosos sofriam de desnutrição. Quase 43% dos pacientes estavam em risco de desnutrição e 24% estavam bem nutridos. Ter dificuldades de deglutição, dificuldades de paladar e ser transferido de uma casa de repouso foram fatores fortemente associados à desnutrição. A prevalência de desnutrição em enfermarias de hospitais para idosos belgas é semelhante a números internacionais. Idosos com dificuldades para engolir, para perceber o sabor dos alimentos ou aqueles oriundos de uma casa de repouso podem precisar de cuidados nutricionais adequados. Dado o impacto negativo da desnutrição na mortalidade e morbidade, deve-se enfatizar uma política nutricional eficaz (VANDERWEE, et al. 2010).

A implementação de estratégias adequadas de nutrição em lares de idosos e cuidados domiciliares foi estudada considerando que a subnutrição em ambientes de cuidados domiciliares e de assistência domiciliar é um problema não reconhecido com consequências significativas. A prevalência de desnutrição em ambientes de assistência domiciliar varia entre 15% e 65%. As causas da desnutrição são várias: médicas; sociais; ambientais; organizacionais e financeiras. A falta de vigilância das pessoas, seus parentes e profissionais de saúde desempenham um papel importante. A desnutrição aumenta o risco de infecção, hospitalização, mortalidade e altera a qualidade de vida. Além disso, as doenças relacionadas à desnutrição são um fardo econômico na maioria dos países. A avaliação nutricional deve fazer parte do manejo global de rotina. O suporte nutricional aliado ao treino físico e à melhoria do ambiente é obrigatório. Conscientização, informação e colaboração com todas as partes interessadas devem facilitar a implementação de estratégias nutricionais. O estudo conclui que a desnutrição em ambientes de cuidados em lares de idosos e domiciliares é um problema considerável, de modo que devem ser tomadas medidas para preveni-lo e tratá-lo (ARVANITAKIS, et al. 2008).

4.2 – Vídeo Educativo sobre a Segurança da Pessoa Idosa no Ambiente Hospitalar

O vídeo educativo intitulado: “A segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar” foi construído com base em um estudo bibliométrico sobre a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar e em uma pesquisa de campo com idosos e profissionais da saúde. Possui uma versão final composta por animações e narração em áudio, com 5 minutos e 10 segundos, em formato MP4, e foi armazenada em DVD, pendrive e drive de armazenamento de notebook. O conteúdo incluiu: abertura; apresentação do objetivo do vídeo; questionamento sobre os riscos de quedas e infecção no ambiente hospitalar; como se deve proceder em um ambiente hospitalar seguro; como prevenir as infecções hospitalares; a importância da comunicação no ambiente hospitalar além da saúde e segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar. A sequência de ilustrações e conteúdo que compuseram cada cena do vídeo são apresentadas no Quadro 3.

Sinopse, argumento e roteiro do vídeo educativo

Sinopse do vídeo educativo

“O vídeo apresenta os principais fatores relacionados com a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar, conforme as 06 Metas Internacionais de segurança do paciente e o Estatuto do Idoso. São protagonistas: quatro profissionais de saúde – um médico, uma enfermeira, uma nutricionista e uma técnica de enfermagem –; uma recepcionista do hospital; um idoso do sexo feminino e um idoso do sexo masculino, independentes para a realização das atividades básicas da vida diária. As orientações são apresentadas de forma que os idosos percebam a sua exposição aos riscos no ambiente hospitalar quanto à identificação correta do paciente, a comunicação entre os profissionais de saúde e com os pacientes, a segurança dos medicamentos de alta vigilância, a cirurgia segura, a redução do risco de infecções associadas aos cuidados em saúde e a prevenção de danos decorrentes de quedas”.

Argumento do vídeo educativo

“Trata-se de um vídeo de intervenção social, construído com base nos conhecimentos técnico-científicos publicados e de uma pesquisa de campo acerca da temática segundo uma abordagem qualitativa com profissionais da saúde e idosos. A apresentação dos riscos no ambiente hospitalar ocorre mediante locução associada à animação das imagens, seguida das orientações de prevenção. As personagens são um médico, uma enfermeira, uma nutricionista, uma técnica de enfermagem, uma recepcionista do hospital e dois idosos, um do sexo feminino e outro do sexo masculino, expostos aos riscos quanto à segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar, independentes para a realização das atividades básicas da vida diária. Inicialmente, a locução informa as consequências de um ambiente hospitalar que não oferece segurança aos pacientes e fala da importância de conhecer e prevenir os riscos, bem como informa o objetivo do vídeo. Na sequência, são apresentados os riscos, sempre evidenciando, por meio das animações, as informações apresentadas na locução. São apresentados os riscos quanto à segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar, a saber: 1. Identificação corretar do paciente – colocar a pulseira de identificação no punho do paciente, contendo os dois marcadores com o nome completo e a data de seu nascimento; 2. Boa comunicação entre os profissionais de saúde – a segurança da assistência no hospital depende de uma boa comunicação entre os profissionais de saúde e com os pacientes e evita erros nos registros do paciente; – a comunicação entre os profissionais de saúde deve envolver o paciente, sanando-lhe todas as dúvidas; 3. Segurança dos medicamentos de alta vigilância – garantir a segurança de armazenamento e utilização de medicamentos de alto risco, prevenindo a ocorrência de uma administração errada. Antes de administrar o medicamento, é importante checar a identificação do paciente com os dados da pulseira e a prescrição médica que está no prontuário; 4. Garantia de cirurgia segura – atendimento aos cinco certos: identificação do paciente, procedimento a ser realizado, lateralidade (lado a ser operado, quando aplicável), posicionamento, equipamentos; 5. Redução do risco de infecções associadas aos cuidados em saúde – uso do álcool gel em lugares estratégicos e orientar acompanhantes e/ou familiares sobre a higienização das mãos; 6. Prevenção de danos decorrentes de quedas – ser idoso mais velho, ser mulher, doença de Alzheimer, doenças no ouvido, como infecção, surdez, tontura, derrame, insônia, ossos fracos, usar incorretamente os medicamentos, cadeiras sem apoio, escadas sem corrimão, escadas sem piso antiderrapantes, cama alta ou baixa demais, levantar rapidamente da cama, levantar à noite para ir ao banheiro, usar incorretamente andadores ou bengalas, entrar e sair do chuveiro, pisos escorregadios, banheiro sem barras de apoio, medo de cair. As cenas focam, de forma objetiva, na ação da

informação narrada, sem estímulos visuais excessivos que prejudiquem a compreensão, de forma que os cenários variam de acordo com cada risco apresentado. Na sequência, o vídeo propõe uma reflexão ao idoso espectador sobre as atitudes que ele já adota ou que podem adotar para diminuir os riscos. O vídeo educativo finaliza motivando o espectador a perceber os riscos e fazer o possível para que se proteja de situações capazes de lhe trazer insegurança no ambiente hospitalar”.

Roteiro do vídeo educativo

TÍTULO: VÍDEO EDUCATIVO: segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar

TEMPO ESTIMADO: 5 MINUTOS E 10 SEGUNDOS

Apresenta-se abaixo o storyboard do vídeo educativo, o qual apresenta as ilustrações em sequência para visualização da obra audiovisual.

Quadro 3 – Ilustrações e conteúdo que compuseram as cenas do vídeo “A segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar”. João Pessoa, PB, Brasil, 2022.



VÍDEO (AÇÃO/ANIMAÇÃO)	AUDIO/LOCUÇÃO
CENA 1: Personagem (mulher adulta)- apresentadora do vídeo – está parada na frente de um hospital olhando para frente (olhando para os telespectadores do vídeo e o hospital está ao seu fundo) e começa a falar	Olá, me chamo Luísa e hoje vim falar um pouco sobre a segurança do paciente idoso no ambiente hospitalar.
CENA 2: A apresentadora do vídeo (mulher adulta) faz o gesto com a mão convidando o telespectador a segui-la e entra no hospital. Então ela empurra com a mão a porta do hospital e entra.	Venha comigo conhecer as 6 metas internacionais de segurança do paciente para garantir um ambiente hospitalar seguro e adequado para melhor atendê-lo.
PRIMEIRA META CENA 3: A apresentadora do vídeo (mulher adulta) se dirige a um balcão com o nome “recepção” que tem do outro lado uma atendente (mulher adulta) que entrega uma ficha para a personagem apresentadora responder. Após responder a ficha ela devolve a prancheta para a recepcionista que coloca uma pulseira de identificação no braço da personagem apresentadora	PRIMEIRA META Ao entrar no hospital a primeira meta para a segurança do paciente a ser observada é a identificação correta do paciente por meio do seu nome completo, da sua data de nascimento e outras informações pessoais importantes. Uma das principais formas de identificação do paciente é por meio do uso de pulseiras de identificação com os dados pessoais.
CENA 4: Nesta cena aparecerão apenas as imagens correspondentes as seguintes situações:	A identificação correta do paciente diminui as chances de erros na administração de medicamentos, na troca de



- enfermeira (mulher adulta) dando comprimidos para o paciente (homem idoso);
- paciente (homem idoso) deitado em uma maca em uma sala de cirurgia e um médico (homem adulto) na sua frente;
- nutricionista (mulher adulta) entregando refeição para o paciente (homem idoso);
- enfermeira (mulher adulta) preenchendo prontuário que está em uma prancheta.

cirurgia ou procedimentos, na entrega de refeições, no registro de dados e no diagnóstico.



SEGUNDA META

CENA 5: Personagem apresentadora está sentada em um consultório e do outro lado tem um médico (homem adulto) sentado à sua frente. Eles estão conversando em uma consulta. Logo depois o médico sai e encontra uma enfermeira (mulher adulta) e conversa com ela. A enfermeira está segurando uma prancheta com o prontuário e faz anotações.

SEGUNDA META

A segunda meta para a segurança do paciente é a adequada comunicação entre os profissionais de saúde e entre os profissionais de saúde e os pacientes para que todas as dúvidas sejam esclarecidas e para que os registros sejam feitos corretamente.



TERCEIRA META

CENA 6: Enfermeira (mulher adulta) caminha até um armário com a porta fechada com cadeado e na porta tem um adesivo que diz “medicamentos de alta vigilância”

TERCEIRA META

A terceira meta para a segurança do paciente é a segurança dos medicamentos de alta vigilância. Estes medicamentos devem ser armazenados em local que preservem a sua qualidade e que os mantenham em segurança para evitar que sejam administrados de forma errada.



CENA 7: Enfermeira (mulher adulta) pega o remédio e olha o rótulo. A enfermeira se desloca e entra no quarto do paciente (homem idoso) e depois olha para uma prancheta (prontuário), depois olha a pulseira no braço do paciente (homem idoso) e em seguida entrega os comprimidos na mão do paciente.

Antes de administrar o medicamento é importante que o profissional de saúde confira o nome no rótulo, o prontuário do paciente e a sua pulseira de identificação para evitar ao máximo que ocorram erros na administração do medicamento.

QUARTA META

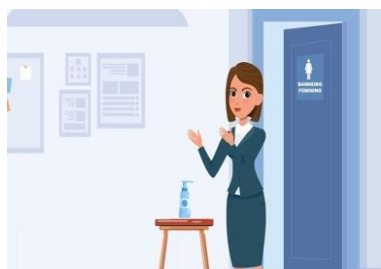
CENA 8: Médico (homem adulto) com roupa de cirurgia está parado

QUARTA META



na frente de um paciente (homem idoso) que está deitado em uma maca. O médico olha a pulseira no braço do paciente, olha a prancheta (prontuário). Em seguida o médico pega o braço do paciente, analisa e marca algo no braço. Depois, o paciente movimentava a boca como se estivesse fazendo perguntas ao médico que responde em seguida. Após responder o paciente, o médico pega a maca, empurra e passa por uma porta com o nome “centro cirúrgico”.

A quarta meta para a segurança do paciente é a meta para garantir uma cirurgia segura. Para isso o primeiro passo a ser feito pelo profissional de saúde é a identificação correta do paciente. Em seguida, ele deve conferir no seu prontuário o procedimento que será realizado. O profissional também deve verificar e identificar corretamente a parte do corpo que será operada, especificando com atenção o lado que será operado para que não ocorram erros no momento da cirurgia. E, por fim, o profissional de saúde deve esclarecer o paciente sobre quaisquer dúvidas que tenha sobre o procedimento que será realizado.



QUINTA META

CENA 9: Personagem apresentadora sai de dentro de um local cuja porta tem um adesivo com o nome “banheiro feminino” e logo na saída ao lado da porta tem um suporte com o nome “álcool em gel”. Ela pressiona, deixa o álcool cair em sua mão e depois espalha.

QUINTA META

A quinta meta para a segurança do paciente é a redução do risco de infecções derivadas da assistência hospitalar. Para isso, é necessário que o hospital disponibilize álcool em gel em pontos estratégicos para que o paciente possa sempre estar utilizando.



CENA 10: Enfermeira (mulher adulta) está parada em um lavatório lavando as mãos e depois está em frente a um paciente (homem idoso), ela coloca as luvas e lhe aplica uma injeção no braço.

Os profissionais de saúde também devem estar sempre atentos a higienização correta das mãos antes de realizar qualquer procedimento.



SEXTA META

CENA 11: Personagem apresentadora caminha por um corredor e encontra degraus e então ela para e faz o gesto com o polegar para baixo (gesto de negação/ruim/errado). Logo depois ela aparece no mesmo local e no lugar dos degraus encontra uma rampa com uma barra de ferro na parede que acompanha toda a extensão da rampa e então

SEXTA META

A sexta e última meta para segurança do paciente é a prevenção de danos decorrentes de quedas no ambiente hospitalar. Para evitar o risco de quedas o primeiro passo é a sinalização e adaptação do hospital em locais de risco. O hospital deve adaptar sua estrutura com rampas de acesso e



	ela acena com o dedo polegar para cima (gesto indicando positivo/legal/correto). A personagem desce a rampa e vai até uma porta com o nome “banheiro feminino”, ela abre a porta e mostra a barra de segurança que fica ao lado do assento sanitário.	barras de segurança para melhor locomoção e proteção do paciente.
	CENA 12: Personagem apresentadora entra em quarto onde encontra um paciente (homem idoso) deitado em uma maca/cama. A barra de proteção lateral da cama está abaixada então a personagem apresentadora a levanta. Do lado da cama do paciente (homem idoso) tem um tapete e a personagem apresentadora o retira.	As camas devem ser adaptadas com barras laterais para garantir uma maior segurança para o paciente acamado. No ambiente hospitalar deve-se evitar o uso de tapetes e de pisos escorregadios.
	CENA 13: A personagem apresentadora está caminhando pelo corredor e encontra uma placa no chão com a mensagem “cuidado! Piso molhado” em cima de uma poça de água, então ela caminha e desvia da placa e da poça de água.	Caso o piso esteja molhado é necessário que seja sinalizado para alertar os pacientes sobre o risco de quedas.
	<u>CONCLUSÃO/FECHAMENTO DO VÍDEO</u> CENA 14: Personagem apresentadora sai pela porta do hospital e fica de frente para público/telespectadores do vídeo e o hospital fica ao seu fundo e então ela começa a falar.	<u>CONCLUSÃO/FECHAMENTO DO VÍDEO</u> Os pacientes idosos devem ter muita atenção aos riscos dentro do ambiente hospitalar para que não sofram danos ou agravem ainda mais seu estado de saúde. É importante que o paciente idoso se sinta seguro e para isso ele pode contar com o apoio da sociedade, das autoridades públicas e com os administradores do hospital.
	CENA 15: Aparece uma tela com as informações para que os idosos possam entrar em contato (a imagem fica parada) e continua a narração.	Caso sofra algum dano, o idoso poderá buscar auxílio junto à Secretária de Saúde, ao Ministério Público, à Defensoria Pública, à Delegacia de Polícia ou do Idoso, à Autoridade Policial no número 190, Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), Disque Denúncia

	no número 181, Disque Direitos Humanos no número 100, Conselhos Municipal, Estadual ou Nacional da Pessoa Idosa.
 CENA 16: Personagem apresentadora está parada na frente do hospital (de frente para os telespectadores do vídeo e o hospital ao fundo), pisca um olho sorrindo e acena com o braço dando “tchau”.	Fique atento e exija o seu direito a um ambiente hospitalar seguro e adequado para melhor atendê-lo.

A organização e estrutura do vídeo levaram em consideração os 12 princípios da Teoria Cognitiva da Aprendizagem Multimídia. Assim, a seguir, apresentam-se as condutas adotadas a fim de contemplá-los.

1.O princípio da coerência – foi atendido, uma vez que as imagens e áudio utilizados foram relacionados diretamente ao objetivo das instruções. Não foram utilizados elementos visuais e sonoros que não contribuíssem com a transmissão das informações.

2.O princípio da sinalização – foi aplicado por meio da utilização de setas, símbolos, uso de títulos em negrito e utilização de cores distintas para destaque, a fim de chamar atenção a determinado conteúdo. Foram utilizados ícones de indicação das condutas corretas e erradas na prevenção de quedas. Para favorecer o acompanhamento e ênfase às informações visuais, foram utilizadas variações na tonalidade da narração e efeitos sonoros de queda.

3.O princípio da redundância – foi contemplado, uma vez que não foi utilizada legenda da narração do áudio, apenas uso da animação e narração.

4. Princípio da contiguidade espacial – ocorreu, visto que, apesar de o vídeo ter utilizado pouco texto escrito, as palavras apresentadas surgiam próximo às imagens correspondentes, na mesma cena.

5.Princípio da contiguidade temporal – foi empregada, pois as animações e a narração aconteceram de forma simultânea, de forma que o surgimento da imagem acompanhou o tempo da narração que a explicava.

6. O princípio da segmentação – foi contemplado, visto que as informações foram apresentadas em diferentes blocos de informação, explicados separadamente. Ademais, foi oportunizado a partir da apresentação de sequência dos conteúdos menos complexos para os mais complexos, no que diz respeito à demonstração de riscos não modificáveis (como sexo e idade) e riscos modificáveis como problemas na estrutura física do hospital

7. O princípio do pré-treinamento – foi aplicado ao apresentar, no início da locução, o objetivo do vídeo e a importância da segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar. Além disso, cada bloco de informação foi apresentado antes do aprofundamento nos detalhes das informações.

8. O princípio da modalidade – foi atendido por meio da apresentação das animações associadas à narração, e não a texto escrito.

9. O princípio multimídia – foi utilizado e pode ser observado em todo o vídeo, pois usaram-se imagens e narração.

10. O princípio da personalização – foi aplicado a partir da utilização de linguagem popular simples, informal e na forma de conversação, adaptada ao público-alvo.

11. O princípio da voz – foi empregado, pois a narração do texto foi feita com gravação de voz humana e não com voz computadorizada.

12. O princípio da imagem – foi contemplado, uma vez que a imagem do narrador não foi gravada e apresentada no vídeo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A produção de vídeo educativo, intitulado: “A segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar”, por meio de estudo multimétodos, desenvolvido em três etapas: estudo bibliométrico; pesquisa de campo e estudo metodológico, teve duração de 5 minutos e 10 segundos, contemplou os princípios da Teoria Cognitiva da Aprendizagem Multimídia e abordou a segurança da pessoa idosa com base nas seis Metas Internacionais de segurança do paciente da Organização Mundial de Saúde e no Estatuto do Idoso.

As evidências científicas mostram uma relação mais específica por ordem de prioridade, com as Metas 3- Melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância, que representou 40% dos estudos; Meta 1- Identificação correta do paciente, Meta 2- Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde e Meta 5- Redução do risco de infecções associadas aos cuidados em saúde relacionadas com a segurança alimentar, com 13,2% dos estudos cada.

A pesquisa de campo mostrou que os profissionais da saúde e idosos, representaram o ambiente hospitalar seguro para a pessoa idosa, com destaque para a prevenção dos riscos de quedas e controle de infecção hospitalar. A versão final do vídeo foi composta por animações e narração em áudio, em formato MP4. O conteúdo incluiu: abertura; apresentação do objetivo do vídeo; questionamentos sobre como deve ser um ambiente hospitalar seguro com base nas seis Metas Internacionais de segurança do paciente da Organização Mundial de Saúde e no Estatuto do Idoso.

O estudo apresenta limitações considerando que, na pesquisa bibliométrica, foi utilizada uma única base de dados, a *Web of Science*, mesmo sendo uma plataforma referencial de citações científicas projetada para apoiar pesquisas científicas e acadêmicas com grande cobertura nas áreas de ciências e ciências sociais. Na pesquisa de campo, alguns pontos foram identificados no decorrer do trabalho que poderiam ter sido mais bem desenvolvidos e que tomaram rumos diferentes da proposta original, devido às dificuldades encontradas na coleta de dados durante a pandemia da Covid-19. Nesse contexto, uma das limitações do estudo foi o reduzido número de sujeitos participantes da pesquisa, bem como a ausência de heterogeneidade entre os perfis dos idosos. A validação do efeito do vídeo educativo pelos idosos do Instituto Paraibano de Envelhecimento – IPE, dos serviços de saúde e da comunidade, constitui uma próxima etapa no processo de aperfeiçoamento e construção deste estudo. Nesse sentido, recomenda-se que outras pesquisas repliquem o método utilizado, avaliem a efetividade do vídeo e verifiquem seus efeitos no aumento da percepção dos riscos a que os idosos estão expostos no ambiente hospitalar.

O uso do vídeo educativo sobre a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar pode contribuir para aumentar a percepção de idosos sobre os riscos adversos ou incidentes que atingem o idoso durante a prestação do cuidado de saúde no ambiente hospitalar, resultando em danos ou lesões, que podem representar um prejuízo temporário ou permanente.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. **Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências**. Diário Oficial da União; 2013.
- ALLARD, P. CODES QR Un gadget ou un nouvel outil?. **Cahiers de la documentation—Bladen voor documentatie**, v. 4, p. 31, 2011. Disponível em: < https://www.abd-bvd.be/wp-content/uploads/2011-4_Allard.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2020.
- ANTAL, A; et al. Low intensity transcranial electric stimulation: Safety, ethical, legal regulatory and application guidelines. **Clinical Neurophysiology** , v.128, n.9, p.1774-1809, 2017.
- ANDERSON, K; et al. Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: a systematic review and thematic synthesis. **BMJ Open**, v. 4 n. 12, p. e006544, 2014.
- ARVANITAKIS, M; et al. Nutrition in care homes and home care: How to implement adequate strategies. **Clinical Nutrition**, v.27, n. 4, p. 481-488, 2008.
- AVELINO-SILVA, et al. Comprehensive geriatric assessment predicts mortality and adverse outcomes in hospitalized older adults. **BMC Geriatrics**, v.14, n. 129, 2014.
- BAMPI, et al.. Perspectivas da equipe de enfermagem sobre a segurança do paciente em unidade de emergência. **Rev. Enferm. UFPE online**. 2017.
- BRASIL, Pactos pela Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, Brasília, 2006.
- BRASIL. Portaria nº 3.214 de 08 de junho de 1978 NR – 5. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes. In: SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO. 29. ed. São Paulo: Atlas, 1995. 489 p. (Manuais de legislação, 16).
- BECKER, M. L; et al. Hospitalisations and emergency department visits due to drug-drug interactions: a literature review. **Pharmacoepidemiology and Drug Safety**, v. 16, n. 6, p. 641-651, 2007.
- BERTOLUCCI, et al . O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo , v. 52, n. 1, p. 01-07, Mar. 1994 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1994000100001&lng=en&nrm=iso>. access on 31 Jan. 2020.
- BOECKXSTAENS, DE GRAAF. Primary care and care for older persons: position paper of the European Forum for Primary Care. **Qual Prim Care**, v.19, n. 6, p. 369-389, 2015. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22340900>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 482, de 1o de abril de 2014. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)** [Internet]. Diário Oficial da União; 2013 [acessado em 2 dez. 2018]. p. 1-4. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0482_01_04_2014.html

_____. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 40 p. : il. ISBN 978-85.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012a [Internet]. [citado em 2014. Fev. 27]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. 109 Frankl. Acesso em: 25 de Janeiro de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos**. Departamento de Ciência e Tecnologia. Decit 10 anos. Brasília p.7, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de atenção básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília (DF), 2006.

_____. **Estatuto do idoso**: Lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

_____. Portaria do Gabinete do Ministério de Estado da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a **Política Nacional de Saúde do Idoso** e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, n. 237, 13 dez. 1999. Seção I, p. 20 – 24.

CALABRESE, E.J; et al. What is hormesis and its relevance to healthy aging and longevity? **Biogerontology**, v. 16, n. 6, p. 693-707, 2015.

CAMARGO, B. V. Alceste: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: Morerira ASP, organizadora. **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Universitária; 2005.

CAMARGO, B. V, JUSTO A. M. **Tutorial para uso do software de análise textual Iramuteq**. Florianópolis: UFSC; 2013.

COLEMAN, E.A; et al. Posthospital care transitions: Patterns, complications, and risk identification. **Health Services Research**, v. 39, n. 5, p. 1449-1465, 2004.

CONCEIÇÃO, et al. Desenvolvimento de um programa para computador de acompanhamento de gestantes. **Revista Espacios**. Caracas – Venezuela, v. 38, n. 58, p.21, 2017.

CRUZ, BELTRAME, DALLACOSTA. Envelhecimento e vulnerabilidade: análise de 1.062 idosos. Rev. Bras. **Geriatr. Gerontol**, v.22, n.3, p. 180-212, set, 2019. Avaliable from: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.180221>

FOLSTEIN et al.: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinicians.**J Psychiatr Res**, v.12, p.189-198; 1975.

GAUSVIK, C; et al. Structured nursing communication on interdisciplinary acute care teams improves perceptions of safety, efficiency, understanding of care plan and teamwork as well as job satisfaction. **Journal Of Multidisciplinary Healthcare**, v. 8, p. 33-37, 2015.

GODOY, et al. O uso do prontuário eletrônico por enfermeiros em Unidades Básicas de Saúde brasileiras. **Journal of Health Informatics**, v. 4, n.1, 2012.

HULLEY, S. B.; CUMINGS S. R.; BROWER, W. S. **Delineando a pesquisa clínica**. 4. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

- _____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
- KANG, H. G; et al. In Situ Monitoring of Health in Older Adults: Technologies and Issues. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 58, n. 8, p. 1579-1586, 2010.
- KENIS, C.; et al. Relevance of a systematic geriatric screening and assessment in older patients with cancer: results of a prospective multicentric study. **Annals of Oncology**, v. 24, n. 5 p. 1306-1312, 2013.
- KINDEM, G.; MUSBURGER, R. B. **Introduction to media production: from analog to digital**. 3. ed. Boston: Focal Press, 2005.
- KONRATH, M. L. P.; FALKEMBACK, G. A. M.; TAROUCO, L. M. R. Utilização dos jogos na sala de aula: aprendendo através de atividades digitais. **RENOTE-Revista Novas Tecnologias na Educação**, v. 3, n. 1, 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.22456/1679-1916.13942>>. Acesso em: 20 mai. 2020.
- LEITE, S. S. et al. Construção e validação de Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. suplemento 4, p. 1635-1641, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0648>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018001001635&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 28 jan. 2021.
- LOYOLA FILHO, et al. Causas de internação hospitalar no âmbito do SUS. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.13, n.4, 2004
- LOURENCO; VERAS. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 40, n. 4, p. 712-719, Aug. 2006. . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000500023&lng=en&nrm=iso>. access on 31 Jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000500023>.
- MAYER, R. E. **Multimedia Learning: Second Edition**. University of California: Santa Barbara, 2009.
- MAYER, R. E. **Based Principles For Designing Multimedia Instruction**. Acknowledgments and Dedication, p. 59, 2014.
- MILLER, D; et al. Intravenous versus inhalational maintenance of anaesthesia for postoperative cognitive outcomes in elderly people undergoing non-cardiac surgery. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 8, n. CD012317, 2018.
- MOURA, L. K. B, et al. Uses of Bibliometric Techniques in Public Health Research. **Iranian Journal of Public Health**, v. 46, n. 1, p. 1435-1436, 2017.
- OLIVER, D.; HEALEY, F.; HAINES, T. P. Preventing Falls and Fall-Related Injuries in Hospitals. **Clinics in Geriatric Medicine**, v. 26, n.4, p. 645-655, 2010.
- OLIVEIRA, et al. Clinical evolution of adult, elderly and veryelderly patients admitted in Intensive Care Units. **Rev Latino-Am Enfermagem** [Internet], v.19, n.6, p. 1344-51, jul. 2015. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt_10.pdf
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). The **Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**, v1.1. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. Geneva: OMS; 2009. Available from: https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_chapter1.pdf

PARADELA; LOURENÇO; VERAS. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Revista de saúde pública**, v. 39, n. 6, p. 918-923, 2005.

RUNCIMAN et al. International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **Int J Qual Heal Care** [Internet], v.21, n. 1, p. 18-26, jan., 2009. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzn057>

POLIT, D. F.; BECK, C. T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Research in Nursing & Health**, [s.l.], v. 29, n. 5, p. 489-497, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1002/nur.20147>. Disponível em:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/nur.20147>. Acesso em: 27 ago. 2019.

QUIGLEY, M.; BURKE, M. Low-cost Internet of Things digital technology adoption in SMEs. **International Journal of Management Practice**, v. 6, n. 2, p. 153-164, 2013.

ROTH, G. A; et al. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. **Lancet**, v. 392, n. 10159, p. 1736-1788, 2018.

RUNCIMAN W. et al. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **Int. J. Qual. Health Care**. v. 21, n. 1, p. 18-25, 2009

SA, G. G. M. et al . Construção e validação de vídeo educativo para idosos acerca dos riscos de queda. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 73, supl. 3, e20200010, 2020 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020001500178&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 24 maio 2021. Epub 23-Out-2020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0010>.

SA, G. G. M. et al . Tecnologias desenvolvidas para a educação em saúde de idosos na comunidade: revisão integrativa da literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 27, e3186, 2019 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100607&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 24 maio 2021. Epub 14-Out-2019. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3171.3186>.

SANTANA, J. S.; DE OLIVEIRA SOARES, M. J. G.; DA NÓBREGA, M. M. L. Instrument for Visiting in Nursing to Hypertensive Patients in Family: a Methodological Study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 10, n. 3, 2011. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3481>>. Acesso em: 15 mai. 2020.

SANTOS, P. M, SELIG, P.M. Indicadores para o novo serviço público: uma análise bibliométrica e sistêmica. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v. 19, n. 3, p. 82-97, 2014.

SANTOS, et al. Segurança do paciente idoso hospitalizado: uma revisão integrativa. **Cogitare Enferm** [Internet], v.21, n. 3, p. 1-10, jul., 2016. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i3.44223>

SINÉSIO et al., Fatores de risco às infecções relacionadas à assistência em Unidades de Terapia Intensiva. **Cogitare Enfermagem**, v.23, n.2, mai, 2018

SILVEIRA, PULZI JUNIOR, COSTA FILHO. Intensive care unit quality. **Rev Bras Clin Med** [Internet], v. 8, n. 1, p. 37-45, jan, 2010. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/01.ccm.0000190617.76104.ac>

SCHMIEDL, S; et al. Self-Medication with Over-the-Counter and Prescribed Drugs Causing Adverse-Drug-Reaction-Related Hospital Admissions: Results of a Prospective, Long-Term Multi-Centre Study. **Drug Safety**, v. 37, n. 4, p. 225-235, 2014.

SOUSA, et al. **Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional 2019**, from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018001105007&lng=pt&tlng=pt

TOFFOLETTO, et al. Factors associated with the occurrence of adverse events in critical elderly patients. **Rev Bras Enferm** [Internet], v.69, n. 6, p. 1039-45, out., 2016. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0199>

VALLE, A. R. M. C. et al. Prevenção e controle das infecções no domicílio: desafios e implicações para enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 2, p. 239-44, 2016.

VANDERWEE, K; et al. Malnutrition and associated factors in elderly hospital patients: A Belgian cross-sectional, multi-centre study. **Clinical Nutrition**, v.29, n.4. p. 469-476, 2010.

WILDIERS, H; et al. International Society of Geriatric Oncology Consensus on Geriatric Assessment in Older Patients With Cancer. **Journal of Clinical Oncology**, v. 32, n. 24, p. 2595-2603, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The World Alliance for Patient Safety** [Internet]. Genebra: WHO; 2004 [acessado em 26 abr. 2019]. 33 p. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO Patient Safety. **World alliance for patient safety**. The second global patient safety challenge: safe surgery saves lives [Internet]. Genebra: WHO Press; 2008 [acessado em 20 jan. 2019]. 32 p. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70080/WHO_IER_PSP_2008.07_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global patient safety challenge: medication without harm. WHO Glob Patient Saf Chall [Internet]. 2017 [acessado em 20 jan. 2019]. 16 p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255263/1/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?ua=1&ua=1>

WHO. World Health Organization. **Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level**. 2016. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/251730/9789241549929-eng.pdf;jsessionid=A08DDAAFDC5E141082277CB28EB047CA?sequence=1>

APÊNDICE A
ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM IDOSOS
Título da pesquisa: Vídeo educativo sobre a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar

Identificação

Código do participante: _____

Sexo: Feminino () Masculino () Idade: _____ Profissão: _____

Escolaridade:

Analfabeto () Ensino Fundamental : completo() incompleto() Nível Superior :
completo() incompleto() Pós-graduação: completo() incompleto()

Hábitos:

Fumo () Bebida() Outros() _____

Há quanto tempo? _____

Doença pregressa:

Doença cardíaca () Hipertensão () Diabetes () Algum familiar com doença
encefalovascular ()

1. O Senhor(a) se sentiu seguro quanto a sua identificação durante a hospitalização?

2. Fale um pouco sobre a Comunicação com os Profissionais de Saúde durante a hospitalização?

3. O Senhor(a) se sentiu seguro quanto aos medicamentos administrados durante a hospitalização?

4. O Senhor(a) fez cirurgia durante a hospitalização? Caso sim, se sentiu seguro?

5. O Senhor(a) identificou o risco de Infecção Hospitalar durante a hospitalização?

6. O Senhor(a) percebeu o risco de quedas durante a hospitalização?

APÊNDICE B
ROTEIRO DO QUESTIONÁRIO DOS PROFISSIONAIS DE INSTITUIÇÕES
HOSPITALARES

Título da pesquisa: Vídeo educativo sobre a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar

Este estudo possui como principal finalidade a conscientização das pessoas idosas acerca dos riscos inerentes ao ambiente hospitalar. Diante disso, gostaríamos de convidá-lo (a) para participar desta pesquisa e assim contribuir para que possamos construir uma ferramenta de orientação destinada a reduzir os possíveis danos ao paciente idoso. Desde já, agradecemos a sua disponibilidade e contribuição.

Objetivo do projeto: Construção e Validação de Vídeo Educativo sobre a Segurança da Pessoa Idosa no Ambiente Hospitalar.

O presente projeto de pesquisa foi devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY – HULW DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA -UFPB sob o nº CAAE:48200621.0.0000.5183.

Pesquisadora: Gabriela Martins Santos CPF: 061.156.943-45

A pesquisadora responsável compromete-se a utilizar todos os dados coletados, unicamente para fins deste estudo, preservar o sigilo e privacidade dos participantes cujos dados serão coletados e estudados conforme os ditames da Resolução normativa nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Sexo: Feminino () Masculino () Idade: _____ Profissão: _____
Setor de trabalho: _____

1. Como é feita a identificação do paciente idoso durante a hospitalização no seu serviço?

2. Como é feita a comunicação entre os profissionais de saúde do seu serviço? (ex: quadros, planilhas, relatórios...)

3. Como é feita a segurança dos medicamentos usados no tratamento do paciente idoso no seu local de trabalho?

4. Como proporcionar um ambiente hospitalar seguro para as pessoas idosas quanto ao risco de Infecção Hospitalar?

5. Como proporcionar um ambiente seguro para evitar o risco de quedas durante a hospitalização da pessoa idosa?

-
6. Como os procedimentos cirúrgicos são realizados em pacientes idosos de forma segura no seu local de trabalho?
-

APÊNDICE C
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA
GRUPO INTERNACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE
ENVELHECIMENTO E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: Vídeo educativo sobre a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar

Pesquisadora: Gabriela Martins Santos

Orientadora: Prof.^a Dra. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira

Grupo Internacional de Estudos e Pesquisas sobre Envelhecimento e Representações Sociais

Prezado(a) senhor(a),

Esta pesquisa, intitulada “Vídeo educativo sobre a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar”, está sendo desenvolvida pela pesquisadora Gabriela Martins Santos, aluna do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira.

Os objetivos do estudo são: 1) Apresentar as evidências científicas sobre a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar a partir de um estudo bibliométrico; 2) Avaliar a segurança da pessoa idosa hospitalizada com base nas seis Metas Internacionais de segurança do paciente da Organização Mundial de Saúde e no Estatuto do Idoso; 3) Construir vídeo educativo sobre a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar.

A finalidade deste estudo é contribuir para a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar. Os benefícios deste estudo estão na reflexão sobre as questões que envolvem a produção de um vídeo educativo sobre a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar, como uma ferramenta de orientação aos idosos para evitarem os riscos aos Eventos Adversos, na atenção à saúde e segurança no ambiente hospitalar, buscando melhorias para o bem-estar geral.

Solicitamos a sua colaboração em preencher este questionário/formulário que contém perguntas sobre idade, sexo, escolaridade, situação conjugal, religião, bem como, sobre a segurança do idoso no ambiente hospitalar.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e não receberá pagamento para isto, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou

resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição. A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Contato da Pesquisadora Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora: Gabriela Martins Santos.

Endereço: Rua Engenheiro Armando de Virgiliis, 220 – Vila Mariana – São Paulo/SP.

Telefone: (86). E-mail: gabi-ms11@hotmail.com.

Ou

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba Campus I – Cidade Universitária – 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB ☎
(83) 3216-7791 – E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

CONSENTIMENTO

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que devo arquivar uma via desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura da Testemunha



Pesquisadora: Gabriela Martins Santos

Orientadora: Prof.^a Dra. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira

Grupo Internacional de Estudos e Pesquisas sobre Envelhecimento e Representações Sociais

ANEXO A

19:30



plataforma.brasil.saude.gov.br

1 de 11

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Vídeo Educativo sobre a Segurança da Pessoa Idosa no Ambiente Hospitalar**Pesquisador:** GABRIELA MARTINS SANTOS**Área Temática:****Versão:** 1**CAAE:** 48200621.0.3001.5188**Instituição Proponente:** Instituto Paraibano de Envelhecimento**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.994.212

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um protocolo de pesquisa egresso do PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM GERONTOLOGIA, do CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, da UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, da aluna GABRIELA MARTINS SANTOS, sob orientação da Profª. Dra. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira.

No âmbito da assistência hospitalar, inovações e avanços são necessários para melhoria de processos e serviços oferecidos a população idosa.

Ocorre permanentemente, na área da saúde, transformações e avanços que permitem melhorias de processos e serviços oferecidos ao público. Nas últimas décadas, a segurança dos pacientes tem se tornado um debate constante, que demonstra o quanto é necessário o envolvimento entre o bem-estar, a qualidade de vida dos pacientes e assistência prestada (BAMPI et al., 2017).

O envelhecimento populacional está entre os fatos de destaque no século atual, tendo o índice de crescimento dos indivíduos idosos no mundo em torno de 3% ao ano e estimativa de que em 2050, essa população será formada por 2,1 bilhões de pessoas. Atualmente, cerca de 962 milhões de pessoas possuem 60 anos de idade ou mais no mundo, o que corresponde a 13% da população total. Até 2050, todas as regiões do mundo, exceto a África, terão quase um quarto de suas populações compostas por pessoas nessa faixa etária (SOUZA et al., 2019)

O envelhecimento humano progressivo resulta em alterações dos sistemas fisiológicos,

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB 2º Andar
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOÃO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

Página 01 de 11

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB



Continuação do Parecer: 4.994.212

trazendo para os idosos vulnerabilidades e fragilidades, o que leva ao comprometimento da aptidão físico-funcional. O aumento da expectativa de vida reflete diretamente nas condições de saúde, morbidade e limites funcionais nas pessoas idosas, elevando a incidência de enfermidades e incapacidades, com possíveis alterações na dependência física, cognitiva e

1º ARTIGO

Segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar: produção científica internacional

Safety of the elderly in the hospital environment: international scientific production

Seguridad del anciano en el ambiente hospitalario: producción científica internacional

Autores:

Gabriela Martins Santos – Universidade Federal da Paraíba – Programa de Pós Graduação em Gerontologia. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Maria Adelaide Silva Paredes Moreira – Universidade Federal da Paraíba – Programa de Pós Graduação em Gerontologia

Autor Correspondente: Gabriela Martins Santos. Endereço: Rua Engenheiro Armando de Virgiliis, nº 220, Ed. Espaço Contemporaneo, Apto 163B, Bairro Vila Mariana, CEP-04120-021, São Paulo -SP – Brasil. E-mail: gabi-ms11@hotmail.com

Santos, GM; Moreira, MASP contribuíram com a elaboração de todas as etapas da pesquisa: elaboração do projeto, busca e análise dos dados e construção do artigo.

RESUMO

Objetivo: Analisar a produção científica internacional sobre a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar. **Método:** Pesquisa bibliométrica, realizada na *ISI Web of Knowledge/Web of Science™*, no recorte temporal entre os anos 1995 e 2021, utilizando-se os descritores: “patient safety” and elderly* and “hospital environment”, efetuada a partir da exportação destes dados para o *software* de análise bibliométrica HistCite™. **Resultados:** Foram localizados 172 registros de publicações, em 59 periódicos distintos, escritos por 218 autores que possuem vínculos com 200 instituições, localizados em 113 países. Na análise da contagem do número de citações, o valor do h-index é igual a 36 e média de citações por artigo de 48,25. A articulação entre as 15 publicações de maior fator de impacto sobre o tema e as 06 Metas Internacionais de Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde, mostra que a Meta 3 foi destaque com 46,6% dos estudos, sobre melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância. **Conclusão:** A análise dos indicadores sobre a dinâmica e evolução da informação científica e tecnológica sobre a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar, evidenciou que existe uma lacuna no conhecimento sobre o tema. Há necessidade de construção de redes de conhecimento na

área que possibilitem mais estudos capazes de contribuir para melhoria da segurança do idoso no ambiente hospitalar.

Descritores: Patient safety. Elderly. Hospital environment.

INTRODUÇÃO

A redução do risco de danos desnecessários associados ao processo assistencial em saúde até um mínimo aceitável, se configura como a segurança do paciente no ambiente hospitalar. O não-tratamento ou outras terapias adotadas, também pode se tornar um risco à saúde.¹⁻² Para a qualidade do atendimento à saúde, a segurança do paciente é essencial, pois compreende atitudes que se destinam a gerenciar e prevenir riscos que os pacientes estão expostos.³

Nas últimas décadas, a segurança do paciente tem se tornado um debate constante, que demonstra o quanto é necessário o envolvimento entre o bem-estar, a qualidade de vida dos pacientes e assistência prestada. Nos serviços de saúde, ocorre transformações e avanços que permitem melhorias de processos e serviços oferecidos ao público e percebe-se que a segurança dos pacientes tem se destacado.⁴

O envelhecimento populacional é destaque no século atual, cerca de 962 milhões de pessoas possuem 60 anos de idade ou mais no mundo, o que corresponde a 13% da população total. Até 2050, todas as regiões do mundo, exceto a África, terão quase um quarto de suas populações compostas por pessoas nessa faixa etária.⁵

O aumento da expectativa de vida reflete diretamente nas condições de saúde, morbidade e limites funcionais nas pessoas idosas, elevando a incidência de enfermidades e incapacidades, com possíveis alterações na dependência física, cognitiva e emocional, gerando muitas vezes a necessidade de cuidados permanentes e hospitalizações.⁶ Associada ao envelhecimento, a multimorbilidade se caracteriza por uma combinação de doenças com uma diversidade de implicações, entre elas a alta utilização de cuidados de saúde, hospitalização, elevado gasto público em saúde e mortalidade.⁷

Especialmente na unidade de internação acontece a alta utilização dos cuidados de saúde pelos idosos o que é evidenciado pelo aumento da média de idade nestas unidades, que requer dos profissionais de saúde maior atenção com a real efetividade do tratamento e dos cuidados dispensados a esse grupo etário.⁸⁻⁹ Esses ambientes requerem maior tecnologia para atendimento de pacientes graves, complexos e expostos a procedimentos invasivos.¹⁰ Com isso, a preocupação com a segurança do paciente idoso é notória e crescente, gerando o aumento de estudos sobre o tema.¹⁰⁻¹¹

Os eventos adversos (EA), como os incidentes que atingem o paciente durante a prestação do cuidado de saúde, resultando em dano ou lesão, podem representar um prejuízo temporário ou permanente, com destaque para as quedas, os erros na administração de medicamentos, retiradas não

programadas de dispositivos terapêuticos e lesão por pressão, sendo esses mais presentes entre pacientes adultos e idosos hospitalizados.¹²⁻¹¹

No ambiente hospitalar, inovações e avanços são necessários para uma assistência segura e de mais qualidade. Assim, a segurança do paciente relacionada com as seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde – OMS¹³, objetiva promover melhorias na assistência à saúde e evitar danos ao paciente, reduzindo as consequências negativas de um atendimento realizado de forma insegura.

Diante dessa problemática, é oportuno que a produção científica de estudos sobre a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar seja analisada e ampliada. As questões que norteiam o estudo são: Quais as fontes de valor sobre a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar reconhecidas por meio de métricas de autoria e citação? Qual a análise dos indicadores sobre a dinâmica e evolução da informação científica e tecnológica sobre a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar?

Assim, considerando esses questionamentos e a importância da promoção da segurança do paciente idoso que necessita de cuidados numa hospitalização, o estudo tem como objetivo analisar a produção científica internacional sobre a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar.

MÉTODO

Pesquisa bibliométrica de caráter exploratório e descritivo realizada na Coleção Principal da base de dados *ISI Web of Knowledge/Web of Science™*, de estudos publicados no período de 1945 a 2021. Os descritores foram definidos a partir do catálogo MeSH (Medical Subject Headings), sendo selecionados os seguintes termos de busca: “Patient safety”, Elderly* e “Patient safety, “Hospital environment”. O asterisco significa a possibilidade de plural dos descritores e as aspas indicam a representação exata dos termos com mais de uma palavra.

Após refinamento dos trabalhos encontrados por meio da aplicação do filtro, tipo de documentos, oferecido pelo mecanismo de busca da coleção principal da *Web of Science™*, foram localizados 172 artigos. Não houve filtro de refinamento para áreas do conhecimento, países ou idiomas dos estudos, abrangendo todos os registros de publicações que tivessem os três termos em associação. Foram excluídos dos resultados artigos provenientes de eventos ou considerados ainda em edição (*Conference Proceedings*) e registros oriundos de “*proceedings papers*”, “editorial material” e “*letter*”, resultando apenas trabalhos finais e completos “*article*” e “*review*” (artigos e revisões). Desta forma, os estudos foram identificados e utilizados como conjunto de artigos para a análise bibliométrica proposta.

O processamento e análise do material foi realizado a partir da exportação destes dados para o pacote de software de análise bibliométrica HistCite™, a fim de organizar as informações e facilitar a análise. A análise dos artigos selecionados seguiu os três procedimentos sugeridos: a definição da base de dados e os critérios a serem utilizados para a coleta; a coleta dos dados; e a representação e análise

destes ^{14,15}. Foram analisadas a trajetória de evolução anual das publicações, os periódicos com maior quantidade de registros, os autores com maior quantidade de publicações e a quantidade de artigos distribuídas por país de origem dos autores.

Além destes dados gerados pelo software, fez-se uma identificação das fontes de valor sobre a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar reconhecidas por meio de métricas de autoria e citação, uma análise da contagem do número de citações, pelo valor do h-index, baseado em uma lista de publicações classificadas em ordem decrescente e uma análise dos indicadores sobre a dinâmica e evolução da informação científica e tecnológica sobre o tema. Além disso, buscou-se a média de citação por artigo e a soma do número de citações para todos os itens no conjunto de resultados.

Foram elucidados aspectos dos textos dos 15 artigos mais citados na *Web of Science*TM no intuito de identificar suas principais contribuições para a temática da segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar. Os resultados destas análises foram apresentados em gráfico, tabelas e quadro.

Foram adotados os princípios éticos preconizados para a pesquisa desta natureza, respeitando as ideias, citações, os autores e suas publicações.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A busca dos estudos na base de dados *da Web of Science* foi realizada para o período de 1945 a 2021. No entanto, o primeiro resultado de artigo publicado foi no ano de 1995, sendo por esta razão, o espaço temporal avaliado nos resultados deste estudo, o período de 1995 a 2021. Na análise da contagem do número de citações, o valor do h-index é igual a 36 e média de citações por artigo de 48,25.

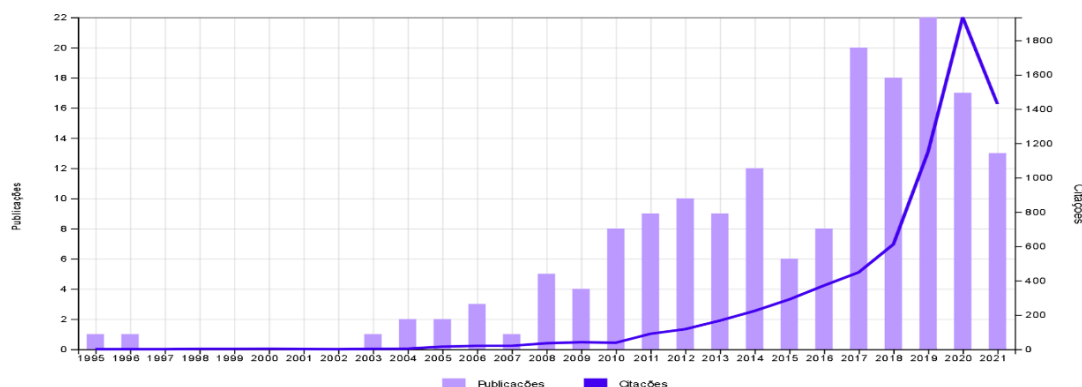
Tabela 1: Resultados gerais do levantamento bibliométrico sobre a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar (1995-2021). João Pessoa – PB, 2021.

Dados Bibliométricos	Quantidade
Publicações	172
Periódicos indexados	59
Autores	218
Instituições (vínculos dos autores)	200
Países	113

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da *Web of Science*.

A evolução da produção científica do campo de estudo sobre a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar, demonstrada pelo quantitativo anual de publicações no período estudado, aponta que o interesse internacional sobre o assunto teve início em 1995, com a publicação de um estudo. No período de 1997 a 2002 não foi publicado nenhum estudo sobre o tema. A partir do ano de 2017, os estudos aumentaram com 90 estudos publicados no período de 2017 a 2021.

Figura 1. Distribuição das publicações e citações sobre segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar (1995-2021). João Pessoa – PB, 2021.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Web of Science.

Com a finalidade de identificar os periódicos internacionais mais representativos na área de pesquisa sobre segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar, os 10 principais periódicos foram analisados quanto à quantidade de artigos publicados sobre o tema e o percentual correspondente.

A Tabela 2 demonstra a lista dos 10 periódicos mais representativos quanto ao quantitativo de publicações sobre o tema em estudo, e pode-se observar o percentual de artigos publicados em cada um dos periódicos, e por meio desse indicador é possível ter uma informação inicial a respeito do impacto dos artigos identificados nesses periódicos sob o total de citações recebidas.

Tabela 2: Periódicos com mais produções publicadas (1995-2021). João Pessoa – PB, 2021.

Periódicos	Quantidade de Artigos	%
BMC Health Services Research	6	10,16%
Health Science Reports	4	6,77%
International Journal of Gerontology	4	6,77%
Lancet	4	6,77%
Plos One	3	5,08%
Cancer	2	3,38%
Drugs Aging	2	3,38%
European Journal of Clinical Pharmacology	2	3,38%
European Journal of General Practice	2	3,38%
Hong Kong Journal of Emergency Medicine	2	3,38%

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da *Web of Science*.

Para aprofundar a representatividade dos países de origem das instituições de vínculo dos 218 autores dos 172 trabalhos mapeados neste estudo bibliométrico, foram identificados os países com mais produções científicas no campo da segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar, que podem ser observados na Tabela 3.

Tabela 3: Quantidade de produções por país de origem das instituições de vínculo dos autores (1995-2021). João Pessoa – PB, 2021.

País/Regiões	Contagem de registros/Percentual de 172 produções
England	36/20.93%
USA	36/20.93%
Australia	23/13.37%
Japan	23/13.37%
Taiwan	19/11.04%
Germany	17/9.88%
Italy	17/9.88%
Netherlands	17/9.88%
Spain	17/9.88%
Canada	16/9.30%

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da *Web of Science*.

O Quadro 1, a seguir, apresenta o Top 15 artigos mais citados na *Web of Science*TM no período de 1945-2021, o número de citações de cada artigo e a média de citações por ano, indicando os estudos mais representativos sobre o tema, apresentando trabalhos seminais e aqueles posteriores que também foram muito referenciados.

Quadro 1 – Top 15 das produções mais citados na *Web of Science*TM de 1995-2021

Nº de Ord	Título	Autores	Relação com as Metas Internacionais de segurança do paciente	Ano	Revista	Nº de citações	Média de citações por ano
1.	Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017	Roth, G.A, et al. ¹⁶	Metas 1, 2, 3, 4, 5, 6	2018	Lancet	1.592	398
2.	International Society of Geriatric Oncology Consensus on Geriatric Assessment in Older Patients With Cancer	Wildiers, H, et al. ¹⁷	Meta 1	2014	Journal of Clinical Oncology	763	95.38
3	Low intensity transcranial electric stimulation: Safety, ethical, legal regulatory and application guidelines	Antal, A, et al. ¹⁸	Meta 3	2017	Clinical Neurophysiology	318	63.6
4.	Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: a systematic review and thematic synthesis	Anderson, K, et al. ¹⁹	Meta 3	2014	BMJ OPEN	305	38.13
5.	Posthospital care transitions: Patterns, complications, and risk identification	Coleman, E. A, et al. ²⁰	Meta 3	2004	Health Services Research	275	15.28

6.	Preventing Falls and Fall-Related Injuries in Hospitals	Oliver, D, et al. ²¹	Meta 6	2010	Clinics in Geriatric Medicine	226	18.83
7.	Relevance of a systematic geriatric screening and assessment in older patients with cancer: results of a prospective multicentric study	Kenis, C, et al. ²²	Meta 1	2013	Annals of Oncology	182	20.22
8.	Hospitalisations and emergency department visits due to drug-drug interactions: a literature review	Becker, M. L, et al. ²³	Meta 3	2007	Pharmacoe pidemiolog y And Drug Safety	160	10.67
9.	In Situ Monitoring of Health in Older Adults: Technologies and Issues	Kang, HG, et al. ²⁴	Meta 2	2010	Journal of the American Geriatrics Society	107	8.92
10.	Malnutrition and associated factors in elderly hospital patients: A Belgian cross-sectional, multi-centre study	Vanderwee . K, et al. ²⁵	Meta 5	2010	Clinical Nutrition	95	7.92
11.	Intravenous versus inhalational maintenance of anaesthesia for postoperative cognitive outcomes in elderly people undergoing non-cardiac surgery	Miller, D, et al. ²⁶	Meta 4	2018	Cochrane Database of Systematic Reviews	76	19
12.	What is hormesis and its relevance to healthy aging and longevity?	Calabrese, E. J, et al. ²⁷	Meta 3	2015	Biogeronto logy	73	10.43
13.	Nutrition in care homes and home care: How to implement adequate strategies	Arvanitaki s, M, et al. ²⁸	Meta 5	2008	Clinical Nutrition	58	4.14
14.	Self-Medication with Over-the-Counter and Prescribed Drugs Causing Adverse-Drug-Reaction-Related Hospital Admissions: Results of a Prospective, Long-Term Multi-Centre Study	Schmiedl, S, et al. ²⁹	Meta 3	2014	Drug Safety	47	5.88
15.	Structured nursing communication on interdisciplinary acute care teams improves perceptions of safety, efficiency, understanding of care plan and teamwork as well as job satisfaction	Gausvik, C, et al. ³⁰	Meta 2	2015	Journal of Multidisci plinary Healthcare	45	6.43

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da *Web of Science*.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O tema segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar é abordado na literatura internacional com destaque para o Top 15 artigos mais citados na *Web of Science*TM no período de 1995- 2021, com média de citação por artigo igual a 48,25.

A articulação entre as 15 publicações de maior fator de impacto sobre o tema e as 06 Metas Internacionais de segurança do paciente da Organização Mundial de Saúde – OMS¹³ – Meta N° 01: Identificação correta do paciente; Meta N° 02: Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde; Meta N° 03: Melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância; Meta N° 04: Cirurgia segura; Meta N° 05 – Redução do risco de infecções associadas aos cuidados em saúde e Meta n° 06 – Prevenção de danos decorrentes de quedas, mostra que a Meta 3 foi destaque com 46,6% dos estudos.

Das 15 publicações, o artigo intitulado: Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017¹⁶ tem relação com todas as Metas.

Os artigos intitulados: International Society of Geriatric Oncology Consensus on Geriatric Assessment in Older Patients With Cancer¹⁷ e Relevance of a systematic geriatric screening and assessment in older patients with cancer: results of a prospective multicentric study²², tem relação com a Meta 1 – Identificação correta do paciente.

Os artigos: In Situ Monitoring of Health in Older Adults: Technologies and Issues²⁴ e Structured nursing communication on interdisciplinary acute care teams improves perceptions of safety, efficiency, understanding of care plan and teamwork as well as job satisfaction³⁰ tem relação com a Meta 2 – Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde.

Os artigos: Low intensity transcranial electric stimulation: Safety, ethical, legal regulatory and application guidelines¹⁸, Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: a systematic review and thematic synthesis¹⁹, Posthospital care transitions: Patterns, complications, and risk identification²⁰, Hospitalisations and emergency department visits due to drug-drug interactions: a literature review²³, What is hormesis and its relevance to healthy aging and longevity?²⁷ e Self-Medication with Over-the-Counter and Prescribed Drugs Causing Adverse-Drug-Reaction-Related Hospital Admissions: Results of a Prospective, Long-Term Multi-Centre Study²⁹, tem relação com a Meta 3 – Melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância.

O artigo intitulado: Intravenous versus inhalational maintenance of anaesthesia for postoperative cognitive outcomes in elderly people undergoing non-cardiac surgery²⁶, tem relação com a Meta 4 – Cirurgia segura.

Os artigos intitulados: Malnutrition and associated factors in elderly hospital patients: A Belgian cross-sectional, multi-centre study²⁵ e Nutrition in care homes and home care: How to implement adequate strategies²⁶, tem relação com a Meta 5 – Redução do risco de infecções associadas

aos cuidados em saúde. O artigo Preventing Falls and Fall-Related Injuries in Hospitals²¹, tem relação com a Meta 6 – Prevenção de danos decorrentes de quedas.

As quedas e lesões relacionadas a quedas em hospitais são uma preocupação generalizada em ambientes hospitalares, com taxas de todo o hospital entre 3 e 5 quedas por 1000 dias-leito, representando cerca de um milhão de quedas de pacientes internados nos Estados Unidos a cada ano. Entre 1% e 3% das quedas em hospitais resultam em fratura, mas até mesmo lesões menores podem causar sofrimento e retardar a reabilitação. Fatores de risco mais consistentemente encontrados na população de pacientes internados incluem uma história de fraqueza muscular em queda, agitação e confusão, incontinência urinária ou medicação sedativa de frequência e hipotensão postural. A abordagem mais apropriada para a prevenção de quedas no ambiente hospitalar inclui intervenções multifatoriais com contribuição multiprofissional. Há também algumas evidências de que os programas de prevenção do delirium, redução da medicação sedativa e hipnótica, educação aprofundada do paciente e programas de exercícios sustentados podem reduzir as quedas como intervenções únicas. Evidências recentes de que alarmes de movimento de protetores de quadril ou leitos baixos reduzem quedas ou lesões no ambiente hospitalar. Abordagens internacionais para desenvolver e manter um programa de prevenção de quedas sugerem que o comprometimento da gestão e de uma gama de profissionais clínicos e de apoio é crucial para o sucesso.²¹

A comunicação no ambiente hospitalar, mostrou influência na saúde e segurança da pessoa idosa, com destaque para a identificação do idoso durante o período de internação.

Estudos sobre o consenso da Sociedade Internacional de Oncologia Geriátrica sobre avaliação geriátrica em pacientes idosos com câncer e sobre a relevância de uma triagem e avaliação geriátrica sistemática, tratam de temas que tem aproximação com a Identificação correta do paciente, no sentido de se fazer uma boa triagem por meio da avaliação geriátrica detalhada de idosos com o diagnóstico de cancer, para a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar.^{17, 22}

Estudo sobre uma triagem geriátrica sistemática e avaliação em pacientes idosos com câncer tem como objetivo, avaliar a viabilidade, utilidade em larga escala da triagem e avaliação geriátrica na prática oncológica clínica, avaliando o impacto na detecção de problemas geriátricos desconhecidos, intervenções geriátricas e decisões de tratamento, realizado com 1.977 pacientes em 10 hospitais que apresentavam tumor maligno, com 70 anos de idade e era necessário tomar uma decisão sobre o tratamento. Os pacientes foram selecionados pelo G8; se anormal (pontuação $\leq 14/17$) seguido por Avaliação Geriátrica Abrangente (CGA). Os resultados da avaliação foram comunicados ao médico assistente por meio de um questionário predefinido para avaliar os tópicos mencionados acima. Destes pacientes, 70,7% tiveram uma pontuação G8 anormal justificando um CGA. Os médicos estavam cientes dos resultados da avaliação no momento da decisão do tratamento em dois terços dos pacientes ($n = 1115$; 61,3%). A avaliação detectou problemas geriátricos desconhecidos em 51,2% dos pacientes. Quando o médico estava ciente dos resultados da avaliação no momento da tomada de decisão, as

intervenções geriátricas foram planejadas em 286 pacientes (25,7%) e a decisão do tratamento foi influenciada em 282 pacientes (25,3%). A triagem e avaliação geriátrica em pacientes idosos com câncer é viável em grande escala e tem um impacto significativo na detecção de problemas geriátricos desconhecidos, levando a intervenções geriátricas e tratamento adaptado.²²

Sobre melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde, para a segurança da pessoa idosa, as mudanças nos sistemas de saúde e a maior ênfase nos cuidados em casa e em outros ambientes de vida, os provedores de geriatria precisarão de formas alternativas de monitorar doenças, atividades, resposta à terapia e segurança do paciente. A compreensão atual da natureza dinâmica das doenças crônicas, seus efeitos na saúde ao longo do tempo e a capacidade de gerenciá-las na comunidade se limitam a medir um conjunto de variáveis em pontos distintos no tempo, o que não leva em consideração as interações dinâmicas entre sistemas e ambientes da vida diária. Assim, desenvolvimentos recentes de sensores, gravadores de dados e redes de comunicação permitem medições sem precedentes de dados fisiológicos e sociológicos para uso em cuidados geriátricos. Este estudo identifica e discute as questões importantes relacionadas ao uso de tecnologias de monitoramento em pacientes idosos, como: algumas tecnologias emergentes que podem melhorar a vida dos idosos e melhorar o atendimento; as possíveis aplicações da tecnologia em ambientes geriátricos são discutidas, com foco em quedas agudas, demência e condições cardíacas; preocupações reais e percebidas no uso de tecnologia de monitoramento são identificadas e tratadas, incluindo a adoção de tecnologia por pessoas idosas; estigma; e a redução do contato social; preocupações éticas de privacidade, autonomia e consentimento; preocupações dos médicos, incluindo sobrecarga de informações, licenciamento e responsabilidade; esquemas de reembolso atuais para o uso de tecnologia; e a confiabilidade e infraestrutura necessárias para monitorar a tecnologia. O estudo recomenda tornar a tecnologia de monitoramento útil e disponível em geriatria.²⁴

A comunicação de enfermagem estruturada em equipes interdisciplinares de cuidados intensivos melhora as percepções de segurança, eficiência, compreensão do plano de cuidados e trabalho em equipe, bem como satisfação no trabalho. Uma comunicação eficiente, precisa e oportuna é necessária para um atendimento de saúde de qualidade e está fortemente ligada à satisfação no trabalho da equipe de saúde. O desenvolvimento de maneiras de melhorar a comunicação é fundamental para aumentar a qualidade do atendimento, e as equipes interdisciplinares de atendimento permitem uma melhor comunicação entre os profissionais de saúde. Este estudo examina o uso centrado no paciente e na família de rondas interdisciplinares estruturadas à beira do leito em uma Unidade de Cuidados Intensivos para idosos em um hospital comunitário metropolitano de 555 leitos. Este estudo de métodos mistos pesquisou 24 enfermeiras, terapeutas, assistentes de atendimento ao paciente e assistentes sociais para medir as percepções de trabalho em equipe, comunicação, compreensão do plano para o dia, segurança, eficiência e satisfação no trabalho. Uma pesquisa semelhante foi administrada a um grupo de controle de 38 funcionários das mesmas categorias em unidades diferentes do mesmo hospital. As unidades do grupo de controle utilizaram o arredondamento centrado no médico tradicional. Diferenças

significativas foram encontradas em cada categoria entre a equipe SIBR na unidade ACE e a equipe de controle. A satisfação do enfermeiro no trabalho é um marcador importante de retenção e recrutamento, e a melhoria da comunicação pode ser um aspecto importante para aumentar essa satisfação. Além disso, a comunicação aprimorada é fundamental para manter um ambiente hospitalar seguro com atendimento de qualidade ao paciente. As rondas da equipe interdisciplinar que acontecem à beira do leito melhoram a satisfação da enfermagem e os marcadores de comunicação relacionados de qualidade e segurança, e podem ajudar a alcançar maior retenção de enfermeiros e cuidados mais seguros ao paciente. Esses resultados apontam para a interconexão e o duplo benefício, tanto para a satisfação no trabalho quanto para a qualidade do atendimento ao paciente, que podem advir de melhorias na comunicação da equipe.³⁰

Quanto a melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância, estudo mostra que a estimulação elétrica transcraniana em humanos de baixa intensidade e suas diretrizes de segurança, éticas e regulamentos legais, abrangendo corrente contínua transcraniana, estimulação espinal por corrente contínua transcutânea, corrente alternada transcraniana e estimulação de ruído aleatório transcraniano ou suas combinações, parece ser seguro. O estudo mostra que nenhum evento adverso sério foi relatado em mais de 18.000 sessões administradas a indivíduos saudáveis, pacientes neurológicos e psiquiátricos. Os eventos adversos moderados, com necessidade de intervenção, são raros e incluem queimaduras na pele devido ao contato com o eletrodo. Sintomas leves incluem dor de cabeça e fadiga após estimulação, bem como sensações de formigamento e queimação ocorrendo durante a estimulação elétrica.¹⁸

Uma revisão sistemática, sobre barreiras percebidas pelos prescritores médicos e não médicos e facilitadores para minimizar medicamentos potencialmente inadequados para pessoas adultos de mais idade, mostrou quatro temas analíticos: consciência do problema; inércia secundária à proposta de valor percebido inferior para cessar versus continuar com a prescrição; autoeficácia em relação à capacidade pessoal de alterar a prescrição; e viabilidade de alterar a prescrição em ambientes de cuidados de rotina, dadas as restrições externas. Os três primeiros temas são intrínsecos ao prescritor, por exemplo, crenças, atitudes, conhecimentos, habilidades, comportamento e o quarto é extrínseco, por exemplo, paciente, ambiente de trabalho, sistema de saúde e fatores culturais. O estudo concluiu que uma infinidade de fatores altamente interdependentes molda o comportamento dos prescritores em relação à continuação ou descontinuação das prescrições. Uma compreensão completa das barreiras e facilitadores do prescritor para a mudança do comportamento de prescrição é fundamental para o desenvolvimento de intervenções direcionadas que visam a prescrição de medicamentos potencialmente inadequados e redução do risco de iatrogenia.¹⁹

A descrição dos padrões de transições de atendimento pós-hospitalar, com a caracterização desses padrões como simples ou complicados e a identificação dos padrões de maior risco, foi mostrada em estudo, com idosos de 65 anos ou mais que receberam alta de um hospital de cuidados intensivos em 1997-1998. Os padrões de transferências pós-hospitalares foram descritos ao longo de um período de

30 dias após a alta hospitalar inicial. Entre 13,4% e 25% dos padrões de atendimento pós-hospitalar na amostra de 1998 foram classificados como complicados. As transições de atendimento pós-hospitalar são comuns entre os beneficiários do Medicare e os padrões de atendimento variam muito. Um número significativo de beneficiários experimentou transições de cuidados complicadas – uma descoberta que tem implicações importantes para a segurança do paciente e esforços de contenção de custos. Os pacientes em risco de padrões de tratamento complicados podem ser identificados usando os dados disponíveis no momento da alta hospitalar.²⁰

Hospitalizações e atendimentos de emergência devido a interações medicamentosas é um tema estudado na segurança do paciente no ambiente hospitalar, com o objetivo de avaliar a incidência de resultados adversos em pacientes devido a interações medicamentosas, os tipos de medicamentos envolvidos e o motivo subjacente. O estudo mostra que as interações medicamentosas são causas de resultados adversos do paciente, embora ainda haja incerteza sobre o impacto nos resultados adversos do paciente. O estudo sugere que haja um número limitado de medicamentos envolvido na maioria dos casos e que pode minimizar o problema.²³

A degradação substancial de alguns processos hormonais em idosos pode reduzir profundamente a capacidade de responder efetivamente a vários estressores ambientais / isquêmicos e outros, levando ao comprometimento da saúde, doença e, em última análise, definindo os limites da longevidade.²⁷

A auto-medicação com medicamentos de venda livre e prescritos, pode causar interações hospitalares relacionadas a reações adversas a medicamentos. Os medicamentos de venda livre e o uso de medicamentos prescritos anteriormente, tomados sem a recomendação do médico atual, é uma preocupação de saúde pública. Esse estudo tem como objetivo analisar as reações adversas a medicamentos relacionadas à automedicação que levam à hospitalização. Na população em geral, a automedicação desempenha um papel limitado que levam à hospitalização. No entanto, estratégias de prevenção focadas em pacientes idosos e pacientes recebendo medicamentos prescritos interativos melhorariam a segurança do paciente²⁹

Quanto a segurança nos procedimentos cirúrgicos, estudo mostra que a manutenção intravenosa versus inalatória da anestesia para resultados cognitivos pós-operatórios em idosos submetidos a cirurgia não cardíaca, foi estudada por meio de pesquisa para comparar a manutenção da anestesia geral para idosos submetidos à cirurgia não cardíaca com anestesia venosa total à base de propofol ou anestesia inalatória na função cognitiva pós-operatória e verificar a mortalidade, o risco de hipotensão, o tempo de permanência na sala de recuperação pós-anestésica e internação hospitalar. O estudo mostrou que não há certeza se a manutenção com anestesia venosa total à base de propofol ou com agentes inalatórios afetam as incidências de delírio pós-operatório, mortalidade ou tempo de internação hospitalar porque a certeza das evidências era muito baixa. Os autores colocam que estudos em futuras atualizações de revisão pode fornecer mais certeza para os resultados da revisão.²⁶

A segurança alimentar tem importante relação com a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar. Estudo transversal e multicêntrico sobre desnutrição e fatores associados em pacientes idosos em hospitais, com objetivo de verificar a prevalência da má nutrição avaliada por meio da Mini Avaliação Nutricional, mostrou que dos 2.329 pacientes idosos, 33% sofriam de desnutrição. Quase 43% dos pacientes estavam em risco de desnutrição e 24% estavam bem nutridos. Ter dificuldades de deglutição, dificuldades de paladar e ser transferido de uma casa de repouso, foram aspectos fortemente associados à desnutrição. A prevalência de desnutrição em enfermarias de hospitais para idosos belgas é semelhante a números internacionais. Idosos com dificuldades para engolir, paladar ou oriundos de uma casa de repouso podem precisar de cuidados nutricionais adequados. Dado o impacto negativo da desnutrição na mortalidade e morbidade, deve-se enfatizar uma política nutricional eficaz.²⁵

A implementação de estratégias adequadas de nutrição em lares de idosos e cuidados domiciliares foi estudada, considerando que a subnutrição em ambientes de cuidados domiciliares e de assistência domiciliar é um problema não reconhecido com consequências significativas. Estudo mostra que a prevalência de desnutrição em ambientes de assistência domiciliar e domiciliar varia entre 15% e 65%. As causas da desnutrição são várias: médicas, sociais, ambientais, organizacionais e financeiras. A falta de vigilância das pessoas, seus parentes e profissionais de saúde desempenham um papel importante. A desnutrição aumenta o risco de infecção, hospitalização, mortalidade e altera a qualidade de vida. Além disso, as doenças relacionadas à desnutrição são um fardo econômico na maioria dos países. A avaliação nutricional deve fazer parte do manejo global de rotina. O suporte nutricional aliado ao treino físico é recomendado. Conscientização, informação e colaboração com todas as partes interessadas devem facilitar a implementação de estratégias nutricionais. O estudo conclui que a desnutrição em ambientes de cuidados em lares de idosos e domiciliares é um problema considerável e devem ser tomadas medidas para preveni-la e tratá-la.²⁸

Dentre o Top 15 estudos sobre a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar publicados no período 1995-2021, percebe-se que um estudo envolve todas as Metas e apenas um estudo da Meta 4 – Cirurgia segura e um estudo da Meta 6 – Prevenção de danos decorrentes de quedas, foram publicados, o que corresponde a 6,6% dos estudos de cada Meta. Os estudos relacionados as Metas 1 – Identificação correta do paciente, Meta 2 – Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde e Meta 5 – Redução do risco de infecções associadas aos cuidados em saúde, com 2 estudos de cada, corresponderam a 13,3% dos estudos de cada Meta. A Meta 3 – Melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância foi destaque com 46,6% dos estudos.

CONCLUSÃO

Há poucos achados na Web of Science que abordam o tema segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar, representados por 172 registros de publicações como fontes de valor sobre o tema,

publicados no período de 1995 a 2021, reconhecidas por meio de métricas de autoria e citação. A análise dos indicadores sobre a dinâmica e evolução da informação científica e tecnológica sobre a segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar, evidenciou que existe uma lacuna no conhecimento sobre o tema, apresentado de forma ampla e diversificado sem demonstrar a existência de uma articulação entre os estudos, autores e instituições de todo o mundo. Há necessidade de construção de redes de conhecimento na área que possibilitem mais estudos capazes de contribuir para melhoria da segurança do idoso no ambiente hospitalar.

REFERENCIAS

1. Organização Mundial de Saúde (OMS). The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety v1.1. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. From: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>.
2. 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 Heal Care* [Internet]. 2009 Jan [cited 2015 Nov 20]; 21(1):18–26. Available from: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content>
3. World Health Organization (CH). World Alliance for Patient Safety WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: from information to action. Geneva: WHO; 2005. From: https://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf
4. Bampi R, Lorenzini E, Krauzer IM, Ferraz L, Silva EF, Agnol CMD. Perspectivas da equipe de enfermagem sobre a segurança do paciente em unidade de emergência. *Rev. Enferm. UFPE online*. 2017. from https://www.researchgate.net/publication/315254974_PERSPECTIVAS_DA_EQUIPE_DE_ENFERMAGEM SOBRE_A_SEGURANCA_DO_PACIENTE_EM_UNIDADE_DE_EMERGENCIA/link/58cc35404585157b6dac0779/download
5. Sousa NFS, Lima MG, Cesar CLG, Barros MBA. Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional 2019, from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018001105007&lng=pt&tlng=pt.
6. Cruz RR, Beltrame V, Dallacosta FM. Envelhecimento e vulnerabilidade: análise de 1.062 idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* [Internet]. 2019. [cited 2019 Sep 24]; 22(3): e180212. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.180221>
7. Boeckxstaens P, De Graaf P. Primary care and care for older persons: position paper of the European Forum for Primary Care. *Qual Prim Care* [Internet]. 2011 [cited 2015 Jul 14]; 19(6):369–89. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22340900>
8. Oliveira VCR, Nogueira LS, Andolhe R, Padilha KG, Sousa RMC. Clinical evolution of adult, elderly and very elderly patients admitted in Intensive Care Units. *Ver Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2011 [cited 2015 Jul 14]; 19(6):1344–51. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt_10.pdf
9. Avelino-Silva TJ, Farfel JM, Curiati JAE, Amaral JRG, Campora F, Jacob-Filho W. Comprehensive geriatric assessment predicts mortality and adverse outcomes in hospitalized older adults. *BMC Geriatrics*. 2014; 14:129.

10. Silveira FH, Pulzi Junior SA, Costa Filho R. [Intensive care unit quality]. *Rev Bras Clin Med.* 2010; 8(1):37-45. Portuguese.
11. Toffoletto MC, Barbosa RL, Andolhe R, de Oliveira EM, Ducci AJ, Padilha KG. Factors associated with the occurrence of adverse events in critical elderly patients. *Rev Bras Enferm.* 2016; 69(6):1039-45.
12. Santos TD, Santo FHE, Cunha KCS, Chibante CLP. Segurança do paciente idoso hospitalizado: uma revisão integrativa. <http://revistas.ufpr.br/cogitare/>
13. Organização Mundial de Saúde (OMS). The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety v1.1. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. From: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>.
14. Moura LKB, Mesquita RF, Mobin M, Matos FTC, Monte TL, Lago EC et al. Uses of Bibliometric Techniques in Public Health Research. *Iran J Public Health.* 2017;46(10):1435-6.
15. Wingerter DG, Azevedo UN, Marcaccine AM, Alves MSCF, Ferreira MAF, Moura LKB. Produção científica sobre quedas e óbitos em idosos: Uma análise bibliométrica. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2018; 21(3):1-10.
16. Roth, GA, Abate, D, Abate, KH, Abay, SM, Abbafati, C, Abbasi, N, et al. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet.* 2018; 392 (10159): 1736-88
17. Wildiers, H, Heeren, P, Puts, M, Topinkova, E, Janssen-Heijnen, MLG, Extermann, M, et al. International Society of Geriatric Oncology Consensus on Geriatric Assessment in Older Patients With Cancer. *Journal of Clinical Oncology.* 2014; 32(24): 2595-2603.
18. Antal, A, Alekseichuk, I, Bikson, M, Brockmoller, J, Brunoni, AR, Chen, R, Cohen, LG, et al. Low intensity transcranial electric stimulation: Safety, ethical, legal regulatory and application guidelines. *Clinical Neurophysiology.* 2017;128(9):1774-1809.
19. Anderson, K, Stowasser, D, Freeman, C, Scott, I. Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: a systematic review and thematic synthesis. *BMJ Open.* 2014; 4(12): e006544.
20. Coleman, EA, Min, SJ, Chomiak, A, Kramer, AM. Posthospital care transitions: Patterns, complications, and risk identification. *Health Services Research.* 2004; 39(5):1449-65.
21. Oliver, D, Healey, F, Haines, TP. Preventing Falls and Fall-Related Injuries in Hospitals. *Clinics in Geriatric Medicine.* 2010; 26(4):645-55.
22. Kenis, C, Bron, D, Libert, Y, Decoster, L, Van Puyvelde, K, Cornette, P, et al. Relevance of a systematic geriatric screening and assessment in older patients with cancer: results of a prospective multicentric study. *Annals of Oncology.* 2013; 24(5):1306-12.
23. Becker, ML, Kallewaard, M, Caspers, PWJ, Visser, LE, Leufkens, HGM, Stricker, BH. Hospitalisations and emergency department visits due to drug-drug interactions: a literature review. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety.* 2007; 16(6):641-51.

24. **Kang, HG, Mahoney, DF, Hoenig, H, Hirth, VA, Bonato, P, Hajjar, I, et al.** In Situ Monitoring of Health in Older Adults: Technologies and Issues. **Journal of the American Geriatrics Society.** 2010; **58(8)**:1579-86.
25. **Vanderwee, K, Clays, E, Bocquaert, I, Gobert, M, Folens, B, Defloor, T.** Malnutrition and associated factors in elderly hospital patients: A Belgian cross-sectional, multi-centre study. **Clinical Nutrition.**2010; **29(4)**: 469-76.
26. **Miller, D, Lewis, SR, Pritchard, MW, Schofield-Robinson, OJ, Shelton, CL, Alderson, P, et al.** Intravenous versus inhalational maintenance of anaesthesia for postoperative cognitive outcomes in elderly people undergoing non-cardiac surgery. **Cochrane Database of Systematic Reviews.** 2018; **8(CD012317)**.
27. **Calabrese, EJ, Dhawan, G, Kapoor, R, Iavicoli, I, Calabrese, V.** What is hormesis and its relevance to healthy aging and longevity? *Biogerontology.* 2015; 16(6):693-707.
28. **Arvanitakis, M, Beck, A, Coppens, P, De Man, F, Elia, M, Hebuterne, X, et al.** Nutrition in care homes and home care: How to implement adequate strategies. **Clinical Nutrition.** 2008; **27(4)**: 481-88.
29. **Schmiedl, S, Rottenkolber, M, Hasford, J, Rottenkolber, D, Farker, K, Drewelow, B, et al.** Self-Medication with Over-the-Counter and Prescribed Drugs Causing Adverse-Drug-Reaction-Related Hospital Admissions: Results of a Prospective, Long-Term Multi-Centre Study. **Drug Safety.** 2014; **37(4)**: 225-35.
30. **Gausvik, C, Lautar, A, Lisa Miller, L, Pallerla, H, J.** Structured nursing communication on interdisciplinary acute care teams improves perceptions of safety, efficiency, understanding of care plan and teamwork as well as job satisfaction. **Journal Of Multidisciplinary Healthcare.** 2015; **8 (4)**: 33-7.