

Segurança de pacientes Idosos em Unidades Básicas de Saúde e Instituições Hospitalares

Safety of Elderly Patients in Basic Health Units and Hospital Institutions

DOI:10.34119/bjhrv3n6-167

Recebimento dos originais: 19/11/2020

Aceitação para publicação: 02/12/2020

Luiz Anildo Anacleto da Silva

Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)
Instituição: Universidade Federal de Santa Maria, campus Palmeira das Missões
Endereço: Av. Independência, nº 3751, Bairro Vista Alegre, CEP: 98300-000 - Palmeira das Missões/RS
E-mail: luiz.anildo@yahoo.com.br

Marinês Tambara Leite

Doutora em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)
Instituição: Universidade Federal de Santa Maria, campus Palmeira das Missões
Endereço: Av. Independência, nº 3751, Bairro Vista Alegre, CEP: 98300-000 - Palmeira das Missões/RS
E-mail: tambaraleite@yahoo.com.br

Leila Mariza Hildebrandt

Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
Instituição: Universidade Federal de Santa Maria, campus Palmeira das Missões
Endereço: Av. Independência, nº 3751, Bairro Vista Alegre, CEP: 98300-000 - Palmeira das Missões/RS
E-mail: leilahildebrandt@yahoo.com.br

Aline Piaceski Kovalski

Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família Unijuí/FUMSSAR
Instituição: Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ)
Endereço: Rua Júlio de Castilhos nº 122, Bairro Central, CEP: 98787-338 - Santa Rosa/RS.
E-mail: alinepkovalski@hotmail.com

Aline Kettenhuber Gieseler

Especialista em Saúde do Adulto e Idoso pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA)
Instituição: Hospital de Caridade de Ijuí
Endereço: Rua Bento Gonçalves, 589, Centro, CEP: 98700-000 – Ijuí/RS
E-mail: alinegieseler@hotmail.com

Taís da Rocha Giovenardi

Especialista em Urgência, Emergência e Trauma pela FACISA
Instituição: Secretaria de Saúde de Frederico Westphalen
Endereço: Rua João Eugênio Mazzoti, nº 210, casa 03, Bairro Jardim Primavera, CEP: 98400-000, Frederico Westphalen/RS
E-mail: taisrgiovenardi@hotmail.com

RESUMO

O objetivo do estudo foi identificar as estratégias de segurança aos pacientes idosos atendidos em unidades básicas de saúde e serviços hospitalares, na concepção de enfermeiros. Metodologicamente, o estudo tem abordagem descritiva e qualitativa, a pesquisa desenvolveu-se em dois municípios do norte/noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Foram sujeitos do estudo, 28 enfermeiros atuantes na atenção básica e serviços hospitalares de duas coordenadorias de saúde localizados no norte do Estado do Rio Grande do Sul. Os resultados demonstram que há fragilidades de concepção e de implementação de estratégias de segurança do paciente no segmento pesquisado. Conclui-se que a segurança ao paciente depende da incorporação de conhecimentos e estratégia específica de segurança.

Palavras-chave: Enfermagem, Segurança, Gestão da segurança, Políticas de saúde, Idoso, Serviços de saúde para idosos.

ABSTRACT

The objective of the study was to identify safety strategies for elderly patients served in basic health units and hospital services, in the design of nurses. Methodologically, the study has a descriptive and qualitative approach, the research was developed in two municipalities in the north/northwest of the State of Rio Grande do Sul. There were 28 nurses working in basic care and hospital services of two health coordinators located in the north of the state of Rio Grande do Sul. The results show that there are weaknesses in the design and implementation of patient safety strategies in the surveyed segment. It is concluded that patient safety depends on the incorporation of knowledge and specific safety strategy.

Keywords: Nursing, Safety, Security Management, Health Policies, Elderly, Health Services for the elderly.

1 INTRODUÇÃO

A segurança aos usuários dos serviços de saúde, vem sendo tema de inúmeras abordagens, discussões, proposições e desenvolvimento de estratégias por parte de pesquisadores, trabalhadores em saúde e gestores. Tais debates têm como objetivo a minimização de eventos adversos, a redução de danos, a segurança dos usuários e a qualificação dos serviços. A concepção e produção de segurança nos serviços de saúde necessitam estar instituída nas estratégias assistenciais. Para ser implementada, os programas de segurança necessitam de recursos estruturais, materiais, equipamentos, profissionais, de forma especial a reorganização do processo de trabalho e, sobretudo, a integralidade de ações da equipe multidisciplinar.

No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), tem por objetivo promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, tendo por base a implantação da gestão de riscos e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde. Além disso, prevê o envolvimento de pacientes e familiares nas ações de segurança; a ampliação ao

acesso da sociedade às informações relacionadas ao tema; a produção, sistematização e divulgação de conhecimentos sobre o assunto; e o fomento e a inclusão da temática no ensino técnico, de graduação e pós-graduação na área da saúde.¹

Essa portaria também define os conceitos de segurança do paciente, danos e eventos adversos. A segurança do paciente, portanto, é definida como ações de redução de riscos a índices mínimos de exposição a danos desnecessários, na prestação dos serviços de saúde. Tecnicamente e conceitualmente, os danos referem-se ao comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesões, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico. Já os eventos adversos referem-se aos incidentes que possam resultar em dano ao paciente.¹ Frente a essas situações, a portaria propõe o estabelecimento da gestão de riscos que, estrategicamente, consiste na aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e a aplicação de recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.¹

A proteção do usuário, nos espaços de intervenção profissional, é de responsabilidade da equipe de saúde, cabendo a esta adotar estratégias para a prevenção de danos e a minimização de riscos. O manual para profissionais da saúde, criado pela Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), é composto por 12 estratégias, que incluem: higienização das mãos; identificação do paciente; comunicação efetiva; prevenção de queda; prevenção de lesão por pressão; administração segura de medicamentos; uso seguro de dispositivos intravenosos; procedimentos cirúrgicos seguros; administração segura de sangue e hemocomponentes; utilização segura de equipamentos; pacientes parceiros na sua segurança; formação de profissionais da saúde para cuidados seguros.²

No que se referem à segurança, as ações de saúde precisam ser efetivas e de acordo com as necessidades dos usuários, com garantia de procedimentos eficazes diante do conjunto de problema de saúde identificados. Para tanto, a resolubilidade está vinculada a implantação de novos serviços, equipamentos, a adoção de novas tecnologias, a reorganização do processo de trabalho, entre outras estratégias/procedimentos a serem adotados.³

Os idosos é outro estrato populacional de usuários que requerem um olhar com mais atenção, em virtude de sua condição de maior vulnerabilidade, em relação à sua segurança. O idoso hospitalizado tende a perder sua principal referência em relação ao ambiente, em razão da carga emocional que representa a hospitalização, a preocupação com a doença e a exposição de fragilidades próprias de sua condição, assim como as necessidades de adaptação a novas rotinas.

A segurança física está relacionada a adaptações ambientais e administrativas, que inclui o uso de grades nas camas, piso antiderrapante, barras e sistema de abertura das portas nos banheiros e permanência de acompanhante durante a internação. Portanto, o estabelecimento de diagnóstico de riscos e prescrição de cuidados específicos a estes usuários precisam considerar as particularidades da população idosa.^{3,4}

Um dos principais riscos aos idosos internados refere-se a quedas, principalmente aqueles que possuem algum tipo de alteração neurológica, mobilidade física prejudicada, extremos etários, alterações fisiológicas e efeitos adversos das condições ambientais. As internações mais frequente dos idosos são decorrentes de doenças cardiovasculares, endócrinas, neurológicas, neoplásicas, renais/urinárias, doenças do trato gastrointestinal, respiratórias e reumatológicas.^{4,5}

Os pacientes idosos com doenças de origem neurológica apresentam alterações do nível de consciência e sensoriais, mobilidade prejudicada, hipotensão ortostática, história prévia de quedas e alterações vesicais ou intestinais, fatores que os tornam mais suscetíveis às quedas, lesão por pressão e infecção. Os pacientes com distúrbios cardiovasculares apresentam riscos de queda, em razão do débito cardíaco diminuído, o que pode levar à diminuição do fluxo cerebral e ao declínio cognitivo, considerado fator de risco para queda. Outros sintomas característicos das doenças cardiovasculares são: tontura, vertigem, dispneia e náuseas, que também podem influenciar para a ocorrência de quedas em idosos.⁵

As quedas de idosos que ocorrem nos hospitais, normalmente são da própria altura, no turno da noite, no quarto ou no banheiro, muitas vezes, com a presença de acompanhantes e com deambulação do paciente sem as medidas preventivas. Entre os casos de queda avaliados pelos autores, os fatores de riscos que tiveram maior prevalência e índice de quedas constam aqueles pacientes em uso de medicação que altera o sistema nervoso central, maiores de 60 anos, dificuldade de marcha, pacientes em uso de benzodiazepínicos, sedativos e hipnóticos.⁶

Outro fator refere-se aos riscos de infecção em idosos hospitalizados, cuja média de exposição a riscos foi de 13,4%, enquanto que a média geral entre todos os pacientes não idosos internados foi de 10,1%. Neste estudo, repete-se o acima descrito⁵, expondo que causas de internação de idosos estavam relacionadas a doenças neurológicas, cardiovasculares, infecções e sepse, gastrointestinais e ortopédicas. O tempo médio de permanência de idosos com infecção no hospital foi de 24 dias, enquanto a média sem infecção foi de 9 dias, ou seja, idosos com infecções, permanecem em torno de mais 15 dias.⁷

Estudos⁷ evidenciam que 21,7% dos idosos apresentaram 2 sítios, 5,6% até três sítios e 1,2%, tiveram até 4 sítios de infecção. Entre os sítios, salientam-se as infecções respiratórias,

urinárias e infecção do sítio cirúrgico. Em média, os primeiros sítios foram identificados 8 dias após a internação, o segundo ocorreu com uma média de 19, para aqueles que tinha 4 e 5 sítios de infecção, estas ocorreram entre 30 e 43 dias de internação. O estudo mostra índices mais elevados de infecções entre os idosos, tal fato indica que estes são mais vulneráveis a contrair infecções nosocomiais.⁷

Embora a portaria ministerial preconize o desenvolvimento de segurança do paciente, independente de situação clínica ou faixa etária, o estudo se justifica pela necessidade de conhecer e analisar as estratégias de segurança preconizada e desenvolvido para com os idosos na atenção básica e nos serviços hospitalares, assim como procurar conhecer as especificidades de riscos, rever e conceber ações de segurança na atenção a usuários idosos significam um importante avanço na qualificação dos serviços de saúde.

A questão de pesquisa busca elucidar: Como ocorre a gestão de ações de segurança instituídos e implementados na assistência aos pacientes idosos que são atendidos nas unidades básicas de saúde, centros de atenção psicossocial e nos serviços hospitalares. Assim sendo, o objetivo deste estudo foi de identificar as estratégias de segurança aos pacientes idosos que atendidos em unidades básicas e serviços hospitalares, na concepção de enfermeiros.

2 METODOLOGIA

Estudo de abordagem qualitativa, descritiva desenvolvido em dois municípios da região norte/noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Os sujeitos da pesquisa foram enfermeiros atuantes em unidades básicas de saúde e em instituições hospitalares. A coleta de foi realizada por meio de entrevistas gravadas digitalmente, com perguntas semi-estruturadas, as quais foram previamente agendadas em locais e horários distintos. A primeira pergunta versava sobre as estratégias de segurança aos usuários Idosos que são adotadas na unidade de trabalho e como ocorrem ações destinadas à segurança dos usuários idosos.

A amostra foi do tipo intencional, a qual tem por base a crença de que o conhecimento dos pesquisadores sobre a população pode ser utilizado para selecionar os membros da amostra.⁸ Consideraram-se como critérios de inclusão: Utilizou-se como critério de inclusão: estar na função a mais de seis meses, trabalharem em unidades básicas de saúde e unidades hospitalares que atendessem idosos.

Para a apreciação e interpretação dos dados, utilizou-se o método da análise temática. A organização da análise está cronologicamente, composta por: pré-análise com a exploração do material, tratamento dos resultados, a inferência, e a interpretação. A codificação e a

categorização.⁹ Os dados foram considerados saturados por unidade pesquisada, quando se averiguou que os tipos de enunciados estavam suficientes e a coleta de novas entrevistas, supostamente, não agregariam novos elementos para a discussão em relação aos dados já existentes.¹⁰

A partir da análise empírica das respostas, emergiram três categorias temáticas: segurança na prevenção de quedas; segurança na administração e uso da medicação e prevenção na formação de lesão por pressão. Todos os aspectos éticos foram observados, conforme a legislação em vigor. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob o Parecer Consubstanciado nº 1.416.141. Em razão da garantia de manutenção do sigilo e anonimato, os participantes estão identificados pelo código que mescla letras e números. Para os entrevistados que trabalham no hospital, utilizamos o código E (enfermeiro) H (hospital), com o numeral correspondente. Para os entrevistados da atenção básica, utilizamos o código E (enfermeiro) e AB (atenção básica) com sequência numérica conforme a identificação.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes do estudo são dois enfermeiros e vinte e seis enfermeiras. Destes quatorze são solteiros, dez casados, dois em união estável e dois divorciados. A média de idade é de trinta e três anos, o tempo de formados é de treze anos e o tempo de atuação é dez anos. Os participantes do estudo engajaram-se em programas de pós-graduação *latu sensu* em áreas saúde da família (7); Saúde pública (6); Urgência e emergência (5); Saúde coletiva (4), Gestão pública de saúde (3), Educação em Saúde (3); Saúde do trabalhador (2); Terapia intensiva (2); Administração hospitalar, Saúde do idoso, Gerenciamento em enfermagem, Segurança no trabalho (1); materno-infantil (1), Saúde mental (1), respectivamente. Somente três entrevistados fizeram algum tipo de atividade educativa, seja curso, capacitações ou equivalentes na área de segurança do paciente.

Mostra o estudo, que a legislação e a rede de segurança do paciente ainda não adentraram efetivamente nos serviços de saúde, na qual se realizou a pesquisa. Os cuidados com a segurança do paciente, não segue os protocolos recomendados. Embora diminuto, os enfermeiros atuantes nestes serviços realizam algum tipo de medida para a segurança do paciente idoso. O estudo permitiu a construção de três categorias: 1) A prevenção de quedas, 2) segurança na administração e uso da medicação e a 3) prevenção das lesões por press.

Segurança na prevenção de prevenção de quedas

O cuidado com o idoso hospitalizado carece de pessoas especializadas e efetivamente comprometidas e dispostas a estabelecerem vínculos. O cuidado, portanto, para ser efetivo, precisa transcender as habilidades técnicas e incluir ações como a intencionalidade, o envolvimento e a vontade, como forma de estabelecer vínculos.^{4, 7} Entre os cuidados gerais e específicos aos idosos, incluem os riscos de quedas, tanto nos serviços hospitalares, quanto na atenção básica. Os cuidados com a segurança do paciente idoso no entendimento de enfermeiros são assim destacados:

Que é procurar ter certa paciência porque eles têm uma dificuldade de deslocamento, de acomodação na maca. Eles precisam de auxílio pra levantar e sentar, ou às vezes até, em cadeira de rodas e após fazer alguma medicação, também a gente tem que ter todo um cuidado, enfim, porque eles são mais frágeis. E2AB2

Agente tem cadeira de rodas, as escadinhas que a gente vai fazer as manobras, a gente sempre fica alguém perto caso tenha risco de queda ou coisa assim, ou maca, eles não ficam sozinhos. E5AB2

Os pacientes idosos da mesma forma também a questão de abordar questões num local privado tem toda a questão de tapetes porque é também uma questão de segurança de evitar quedas e tudo o mais E7AB2

Então a gente mantém sempre um familiar junto, procura deixar as grades da cama sempre elevadas para evitar o risco de queda. E1H2

Verificar grades nas camas, verificar se a campainha do quarto está funcionando, se for necessário paro familiar chamar. E3H2

A gente sempre orienta para aqueles idosos que tem dificuldade de deambulação ou alguma deficiência que tragam algum acompanhante para facilitar a locomoção dentro da unidade ou se o paciente vir sozinho e a gente identificar essas dificuldades e o risco de acidente a gente utilizará da cadeira de rodas. E7AB1

O índice de quedas entre os idosos brasileiros é significativamente alto. Estudos¹¹ relatam que aproximadamente 20% dos idosos que vivem na comunidade são expostos a quedas a cada ano. Mostra este estudo¹¹ um índice de 77,6% de recorrência de quedas entre os idosos, sendo que esta repetição de quedas é maior em idosos do sexo feminino, faixa etária superior a 70 anos e com baixa escolaridade.

Alguns fatores estão associados ao aumento dos riscos de queda^{2, 7}. Os fatores de riscos podem ser classificados como intrínsecos, extrínsecos e comportamentais^{2,7,12}. Os riscos intrínsecos são decorrentes da própria condição do idoso, entre estas, a idade, capacidade funcional, história prévia de queda, sexo feminino, distúrbios da marcha e equilíbrio, comorbidades, acuidade visual e dificuldades de locomoção^{2,7,12}. Os riscos são maiores em idosos mais velhos, razão do processo de senescência agrega alterações que comprometem o desempenho das atividades motoras¹¹. Os riscos extrínsecos são decorrentes no ambiente em que se encontra o idoso como pisos escorregadios, degraus inadequados, ausência de barra de apoio nos banheiros,

prateleiras inadequadas, roupas e calçados inapropriados, tapetes, iluminação deficiente^{2, 12}. Os riscos comportamentais referem-se à percepção do espaço e a capacidade funcional do idoso.^{2, 12}

Um estudo sobre quedas, realizado com mais de duas centenas de idosos, adscritos a uma Unidade Básica de Saúde, evidencia que os episódios de quedas entre este segmento populacional foram de 68,2% entre mulheres, sendo que a grande maioria apresentava mais de 70 anos de idade. Sendo que as variáveis de gênero, presença de comorbidades, doenças osteoarticulares e diabetes mellitus foram significativamente associadas aos episódios de quedas^{7, 13}. De uma forma especial, destaca-se o sedentarismo como um fator contributivo na elevação dos índices de quedas entre os idosos¹³.

As normas de segurança do paciente^{1,2}, recomenda que no histórico clínico do idoso se incluam: a frequência e os sintomas no momento da queda, lesões e outras consequências. Medicamentos em uso e dosagens, alterações agudas e crônicas de saúde, marcha e equilíbrio, alterações cognitivas, força muscular, acuidade visual, frequência e níveis pressóricos também precisam fazer parte do histórico. Recomenda-se também, a avaliação dos pés e calçados, o uso de bengalas, muletas e andadores, da capacidade de percepção dos idosos.^{1,2}

A prevenção de quedas também está relacionada ao ambiente seguro, para tanto, sugere-se utilizar camas na altura adequada que permita ao idoso apoiar os pés no chão, sistema de travamento de rodas, organização e iluminação adequada, manter os objetos de uso do paciente em locais de fácil acesso, piso de material antiderrapante, limpo e seco, camas e macas com grades de proteção, banheiro com pontos e/ou barra de apoio, cinto de segurança nas cadeiras de roda.²

Tendo com base, as normas de segurança do paciente, recomenda-se que se estabeleça um programa de avaliação de riscos de quedas com a utilização da escala de avaliação de riscos (*Morse Fall Scale*); individualizar a prevenção de quedas para cada paciente; a equipe multiprofissional deve ter um papel ativo na prevenção das quedas; informar e orientar pacientes e familiares; orientar o uso de calçados antiderrapantes; desaconselhar o uso de chinelos; estar atentos ao uso de medicamentos como sedativos, antidepressivos, antipsicóticos, anti-hipertensivos. Manter pacientes com riscos de quedas, internados próximos do posto de enfermagem. Indica-se também que pacientes com risco de quedas sejam identificados pelo de pulseira de cor amarela. Indica-se também, que a instituição crie um indicador de quedas a partir de um sistema de notificação e gerenciamento destes eventos adversos.^{2,7}

Segurança na administração e uso da medicação

A utilização segura dos medicamentos constitui-se um dos preceitos mais importantes no que tange a segurança do paciente, em especial aos idosos. O uso dos medicamentos exige conhecimentos específicos, por parte dos profissionais de saúde. Na concepção dos entrevistados, a segurança dos idosos em relação ao uso de medicamentos está vinculada a alguns cuidados. Enfermeiros atuantes na atenção básica referem que:

Colocando sempre questão de saúde e o cuidado com eles, se eles estão tomando corretamente a medicação E1AB1

Para paciente que é crônico que faz uso de medicação, a gente avalia também, mas é neste sentido fazer com que eles se sintam bem dentro da unidade e tentar resolver o problema deles também E3AB1

A gente utiliza bastante o agente comunitário de saúde para ficar passando mais vezes, arrumando as caixinhas pra colocar as medicações separadas, tudo isso a gente tenta ter um cuidado pra auxiliar eles na forma correta de tomar a medicação, confere a data de validade, tem que ter sempre um cuidado se faz mais de um mês que a pessoa não vem busca a medicação deve-se ir lá para ver porque a pessoa não está vindo mas isso mais os que não tem cuidador, E4AB2

Ter o cuidado com as medicações também, sempre orientando o familiar para aquele idoso que toma medicação contínua em casa e quando o medicamento não tem no hospital pelo hospital não fazer uso que esse familiar traga esse medicamento para que o idoso não fique sem e não haja falhas no tratamento, usando no mesmo horário E6H1

O uso correto de medicamentos por idosos na atenção básica, precisa ser de conhecimento do usuário ou familiar, principalmente no que tange a indicação, dosagem e horários. A falta de informações dos profissionais de saúde aos pacientes pode trazer sérias consequências, inclusive com o agravamento do quadro clínico, razão que muitos pacientes fazem uso de mais de um medicamento.^{13, 14} Estudos ¹⁴ com mostra que aproximadamente 50% dos usuários idosos apresentaram um nível de compreensão considerado insuficientes no que tange ao uso de medicação, incorrendo em riscos sobre a efetividade terapêutica. A dificuldade de compreensão por parte dos idosos sobre o uso racional de medicamentos pode comprometer a efetividade terapêutica e até incorrer em riscos a segurança do paciente.^{13, 14}

Outro fator a ser destacado refere-se a não adesão ao tratamento farmacológico por parte dos idosos. Entre as causas para não adesão de medicamentos constam das dificuldades com a leitura de bulas e instruções da medicação, esquema posológico, acesso aos medicamentos e esquecimento das doses. O déficit cognitivo é outro fator de risco ao uso da medicação por idosos.¹¹ Entre usuários idosos com déficit cognitivo que residem sozinhos o índice de não adesão ao tratamento é ainda maior.^{2, 13, 15}

O efetivo acompanhamento por parte dos cuidadores e familiares é fundamental para adesão ao tratamento farmacológico, principalmente em idosos com déficits cognitivos.¹⁵ Estudos¹⁶ mostram que o passar dos anos, os idosos apresentam declínio cognitivo, que podem impactar na manutenção de sua capacidade funcional e, também, na sua autonomia. Medicamentos em uso por idosos em desacordo com a prescrição, podem reduzir os benefícios terapêuticos e, também, aumentar os riscos de eventos adversos. Pacientes e acompanhantes tem um papel preponderante para o uso seguro de medicamentos, razão que estes precisam ter conhecimentos sobre os medicamentos, doses, presença de alergias.^{2,11}

Contudo, a segurança do paciente em uso de medicamentos transcende o cuidado com a não adesão. Os erros associados à prescrição, dispensação e administração. São considerados fatores potenciais de riscos de eventos de adversos, os medicamentos com grafias semelhantes, letra ilegível, uso de siglas e abreviaturas.² Na atenção básica, usuários e familiares precisam de acompanhamento e monitoramento da equipe multidisciplinar, são indispensáveis na prevenção de eventos adversos e na geração de segurança.

Até um acesso venoso a gente tem mais dificuldade em função permeabilidade das veias, da textura da pele, mas enfim a gente procura fazer aquela assistência E1H1
Como eu falei, identificando sempre o paciente com o nome e na hora da medicação identificar os cinco certos pra evitar qualquer erro E1H2
[...] ter cuidado com a pele do paciente para que no momento que for puncionar para não machucar porque a pele deles é bem mais sensível. E2H1
O paciente idoso tem toda aquela questão da interação medicamentosa E5H2

Estudos¹⁷ evidenciam que os erros na administração de medicamentos são decorrentes da prescrição incompleta (dose, via, intervalo), omissão por falta de medicação na instituição, falhas no aprazamento e intervalos de doses, prescrição de medicação na padronizada, administração de medicamentos suspensos, dose extra, nome do medicamento ilegível, omissão, atraso, administração de medicamento em paciente alérgico. Denota o estudo, que a fase prescrição é etapa mais aguda em relação aos eventos adversos.¹⁷

Embora a atenção básica e os serviços hospitalares sejam serviços distintos as regras de segurança devem ser obedecidas, para tanto, entre tantos cuidados a serem observados, recomenda-se a utilização da regra dos ‘nove certos’, a implementação de protocolos clínicos a serem observados pela equipe multiprofissional, ler atentamente os rótulos cada vez que um medicamento é acessado e novamente antes de ser administrado, tomar cuidado com as interações medicamentosas, não associar mais de um fármaco na seringa ou bureta.²

Quanto ao horário, utilizar a regra limitante dos 30 minutos antes ou após o tempo aprazado. Esta regra não se aplica em situações tais como a primeira dose, dose única,

administração pré-operatória de antibiótico, sedação pré-procedimento, medicamentos de uso concomitante ou sequencial. Importa também, padronizar as prescrições, a dispensação, a preparação, a administração, e armazenamento. Implantar práticas de dupla checagem na dispensação, preparo e administração. Retirar dos ambulatórios soluções concentradas de eletrólitos, em especial o cloreto de potássio injetável. Incluir o cuidado com a administração de medicamentos nos currículos dos cursos e nas capacitações.² A cultura de segurança tem como base, valores individuais e coletivos, a adoção de atitudes e competências e, principalmente, o compromisso com a segurança nas instituições de saúde.¹⁸

A gestão e administração de medicamentos são vez mais complexas, na organização da assistência aos pacientes e conseqüentemente demandam mais trabalho das equipes de enfermagem. O transporte, a organização, o armazenamento, preparo e a administração chegam a consumir 40% do tempo de trabalho da equipe de enfermagem e representam uma das mais importantes atividades das escalas de mensuração e da carga de trabalho. A relação de quantidade de pessoal é determinante na minimização de riscos, razão que as áreas em que a alocação de pessoal é adequada, os índices de eventos adversos são menores.¹⁸

Prevenção de formação de lesão por pressão

Os idosos apresentam alterações celulares, moleculares e fisiológicas que interferem na integridade da pele. O extremo etário associado a outros fatores tais como a desnutrição, uso de alguns medicamentos e principalmente a restrição de mobilidade, são fatores determinantes na formação das lesões por pressão. Para os entrevistados, a segurança dos pacientes idosos nos serviços de saúde, envolve uma série de cuidados.

Nesta unidade a gente tem bastante paciente idoso, então a gente faz toda a parte de cuidados, atenção, segurança, proteção. Coloca colchão piramidal, coloca acolchoamento de mãos, de pés de forma que ele se sinta confortável. Porque muitos idosos, quando chegam já vem com escaras, já vêm com algumas lesões de eles estarem acamados. E3H2 Mudança de decúbito também é bastante importante. Aqui eles ficam menos tempo, então essa questão de mudança de decúbito nos outros setores eu acho que tem ser também bem trabalhada E5H2

É uma coisa a se pensar mesmo, questões de segurança que a gente não oferece e não tem e nem cursos. Acho que isso é uma lacuna que tem a gente não passa por isso, é muito pouco. A não ser que você venha buscar do teu interesse. Mas isso não é ofertado pra gente que trabalha na rede pública, acho que é uma coisa que é falho, de segurança. E3AB2

Os cuidados que a gente aprende durante a graduação, banho de leito, cuidado com as escaras, mudanças de decúbito. E6H2

A qualidade da assistência de enfermagem é essencial na prevenção das lesões por pressão. A prevenção das lesões por pressão parte de protocolos de avaliação de riscos, proteção, promoção

da integridade da pele, cuidados com a nutrição, redução da exposição a superfícies. Idosos tendem a desenvolver mais lesões em relação à população mais jovem, principalmente, em decorrências do estado geral e da presença de comorbidades.^{2,19}

As lesões por pressão são causadas pela interrupção de suprimento sanguíneo, normalmente, provocadas por pressão, cisalhamento ou fricção ou pelo conjunto destes fatores. Contribuem para ao agravamento das lesões a idade, comorbidades, estado nutricional, hidratação, mobilidade e níveis de consciência. As lesões são de difícil cicatrização e reincidentes. A prevenção inclui o uso de colchão piramidal, colchão bi-articulado (água e ar), almofadas, colchão de ar, mudança de decúbito, hidratação da pele, uso de ácidos graxos essenciais.^{2,20}

As lesões por pressão constituem-se em um dos principais eventos adversos encontrados nos serviços de saúde. As medidas de prevenção incluem o estabelecimento de protocolos institucionais de avaliação de risco (escala de Braden para adultos e Braden Q para crianças), prevenção e tratamento. Utilizar o horário do banho para avaliar as condições da pele, hidratar a pele seca, manter lençóis secos e sem saliências e dobraduras, individualizar o reposicionamento com afixação de escala de horários e posições próximos ao leito paciente, preferentemente incluir o acompanhante do paciente neste planejamento. Decúbito elevado acima de 30 graus favorece a fricção e cisalhamento da pele, se possível alternar períodos no leito e na poltrona.²

Os dispositivos (cateteres, sondas, colares cervicais, talas, materiais de fixação, cabo de monitores, traquéias de ventiladores) utilizados durante o tratamento possibilitam a formação de lesões por pressão. Desenvolver programas de educação permanente em saúde para a equipe multidisciplinar.² A fixação de curativos, cateteres e outros dispositivos precisam ser bem avaliados, razão que pode trazer sérios riscos de lesão da pele.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A segurança e a qualidade em saúde são temas inseparáveis. A segurança, portanto, consiste na modelagem dos riscos, na redução de atos inseguros nos processos assistenciais e no uso das melhores práticas, garantindo o melhor resultado possível e, conseqüentemente, a qualificação da atenção.

A portaria que institui o Programa Nacional de Segurança Paciente, traz uma série de preceitos e estratégias, que utilizado de forma efetiva, pode efetivamente reduzir os riscos, os eventos adversos e os danos aos usuários dos serviços de saúde, em especial dos idosos. Dentre os profissionais da equipe multidisciplinar, evidencia-se que a enfermagem procura assumir o

protagonismo na geração de segurança, o que é válido, contudo, a segurança do paciente envolve todos os profissionais, os familiares e o próprio paciente, dependendo de suas condições.

Mostra o estudo, que a maioria dos enfermeiros não conhece e não aplicam as regras de segurança, embora tímidas, as iniciativas são válidas, contudo, se utilizassem as regras propostas os resultados poderiam se bem melhores. Não era objetivo do estudo, porém, transparece que os enfermeiros atuantes na atenção básica e nos serviços hospitalares, no que se refere ao segmento pesquisado, estão distanciados de novos conceitos e estratégias tão importantes para a qualificação da assistência em saúde. O objetivo estudo foi de identificar as estratégias de segurança aos pacientes idosos que atendidos em unidades básicas e serviços hospitalares, na concepção de enfermeiros, que é evidenciado por resultados parcos e assistemáticos estratégias para segurança dos usuários.

A segurança é interesse de todos os envolvidos no processo de saúde e doença, para tanto, os segmentos envolvidos, sejam profissionais de saúde, docentes e discentes, gestores e controle social, assim como as instituições de saúde, coordenadorias de saúde, instituições formadoras são responsáveis de cogitar, propor e desenvolver ações de segurança seja individualmente, embora se ratifique a necessidade de ações coletivas e integrativas entre todos os segmentos envolvidos. Ratificam alguns dos respondentes do estudo, que não há iniciativa pessoal e/ou institucional nos respectivos serviços a que pertencem. Todavia, nas academias, mais especificamente na enfermagem, muitos cursos já inseriram a proposta de segurança do paciente no rol de seus conteúdos.

Há se ratificar que a implantação de programas de segurança precisa ser desenvolvida institucionalmente de forma ampliada, razão que se necessita rever a estruturação, a organização e de forma especial, o processo de trabalho. Portanto, a adoção de programas educativos é primordial para a obtenção dos resultados.

As propostas de segurança do paciente, no que se refere a questão das quedas, do uso medicação e na prevenção das lesões por pressão, na atenção básica e hospital, em razão de suas peculiaridades precisa ser programa de forma diferenciadas, fato decorrente da estruturação, organização e processo de trabalho diferenciados. Fato, que enquanto o idoso estiver hospitalizado a enfermagem está mais presente, enquanto que na atenção básica depender-se-á dos familiares, neste caso precisar-se-á investir em educação em saúde. Implantar núcleos/comitês/comissões de segurança do paciente, qualifica os trabalhadores e as instituições de saúde e ainda, proporciona aos usuários uma atenção mais efetiva, segura e qualificada.

Por fim, denodadamente, evidencia-se que o estudo apresenta limitações, razão que envolveu enfermeiros de dois serviços de atenção básica e dois serviços hospitalares. Contudo, os resultados nos inquiram a refletir: os resultados obtidos são exceção ou sistemáticos? As diminutas estratégias evidenciadas conseguem efetivamente diminuir os riscos? Que razões levam a adoção deste comportamento de distanciamento das diversas propostas de aperfeiçoamento do processo de trabalho em saúde, por parte dos trabalhadores e instituições? São estas e outras pendências intelectuais que nos inquiram a dar continuidade a novas pesquisas nesta área.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria 529. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília (DF) Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/portaria-529>.
2. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente Estratégias para a segurança do paciente : manual para profissionais da saúde / Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. – Porto Alegre : EDIPUCRS, 2013. 132 p.
3. Quinderé PHD, Jorge MSB, Nogueira MSL, Costa LFA, Vasconcelos MGF. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013 ; 18(7): 2157-2166.
4. Prochet TC, Silva MJP, Ferreira DM, Evangelista VC. Afetividade no processo de cuidar do idoso na compreensão da enfermeira. *Rev. esc. Enferm USP*> 2012.; 46(1): 96-102.
5. Izaias EM, Dellaroza MSG, Rossaneis MÂ, Belei RA. Custo e caracterização de infecção hospitalar em idosos. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014; 19 (8): 3395-3402.
6. Luzia Melissa de Freitas, Almeida Miriam de Abreu, Lucena Amália de Fátima. Nursing care mapping for patients at risk of falls in the Nursing Interventions Classification. *Rev. esc. Enferm USP*. 2014; 48(4): 632-640.
7. Correa AD, Marques IAB, Martinez MC, Laurino PS, Leão ER, Chimentão DMN. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. *Rev. esc. enferm. USP*. 2012; 46(1): 67-74..
8. 8. Polit DF, Beck CT. Fundamentos da pesquisa em enfermagem. 7. Ed. Porto alegre: Artmed, 2011.
9. BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70. 2011
10. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo D. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública*. . 2011; 27 (2): 388-394.
11. Abreu DROM, Azevedo RC, Silva AMC, Reiners AAO, Abreu HCA. Fatores associados à recorrência de quedas em uma coorte de idosos. *Ciênc. saúde coletiva*. 2016; 21(11): 3439-3446.
12. Morsch P, Myskiw M, Myskiw JC. A problematização da queda e a identificação dos fatores de risco na narrativa de idosos. *Ciênc. saúde coletiva*. 2016; 21(11): 3565-3574.
13. Santos RKM, Maciel ÁCC, Britto HMJS, Lima JCC, Souza TO. Prevalência e fatores associados ao risco de quedas em idosos adscritos a uma Unidade Básica de Saúde do município de Natal, RN, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* . 2015; 20(12): 3753-3762.

14. Pinto IVL, Reis AMM, Almeida-Brasil CC, Silveira MR, Lima MG, Ceccato MGB. Avaliação da compreensão da farmacoterapia entre idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte, MG, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2016; 21 (11): 3469-3481.
15. Aiolfi CR, Alvarenga MRM, Moura CS, Renovato RD. Adesão ao uso de medicamentos entre idosos hipertensos. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2015; 18(2): 397-404
16. Leite MT, Hildebrandt LM, Kirchner RM, Winck MaT, Silva LAA, Franco GP. Estado cognitivo e condições de saúde de idosos que participam de grupos de convivência. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2012; 33 (4): 64-71.
17. Azevedo Filho FM, Pinho DLM, Bezerra ALQ, Amaral RT, Silva ME. Prevalência de incidentes relacionados à medicação em unidade de terapia intensiva. *Acta paul. enferm.* 2015; 28 (4): 331-336.
18. Magalhães AMM, Moura GMSS, Pasin SS, Funcke LB, Pardal BM, Kreling A. Processos de medicação, carga de trabalho e a segurança do paciente em unidades de internação. *Rev. esc. enferm. USP.* 2015; 49 (spe): 43-50.
19. Pedrosa IL, Silva MSML, Araújo AA, Schwanke CHA, DeCarli GA, Gomes I. Pressure ulcers in elders and in non-elders: a historical cohort study. *Online braz j nurs* . 2014; 13 (1):82-91.
20. Coêlho ADA, Lopes MVO, Melo RP, Castro ME. Idoso e a úlcera por pressão em serviço de atendimento domiciliar. *Rev Rene.* 2012; 13(3):639-49.