



PREMISSAS PARA
SEGURANÇA
NO CUIDADO À
PESSOA IDOSA EM
INSTITUIÇÕES DE
LONGA PERMANÊNCIA

SEVEN

PUBLICAÇÕES ACADÊMICAS
2023

ORGANIZADORAS DO LIVRO

Vilani Medeiros de Araújo Nunes

Ana Elza Oliveira de Mendonça

Premissas para Segurança no Cuidado à Pessoa Idosa em Instituições de Longa Permanência

SEVEN
publicações acadêmicas



Mestrado Profissional
Gestão da **Qualidade**
em Serviços de Saúde

UFERN



 **QualiSaúde®**

EDITORA CHEFE

Profº Me. Isabele de Souza Carvalho

ORGANIZADORAS DO LIVRO

Vilani Medeiros de Araújo Nunes
Ana Elza Oliveira de Mendonça

EDITOR EXECUTIVO

Nathan Albano Valente

PRODUÇÃO EDITORIAL

Seven Publicações Ltda

EDIÇÃO DE ARTE

Alan Ferreira de Moraes

BIBLIOTECÁRIA

Tábata Alves da Silva

IMAGENS DE CAPA

AdobeStok

ÁREA DO CONHECIMENTO

Saúde Coletiva

2023 by Seven Editora

Copyright © Seven Editora

Copyright do Texto © 2023 Os Autores

Copyright da Edição © 2023 Seven Editora



**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Premissas para segurança no cuidado à pessoa idosa em instituições de longa permanência [livro eletrônico] / organização Vilani Medeiros de Araújo Nunes, Ana Elza Oliveira de Mendonça. -- São José dos Pinhais, PR : Seven Events, 2023. PDF

Bibliografia.
ISBN 978-65-84976-32-0

1. Idosos - Cuidados 2. Idosos - Saúde pública
3. Instituições de saúde I. Nunes, Vilani Medeiros de Araújo. II. Mendonça, Ana Elza Oliveira de.

23-151471

CDD-610

 10.56238/presegcuipidoso-000

Índices para catálogo sistemático:

1. Idosos : Assistência domiciliar e qualidade de vida : Ciências médicas 610

Tábata Alves da Silva - Bibliotecária – CRB - 8/9253

Editora Seven

E-mail: contato@sevenevents.com.br

Site: <https://www.sevenevents.com.br/editora>

EDITOR CHEFE

Profº Me. Isabele de Souza Carvalho - Universidade Federal do Paraná

EDITOR DE REDAÇÃO

Nathan Albano Valente

CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. Pedro Henrique Ferreira Marçal. Universidade Vale do Rio Doce

Prof. Msc. Adriana Barni Truccolo- Universidade Estadual do Rio Grande do Sul

Prof. Msc. Marcos Garcia Costa Moraes- Universidade Estadual da Paraíba

Prof. Dra. Mônica Maria de Almeida Brainer - Instituto Federal Goiano Campus Ceres

Prof. Me. Caio Vinicius Efigenio Formiga - Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Prof. Me. Egas José Armando - Universidade Eduardo Mondlane de Moçambique.

Profª Drª. Ariane Fernandes da Conceição- Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof. Dr. Wanderson Santos de Farias - Universidad de Desarrollo Sustentable

Profª Drª. Maria Gorete Valus -Universidade de Campinas



Mestrado Profissional
Gestão da Qualidade
em Serviços de Saúde

UFERN



QualiSaúde®

Comitê Científico

Membros:

Ana Elza Oliveira de Mendonça (UFRN/Brasil)

Adriana Catarina de Souza Oliveira (Universidade Católica de Murcia/Espanha)

Gilson de Vasconcelos Torres (UFRN/Brasil)

Mayara Priscilla Dantas Araújo (UFRN/Brasil)

Susana Cecagno (UFPEL/Brasil)

Thaiza Teixeira Xavier Nobre (UFRN/Brasil)

Ricardo Filipe da Silva Pocinho (Instituto Politécnico de Leiria/PT)

Sara Maria de Oliveira Gordo (Instituto Politécnico de Leiria/PT)

Silvia Clara Laurido da Silva (Instituto Politécnico de Leiria/PT)

Vilani Medeiros de Araújo Nunes (UFRN/Brasil)

Zenewton André da Silva Gama (UFRN/Brasil)

Comitê Editorial de Revisão Técnica

Membros:

Alana Monteiro Bispo da Silva (UNP/Brasil)

Alcides Viana de Lima Neto (FACISA/UFRN/Brasil)

Allyne Costa Siqueira (UFRN/Brasil)

Ana Elza Oliveira de Mendonça (UFRN/Brasil)

Angelo Maximo Soares de Araújo Filho (UFRN/Brasil)

Cecília Olívia Paraguai de Oliveira Saraiva (UFRN/Brasil)

Gilson de Vasconcelos Torres (UFRN/Brasil)

Mayara Priscilla Dantas Araújo (UFRN/Brasil)

Pedro Duarte Ferreira Neto (UFRN/Brasil)

Susana Cecagno (UFRN/Brasil)

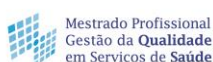
Thaiza Teixeira Xavier Nobre (UFRN/Brasil)

Vilani Medeiros de Araújo Nunes (UFRN/Brasil)

Viviane Peixoto dos Santos Pennafort (UFRN/Brasil)

Zamir Vidal de Negreiros Filho (UFRN/Brasil)

Zenewton André da Silva Gama (UFRN/Brasil)



DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra **DECLARAM** para os seguintes fins que:

1. Não possui qualquer interesse comercial que enseje um conflito de interesses em relação ao conteúdo publicado;
2. Declara que participou ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente nas seguintes condições: "a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão; "
3. Certifica que o texto publicado está completamente isento de dados e/ou resultados fraudulentos e vícios de autoria;
4. Confirma a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas;
5. Reconhece ter informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa;
6. Autoriza a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Seven Publicações Ltda.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Seven Publicações Ltda **DECLARA**, para fins de direitos deveres e eventuais acepções metodológicas ou jurídicas, que:

1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, constituindo direito sobre a publicação e reprodução dos materiais. Não se responsabilizando solidariamente na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; Sendo única e exclusivamente responsabilidade do (s) autor (es) a verificação de tais questões autorais e outras, se eximindo portando a Editora de eventuais danos civis, administrativos e penais que surjam.
2. Autoriza A DIVULGAÇÃO DA OBRA, pelo (s) autor (es) em palestras, cursos eventos, shows, meios midiáticos e televisivos, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial, com a apresentação dos devidos CRÉDITOS a SEVEN EVENTOS ACADÊMICOS, podendo ser responsabilizado o autor (es) e divulgadores pela omissão/apagamento de tais informações;
3. Todos os e-book são open access, desta forma não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de e-commerce, ou qualquer outro meio virtual ou físico. Sendo, portanto, isenta de repasses de direitos autorais aos autores, vez que o formato não enseja demais direitos que não os fins didáticos e publicitários da obra que podem ser consultados a todo momento.
4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro;
5. A Seven Eventos Acadêmicos, não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra, em conformidade ao Marco Civil da Internet, a Lei Geral de Proteção de Dados e a Constituição da República Federativa.



APRESENTAÇÃO

A população brasileira, seguindo uma tendência mundial, vivencia o aumento na quantidade de pessoas idosas e maior longevidade. Essa perspectiva aponta para a necessidade de novas estratégias que garantam aos longevos maior qualidade de vida. Nessa perspectiva, as instituições de atendimento à pessoa idosa vêm se tornando uma alternativa para as famílias que ficam impossibilitadas de oferecer os cuidados necessários, que requer uma estrutura física adaptada, de profissionais habilitados e assistência de maior complexidade, atendimento este que muitas vezes, fica limitado na residência familiar.

Considerando as diversas situações de vulnerabilidade em que a maioria das pessoas idosas institucionalizadas se encontra e relacionando a temática do cuidado ofertado e dos aspectos referentes à segurança, o Grupo Longeviver - Observatório do Envelhecimento Humano, integrante do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde (Ppgqualisaúde), ambos sediados no Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), idealizou a proposta e acreditou no desafio. Todos os capítulos foram submetidos a um procedimento de avaliação técnico-científica por pares para essa finalidade a partir de um checklist contendo normas padronizadas. Destacamos ainda a valorosa participação de colaboradores da Rede Internacional de Pesquisa Brasil, Portugal e Espanha sobre Vulnerabilidade e Saúde da Pessoa Idosa sediada na UFRN que integra parceiros em nosso livro com participação de docentes, discentes e profissionais dos diversos cenários da atenção à pessoa idosa.

O livro proporciona ao leitor o acesso à informação compartilhada sobre a temática da segurança ao cuidado à pessoa idosa, escrito pelo esforço de uma equipe composta por docentes, discentes de graduação e pós-graduação, investigadores, profissionais da área do envelhecimento e colaboradores. Foram dias de trabalho intenso que resultaram que sinalizam orientações básicas que julgamos útil para todos àqueles a quem dedicamos e que necessitam de cuidados diários.

O conteúdo apresentado visa oferecer orientações sobre as premissas relacionadas aos aspectos da segurança direcionada ao cuidado às pessoas idosas residentes em estruturas residenciais denominadas de Instituições de Longa Permanência (ILPI), que



começaram a ganhar relevância política nos últimos vinte anos. Foi elaborado a várias mãos por diferentes profissionais da área do conhecimento na perspectiva de ser recomendado para todas as pessoas que se interessam pelo tema e que procuram no livro, informações relevantes na compreensão da necessidade de se aproximar dessa temática para cuidadores, profissionais e acadêmicos da área da saúde, como também gestores de instituições de acolhimento e familiares interessados em proporcionar um cuidado mais aprofundado à pessoa idosa.

O livro está dividido em 16 capítulos que incluem diferentes aspectos relacionados à cultura de segurança no processo de envelhecimento humano no cenário das ILPI, com destaque na segurança e qualidade do cuidado às pessoas idosas nas diversas dimensões, desde abordagens para prevenção de riscos, promoção da saúde, rastreio e perspectivas futuras de uma saúde melhor.

Com o trabalho pronto a ser explorado pelo leitor, os agradecimentos devem ser estendidos a todos os colaboradores internos e externos à UFRN que acreditaram na realização de mais um desafio acadêmico. Por fim, agradecemos a toda equipe do Grupo Longeviver, composta por pesquisadores, docentes e discentes de variados cursos de graduação e pós-graduação da UFRN que, mesmo diante das dificuldades, acreditaram na possibilidade de concretizarmos esse sonho e aceitaram o desafio de elaborarmos esse material tão rico.

Por fim, a publicação deste livro certamente permitirá a ampliação do conhecimento de todos sobre a importância da multidimensionalidade do envelhecimento humano, bem como diversas formas e modos de cuidado à população idosa, que é sem dúvidas a que mais cresce no Brasil e no mundo.

Divulguem nosso Grupo Longeviver/UFRN no Instagram: @grupolongeviver_ufrn) a sua análise crítica e o seu comentário, pois motivará o aprimoramento para futuras publicações. Seguimos aprendendo e buscando dias melhores e políticas públicas efetivas e implementadas direcionadas às garantias dos direitos das pessoas idosas.

Prof^a. Dr^a. Vilani Medeiros de A. Nunes

Prof^a. Dr^a. Ana Elza Oliveira de Mendonça

Organizadoras



SOBRE OS AUTORES

Vilani Medeiros de Araújo Nunes

Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Professora Associada do Departamento de Saúde Coletiva (DSC/UFRN). Líder do Grupo Longeiver - Observatório do Envelhecimento Humano. Docente do Programa de Pós-graduação em Gestão da Qualidade dos Serviços de Saúde (PPGQualisaúde/UFRN). Membro da Rede Internacional de Pesquisa sobre Vulnerabilidade, Saúde, Segurança e Qualidade de Vida do Idoso: Brasil, Portugal e Espanha. Pós Doutorado em Gerontologia (Universidade Évora- PT). E-mail: vilani.nunes@ufrn.br

Ana Elza Oliveira de Mendonça

Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Docente do Departamento de Enfermagem (DENF/UFRN) e do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (PPgSCol/UFRN) e do Mestrado Profissional Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde (PPGQualisaúde/UFRN). Vice-líder do Grupo Longeiver - Observatório do Envelhecimento Humano. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa QualiSaúde. Membro da Rede Internacional de Pesquisa sobre Vulnerabilidade, Saúde, Segurança e Qualidade de Vida do Idoso: Brasil, Portugal e Espanha. E-mail: ana.elza.mendonca@ufrn.br

Adriana Catarina de Souza Oliveira

Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva pelo Centro São Camilo. Mestrado em Gestão da Qualidade dos Serviços de Saúde pela Universidade de Murcia (Espanha). Doutorado em Saúde Pública pela Universidade de Murcia. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Católica de Murcia. Membro da Rede Internacional de Pesquisa sobre Vulnerabilidade, Saúde, Segurança e Qualidade de Vida do Idoso: Brasil, Portugal e Espanha. E-mail: acatarina@ucam.edu

Alana Monteiro Bispo da Silva

Nutricionista, Graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Especialista em Nutrição Esportiva (Estácio de Sá). Mestre em Educação Física (UFRN). E-mail: alanambs@hotmail.com

Albertina Proença Rodrigues Alves

Assistente social pela PUC-SP, Especialista em gerontologia pela CETREDE-CE. Especialista em família - uma abordagem sistêmica Unifor-CE. Especialista em Gestão da Qualidade. Gerente da qualidade e experiência do paciente em um serviço de oncologia de Fortaleza-CE. Mestrando em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: albertinalves@yahoo.com.br

Alcides Viana de Lima Neto

Enfermeiro. Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Professor Adjunto da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi - FACISA/UFRN. E-mail: alcides.viana@ufrn.br

Allyne Costa Siqueira

Graduanda em Odontologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Discente membro do Grupo Longeiver - Observatório do Envelhecimento Humano. E-mail: allynecosta1995@gmail.com

Ana Carolina Patrício de Albuquerque Sousa

Fisioterapeuta pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Mestre em Fisioterapia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e Doutora em Ciências da Saúde (UFRN). Professora titular da Escola Multicampi de Ciências Médicas - UFRN. E-mail: acapas@gmail.com



**Ana Tânia Lopes
Sampaio**

Enfermeira (UFRN); Especialista em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ); Especialista em Acupuntura (ABA). Mestre em Enfermagem (UFRN); Doutora em Educação (UFRN). Pós Doutorado em Saúde Integrativa da Pessoa Idosa (UFRN). Professora do Departamento de Saúde Coletiva (DSC/UFRN); Docente do Mestrado Profissional Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde (PPGQualisaúde/UFRN). Membro da Rede Internacional de Pesquisa sobre Vulnerabilidade, Saúde, Segurança e Qualidade de Vida do Idoso: Brasil, Portugal e Espanha. Fundadora do LAPICS/UFRN; Membro do Conselho consultivo do Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa (CABSIN). E-mail: anatsampaio@hotmail.com

**Angelo Maximo Soares
de Araújo Filho**

Graduando em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Discente membro do Grupo Longeiver - Observatório do Envelhecimento Humano. E-mail: angelomaximojunior@hotmail.com

Cássia Luíse Boettcher

Enfermeira. Mestre em Ciências pela Universidade Federal de Pelotas - UFPel. Especialista em Saúde da Mulher pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS. Enfermeira do Setor de Gestor de Gestão da Qualidade do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas - filial EBSEH. Email: cassia6@gmail.com

**Cecília Olívia Paraguai
de Oliveira Saraiva**

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Especialista em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente pela ENSP/Fiocruz. Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva. Docente do Programa de Pós graduação em gestão da Qualidade dos Serviços de Saúde. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa QualiSaúde. Membro da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente e da Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente - SOBRASP. Email: cecilia.saraiva@ufrn.br

Cristóvão Margarido

Assistente Social, Mestre em Toxicodependência e Patologias Psicossociais e Doutor em Serviço Social. Investigador do Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais. CICS. NOVA-IPLeia, Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Leiria, Portugal. CICS. NOVA-IPLeia. E-mail: cristovao.margarido@ipleiria.pt

**Diana Karla Muniz
Vasconcelos**

Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN. E-mail: dmunizvasconcelos@gmail.com

Dione Lima Braz

Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Chefe da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas. Especialista em Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde pela Faculdade Unyleya. Email: dionelimabraz@gmail.com

**Dijayna de Cássia
Verçosa de Lima**

Mestranda em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Enfermeira no Hemocentro de Alagoas (HEMOAL). Email: dijayna_lima@hotmail.com

**José Felipe Costa da
Silva**

Fisioterapeuta, Mestre em Gestão e Inovação em saúde pela UFRN, Doutorando em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPgSCol/UFRN) pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN.. Email: felipedoshalom@yahoo.com.br



- Flávio Anselmo Silva de Lima** Profissional em Educação Física - Bacharelado. Especialista em Treinamento para idosos. Mestre em Educação Física pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: flavio_ifrn@hotmail.com.
- Francisca Brunna de Carvalho Costa Vasconcelos** Enfermeira. Mestre em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN. E-mail: brunnaccv@gmail.com
- Gabriella Xavier Barbalho Mesquita** Nutricionista - UFRN. Especialista em Atenção Básica pelo Programa de Residência Multiprofissional de Atenção Básica da Escola Multicampi de Ciências Médicas (EMCM)/UFRN. Pesquisadora do 'Projeto Institucional de Inovação Tecnológica para Execução das Políticas Públicas de Desenvolvimento Rural e Agricultura Familiar no RN' - GOVERNO DO RN/FAPERN. E-mail: gabixbm@gmail.com.
- Geórgia Costa de Araújo Souza** Professora do Departamento de Odontologia da UFRN. Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFRN. Mestre em Odontologia pela UFRN. Graduada em Odontologia pela UFRN. E-mail: georgia.souza@ufrn.br.
- Gilson de Vasconcelos Torres** Prof. Titular do Departamento de Enfermagem / UFRN. Coordenador do Grupo de Pesquisa Incubadora de Procedimentos de Enfermagem. Pesquisador do CNPq (PQ1D). Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (CCS/UFRN). Coordenador da Rede Internacional de Pesquisa sobre Vulnerabilidade, Saúde, Segurança e Qualidade de Vida do Idoso: Brasil, Portugal e Espanha. E-mail: gilsonvtorres@hotmail.com
- Irla Milena de Albuquerque Biegging** Fisioterapeuta. Graduada em fisioterapia pela Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP). Especialista em fisioterapia respiratória. Mestranda em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Coordenadora da fisioterapia no setor de urgência, emergência e trauma do Hospital Getúlio Vargas - Recife/PE. E-mail: irlabiegging@hotmail.com
- Jaiane Fabíola Medeiros Silva e Silva** Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Pós - Graduada em Dermatologia em Enfermagem - UFRN. E-mail: jaianefabiola@hotmail.com
- Joyce Wadna Rodrigues de Souza** Enfermeira pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)/PB; Mestra em Gestão da Qualidade nos Serviços de Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN; Doutoranda do Programa de Saúde Coletiva da UFRN. Docente substituta no Curso de Bacharelado em Enfermagem na UFCG, campus Cajazeiras (2020-2021); Atua como Enfermeira Servidora Federal na UFCG, campus Campina Grande - PB. E-mail: wadnajoyce@gmail.com
- Kamilla Sthefany Andrade de Oliveira** Psicóloga e Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Especialista em Educação Permanente em Saúde pela UFRGS/RS e Psicologia da Saúde pelo HUOL/UFRN. Atua na área da psicogerontologia e possui vínculo com a SESAP/RN. E-mail: millasthefany@gmail.com



**Karla
Cristina Giacomini**

Médica geriatra, Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Minas Gerais e Doutora em Ciências da Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz. Atua como geriatra, na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Membro pesquisador do Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento (NESPE-Fiocruz Minas). Coordena a Frente Nacional de Fortalecimento às Instituições de Longa Permanência para Idosos e a Frente Cuidadosa. E-mail: kcgiacomin@hotmail.com

Lívia Maria de Azevedo

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN. Especializanda em Qualidade e Segurança do paciente pelo Sírio Libanes/ PROADI - SUS. Membro Executivo do Núcleo Estadual de Segurança do Paciente do Rio Grande do Norte (NESP/SESAP/RN). E-mail: li.azevedom@gmail.com

Luciana Araújo dos Reis

Doutora em ciências da saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professora Titular da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, do Programa de Pós Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade e do Mestrado em Educação Física. Membro da Rede Internacional de Pesquisa sobre Vulnerabilidade, Saúde, Segurança e Qualidade de Vida do Idoso: Brasil, Portugal e Espanha. Email: luciana.araujo@uesb.edu.br

**Marcia Vieira de
Alencar Caldas**

Arquiteta e Urbanista (UNP). Pós graduada em Tecnologia Assistiva (FELUMA) e em Práticas Pedagógicas no Ensino Superior (UNP). Mestre em Administração (UNP). Membro do Grupo Longeviver - Observatório do Envelhecimento Humano. E-mail: marciacaldasarquiteta@gmail.com

**Maria Aline Gomes de
Oliveira**

Mestranda em gestão da qualidade em serviços de saúde (UFRN). Especialista em qualidade e segurança no cuidado ao paciente (Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa). Gestora de enfermagem no Hospital Rio Grande, Natal/RN e enfermeira no Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel, Natal/RN. E-mail: malingoliveira@gmail.com

**Maria Aparecida de
Albuquerque Fernandes
Ramalho**

Enfermeira. Especialista em Saúde da Família, Vigilância em Saúde e Podiatria Clínica. Mestranda em Gestão da Qualidade dos serviços de Saúde (PPGQualisaúde/UFRN). E-mail: aparecidafernalb@yahoo.com.br

**Maria Eduarda Silva do
Nascimento**

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Membro do Grupo Nepen - Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem em Nefrologia. E-mail: maria.nascimento.016@ufrn.edu.br

**Maria Fernanda
Aparecida Moura de
Souza**

Enfermeira pela Universidade Federal de Pernambuco, especialista em gerência de riscos assistenciais, saúde coletiva, residência multiprofissional em saúde da família. Assessora da Qualidade do Hospital Pelópidas Silveira. Mestranda em Qualidade pelo programa de Mestrado Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde (PPGQualisaude/UFRN). E-mail: mouradesouzam@gmail.com

**Maria José López
Monstesinos**

Profesora Doutora Honoraria de la Facultad d Enfermería. Universidad de Murcia. Espanha. E-mail: mjlopez@um.es



Mayara Priscilla Dantas Araujo

Nutricionista. Especialista em Nutrição Aplicada à Terceira Idade pela Universidade Estácio de Sá (2019). Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPgSCol/UFRN). Doutoranda em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCSA/UFRN). Membro do Grupo Longeiver - Observatório do Envelhecimento Humano. Membro da Rede Internacional de Pesquisa sobre Vulnerabilidade, Saúde, Segurança e Qualidade de Vida do Idoso: Brasil, Portugal e Espanha. E-mail: mayaraaraujonutri@gmail.com

Meiry Fernanda Pinto Okuno

Enfermeira pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Especialização em Enfermagem Gerontológica e Geriátrica (UNIFESP); Mestrado, Doutorado e Pós-Doc em Enfermagem (UNIFESP). Professora Adjunto da Escola Paulista de Enfermagem (UNIFESP). Membro da Rede Internacional de Pesquisa sobre Vulnerabilidade, Saúde, Segurança e Qualidade de Vida do Idoso: Brasil, Portugal e Espanha. -mail: mf.pinto@unifesp.br

Miclécia de Melo Bispo

Mestranda em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Residência Multiprofissional em Saúde - Terapia Intensiva do Adulto no Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL/UFRN). Enfermeira no Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel/RN e no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192 Natal. E-mail: micleciabispo@yahoo.com.br

Míria Mendonça de Moraes

Graduada em Enfermagem (UNP - 2012). Graduada em Saúde Coletiva (UFRN - 2022). Pós-graduada em Enfermagem do Trabalho (FACEN - 2014). Membro do Grupo Longeiver - Observatório do Envelhecimento Humano. E-mail: miriamorais10@gmail.com

Moniky Keuly Marcelo Rocha Lima

Fisioterapeuta graduada pela Faculdade Integrada do Ceará - Pós-graduada em Fisioterapia Respiratória e Cardiovascular (Unifor). Especialista em Auditoria de Sistemas de Saúde (EstácioFic). MBA em Gerenciamento de Processos e Projetos (UniFB). Mestrado profissional PPGQualiSaude (em andamento) - UFRN - Analista de Qualidade e Segurança no Núcleo de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente (NGQS) da Diretoria de Gestão Estratégica e Financeira (DGEF) nas Unidades geridas pelo Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH). E-mail: moniky.cge@gmail.com

Paulo Henrique do Nascimento

Nutricionista. Mestrando em Saúde Coletiva - PPGSCOL pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Coordenador de Sustentabilidade e Projetos Sociais de uma Instituição de Longa Permanência para Pessoas Idosas (ILPI). E-mail: paulo.juventudes@gmail.com

Pedro Duarte Ferreira Neto

Graduando em Odontologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Discente membro do Grupo Longeiver - Observatório do Envelhecimento Humano. E-mail: pedro_duarte_25@yahoo.com.br



**Plínio Braga Linhares
Garcia**

Médico pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Ortopedista e Cirurgião da Coluna Vertebral pelo Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO/RJ). Título em Cirurgia da Coluna pela Sociedade Brasileira de Coluna (SBC). Título em Ortopedia e Traumatologia pela Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT). Mestrando em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: plinio.linhares@hotmail.com

**Renata Galvão Diniz do
Nascimento e Silva**

Doutoranda da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) de Lisboa. Mestrado profissional em Educação Profissional em Saúde na Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio - FIOCRUZ RJ. Graduação em Odontologia (UFRN), Mestre em Educação Profissional em Saúde pela EPSJV - FIOCRUZ/RJ. Especialista em Periodontia - Academia Norte Rio-grandense de Odontologia, Especialista em Saúde Coletiva (UFRN). Especialista em Gestão Pública - FGV, Especialista em Educação a Distância (UFPR). Especialista em Educação Permanente em Saúde (UFRGS). Sanitarista da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte. E-mail: renatagalvaodiniz@gmail.com.

Renata Rocha da Costa

Mestranda em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Especialização em Preceptoría em Saúde (UFRN). Especialização em Atenção Primária à Saúde (Faculdade Pitágoras). Especialização em Formação Pedagógica na Área de Saúde: Enfermagem - PROFAE (FIOCRUZ). Enfermeira da Unidade de Segurança do Paciente no Hospital Universitário Walter Cantídio (CH-UFC/EBSERH) e Enfermeira Assistencial no Instituto Dr. José Frota. E-mail: renatarocha@yahoo.com.br

**Rita de Cássia Azevedo
Constantino**

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Discente membro do Grupo Longeviver - Observatório do Envelhecimento Humano. E-mail: rcconstantino06@gmail.com

**Ricardo Filipe da Silva
Pocinho**

Licenciado em Direito, Doutorado em Processos de Formação pela Universidade de Salamanca e em Psicogerontologia pela Universidade de Valência. Pós-Doc em Ciências da Educação pela Universidade de Coimbra. Professor Adjunto da Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Politécnico de Leiria. Investigador do Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais. CICS. NOVA. IPlEiria. Presidente e Coordenador Científico da Associação Nacional de Gerontologia Social- ANGES. E-mail: ricardo.pocinho@ipleiria.pt

Rochelle Rufino Costa

Enfermeira. Mestre em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte- UFRN. Apoiadora institucional da Fundação Municipal de Saúde de Teresina-PI. Coordenadora do Programa de Medicina Preventiva em uma operadora de plano de saúde. E-mail: rochellerufino@hotmail.com

Rui Duarte Santos

Licenciado em Serviço Social pelo Instituto Superior Bissaya Barreto. Mestre em European Comparative Social Studies, pela Universidade Norte de Londres. Doutor pela Universidade de Turim. Professor Adjunto na Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Leiria (ESECS-IPL), Investigador do CICS. NOVA. IPlEiria. E-mail: rui.d.santos@ipleiria.pt



**Sandra Maria da
Solidade Gomes Simões
de Oliveira Torres**

Enfermeira. Mestre em Enfermagem e Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Vinculada a Estratégia da Saúde da Família Ronaldo Machado, Secretaria Municipal de Saúde de Natal/RN. Membro da Rede Internacional de Pesquisa sobre Vulnerabilidade, Saúde, Segurança e Qualidade de Vida do Idoso: Brasil, Portugal e Espanha. E-mail: sandrasolidade@hotmail.com

**Sara Maria de Oliveira
Gordo**

Psicóloga, Doutoramento em Neuropsicologia Clínica; Mestrado em Psicologia Clínica e Psicoterapias; Licenciatura em Psicologia. Professora Adjunta Convidada na Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Leiria, Portugal. Coordenadora de Respostas Sociais de Serviço de Apoio Domiciliário e Centro de Dia no Centro Social de Carnide. Center for Innovative Care and Health Technology – CiTechCare. Associação Nacional de Gerontologia Social – ANGES. E-mail: sara.gordo@ipleiria.pt

**Silvana Loana de
Oliveira Sousa**

Fisioterapeuta. Doutora em Fisioterapia. Professora da Universidade de Murcia/Espanha. Departamento de Fisioterapia. Membro de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Membro da Rede Internacional de Pesquisa sobre Vulnerabilidade, Saúde, Segurança e Qualidade de Vida do Idoso: Brasil, Portugal e Espanha. E-mail: soliveira@um.es

Sílvia Silva

Assistente Social, Mestranda em Gerontologia Social Aplicada, Diretora Técnica da Associação de Paralisia Cerebral de Braga, Professora Assistente da Escola Superior de Educação e Ciências Sociais. Instituto Politécnico de Leiria. Associação Nacional de Gerontologia Social – ANGES. E-mail: silvia.c.silva@ipleiria.pt

**Silvia Knorr Ungaretti
Fernandes**

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Bolsista de Iniciação Científica PIBIC/CNPQ. E-mail: silviakungaretti@gmail.com

Susana Cecagno

Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Chefe do Setor de Gestão da Qualidade do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas. Pós-doutoranda do Programa de Pós Graduação em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde da UFRN. E-mail: cecagno@gmail.com

**Thaiza Teixeira Xavier
Nobre**

Doutora em ciências da saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professora Associada III da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA/UFRN), do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva e do Mestrado Profissional Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde. Membro da Rede Internacional de Pesquisa sobre Vulnerabilidade, Saúde, Segurança e Qualidade de Vida do Idoso: Brasil, Portugal e Espanha. Email: thaiza.nobre@ufrn.br

**Viviane Peixoto dos
Santos Pennafort**

Enfermeira pela Universidade de Brasília (UnB). Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Enfermeira Nefrologista do Setor de Hemodiálise do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL/UFRN/EBSERH). Docente do Mestrado Profissional Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PPGQualisaúde/UFRN). Membro da Rede Internacional de Pesquisa sobre Vulnerabilidade, Saúde, Segurança e Qualidade de Vida do Idoso: Brasil, Portugal e Espanha. E-mail: viviane.pennafort@ebserh.gov.br



**Zamir Vidal de
Negreiros Filho**

Graduando em Odontologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Discente membro do Grupo Longeiver - Observatório do Envelhecimento Humano. E-mail: zamirvnf@gmail.com

**Zenewton André da
Silva Gama**

Professor do Departamento de Saúde Coletiva da UFRN. Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde (PPGQualiSaúde - UFRN/UMU-Espanha/INSP-México) e Docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSCol/UFRN). E-mail: zenewton.gama@ufrn.br



Mestrado Profissional
Gestão da **Qualidade**
em Serviços de Saúde

UFRN



 **QualiSaúde®**

LISTA DE SIGLAS

ABNT: Associação Brasileira de Normas Técnicas	NSP: Núcleos de Segurança do Paciente
ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária	NUPICS: Núcleo de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
APS: Atenção Primária à Saúde	OMS: Organização Mundial da Saúde
AVD: Atividades de Vida Diária	ONU: Organização das Nações Unidas
CEO: Centros de Especialidades Odontológicas	OPAS: Organização Pan-americana de Saúde
CF: Capacidade Funcional	PCI: Prevenção e Controle de Infecções
CSPI: Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa	PGRSS: Plano Geral de Resíduos Sólidos em Saúde
DM: Diabetes Mellitus	PICS: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
EA: Eventos Adversos	PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
ECA: Enzima Conversora de Angiotensina	PNH: Política Nacional de Humanização
EPS: Educação Permanente em Saúde	PNPIC: Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
eSB: Equipes de Saúde Bucal	PNSB: Política Nacional de Saúde Bucal
ESF: Estratégia de Saúde da Família	PNSP: Programa Nacional de Segurança do Paciente
ERPI: Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas	PNSPI: Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
FIOCRUZ: Fundação Oswaldo Cruz	POP: Procedimentos Operacionais Padrão
FN-ILPI: Frente Nacional de Fortalecimento as ILPI	PROQUALIS: Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente
GM/MS: Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde	RDC: Resolução da Diretoria Colegiada
HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica	SAD: Serviço de Apoio Domiciliário
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	SBAR: Situação, Breve Histórico, Avaliação e Recomendação
ICICT: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde	SNC: Sistema Nervoso Central
ILPI: Instituição de Longa Permanência para Pessoas Idosas	SNVS: Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
IRAS: Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde	SUS: Sistema Único de Saúde
JH-FRAT: Escala de Avaliação do Risco de Quedas	SVS: Sistema de Vigilância Sanitária
LAPICS: Laboratório de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde	UBS: Unidade Básica de Saúde
LPP: Lesão por Pressão	UFRN: Universidade Federal do Rio Grande do Norte
MR: Módulo de Referência	
MS: Ministério da Saúde	
NOTIVISA: Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária	



PREFÁCIO

“Para que seja cuidado, precisa ser seguro.”

A atenção integral à saúde das pessoas, priorizando ações preventivas em relação às curativas, é um princípio da constituição brasileira. Isso envolve um sistema com múltiplos profissionais, especialistas e diferentes tecnologias, atendendo pessoas com histórias e perfis clínicos muito variáveis. Como qualquer sistema complexo, ele terá maior probabilidade de conter falhas.

Falhas de qualidade no cuidado de saúde sejam em ações preventivas ou curativas, têm sido importantes causas de mortalidade globalmente, inclusive superando as causas por problema de acesso aos serviços. Isso tem levado a concluir que a qualidade dos cuidados de saúde funciona como um dos determinantes da saúde das pessoas. Acesso ao cuidado de saúde de baixa qualidade pode ser inefetivo, um desperdício de recursos e até mesmo arriscado.

A definição de qualidade do cuidado tem sido aperfeiçoada durante anos. Desde os pilares da qualidade propostos por Donabedian no final da década de 1980, hoje temos dimensões da qualidade adotadas pela Organização Mundial da Saúde que têm guiado ações para sua melhoria: segurança, efetividade, cuidado centrado nas pessoas, oportunidade, eficiência, equidade e integração.

Neste livro, enfatiza-se a segurança como uma dimensão fundamental da qualidade do cuidado. Para que seja cuidado, precisa ser seguro. Assim, este livro alerta para a necessidade de prestar atenção específica à segurança no cuidado da saúde das pessoas idosas, particularmente daquelas que vivem em instituições de longa permanência. O perfil de multimorbidade e grande exposição a tecnologias e serviços de saúde tornam as pessoas com mais idade vulneráveis a erros e eventos adversos; e seu acesso aos serviços de saúde pode se tornar mortal.

Algumas das premissas para a segurança tratadas neste livro têm a ver com erros relacionados ao uso de medicamentos, falhas na prevenção de infecções (ex. durante a pandemia da Covid-19), risco de quedas e síndrome pós-queda, lesões de pele relacionadas à síndrome de imobilidade, entre outros vários temas que são discutidos com riqueza de detalhes. Também é dada ênfase a medidas preventivas fundamentais como às práticas de segurança



recomendadas e regulamentadas, criação de uma cultura de segurança nas instituições, capacitação de profissionais e ações de gerenciamento de riscos.

Este livro também tem um foco mais abrangente sobre a qualidade do cuidado à saúde da pessoa idosa ao inserir discussões sobre saúde bucal nas pessoas idosas institucionalizadas, práticas integrativas e complementares em saúde e modelos assistenciais alternativos como o de serviços de atenção diurna para este coletivo, em Portugal. Além disso, ainda provoca um tema inovador sobre a criação de Núcleos de Segurança para as Pessoas Idosas Institucionalizadas, uma instância organizacional semelhante aos Núcleos de Segurança do Paciente instituídos pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente.

Este livro é produto de vários anos de trabalho do grupo de pesquisa CNPq/UFRN Longeiver da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, liderado pela professora Dra Vilani Nunes. O grupo tem trabalhado incansavelmente com ações de extensão e pesquisa para a promover cuidados de saúde de melhor qualidade às pessoas idosas. No entanto, vale salientar também que a capacidade de aglutinação de pessoas e de interesses para este livro é graças à participação da professora no Grupo CNPq/UFRN QualiSaúde – Qualidade em Serviços de Saúde da mesma universidade. Este último grupo agrega professores do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde (PPG QualiSaúde), que têm como linhas de pesquisa a melhoria da qualidade em serviços de saúde e a segurança do paciente. A existência desses dois grupos próximos possibilitou juntar muitos dos autores dos capítulos deste livro.

Entretanto, ainda há um longo caminho para a segurança no cuidado às pessoas idosas institucionalizadas. Os desafios para uma atenção integral a este coletivo são inúmeros: falta de política específica, ausência de liderança claramente estabelecida para a qualidade do cuidado, incapacidade organizacional para a melhoria da qualidade, falta de investimento público em garantir o direito à institucionalização nas situações necessárias e o cuidado adequado quando for preciso, invisibilidade de linhas de cuidado vivas que possibilitem uma atenção social e de saúde adequada, bem como ausência de indicadores de qualidade da atenção nestes serviços.

Somos conscientes de que os avanços para a saúde e bem-estar das pessoas idosas institucionalizadas perpassam todos os determinantes sociais da saúde, que precisam ser garantidos mediante ações intersetoriais. No entanto, este livro reforça que o cuidado de saúde também é um determinante importante, sendo preciso que os serviços de saúde ofertados a



essas pessoas sejam livres de falhas na prevenção e na cura de problemas, para que atinjam seu objetivo.

Como dizia a conhecida frase do pediatra inglês Cyrill Chantler, no passado, o cuidado com a saúde era seguro, mas pouco efetivo. Atualmente, ele é altamente efetivo, mas potencialmente perigoso. Este livro pode ajudar os leitores a manter isso em mente e tomar boas decisões ao cuidar de pessoas idosas institucionalizadas.

Todos desejamos longevidade com saúde. Portanto, vida longa aos grupos Longeviver e QualiSaúde!

Natal, março de 2023.

Zenewton André da Silva Gama

Professor do Departamento de Saúde Coletiva / UFRN.



*“Procuro semear otimismo e plantar sementes de paz e justiça.
Eu me esforço para ser cada dia melhor, pois bondade também se aprende.
Mesmo quando tudo parece desabar,
cabe a mim decidir entre rir ou chorar, ir ou ficar, desistir ou lutar;
porque descobri, no caminho incerto da vida,
que o mais importante é o decidir.”*

Cora Coralina





SUMÁRIO

CAPÍTULO 1

SEGURANÇA DO PACIENTE RELACIONADA À PESSOA IDOSA: PERSPECTIVAS FUTURAS

Mayara Priscilla Dantas Araújo, José Felipe Costa da Silva, Maria José Montesinos López, Renata Galvão Diniz do Nascimento e Silva, Thaiza Teixeira Xavier Nobre, Silvana Loana De Oliveira Sousa, Vilani Medeiros de Araújo Nunes e Gilson de Vasconcelos Torres.

  10.56238/presegcuipidoso-001

1-9

CAPÍTULO 2

CULTURA DE SEGURANÇA NO CUIDADO À PESSOA IDOSA EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA

Cecília Olívia Paraguai de Oliveira Saraiva, Dijayna de Cássia Verçosa de Lima, Miclécia de Melo Bispo e Renata Rocha da Costa.

  10.56238/presegcuipidoso-002

10-17

CAPÍTULO 3

METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA NO CONTEXTO DA SAÚDE DA PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA

Albertina Proença Rodrigues Alves, Maria Aparecida de Albuquerque Fernandes Ramalho, Maria Fernanda Aparecida Moura de Souza, Ana Carolina Patrício de Albuquerque Sousa, Plínio Braga Linhares Garcia, Susana Cecagno, Viviane Peixoto dos Santos Pennafort e Vilani Medeiros de Araújo Nunes.

  10.56238/presegcuipidoso-003

18-26

CAPÍTULO 4

IDENTIFICAÇÃO CORRETA NO CUIDADO À PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA

Irla Milena de Albuquerque Biegging, Mayara Priscilla Dantas Araújo, Paulo Henrique do Nascimento, José Felipe Costa da Silva, Adriana Catarina de Souza Oliveira, Gilson de Vasconcelos Torres, Vilani Medeiros de Araújo Nunes e Thaiza Teixeira Xavier Nobre.

  10.56238/presegcuipidoso-004

27-33

CAPÍTULO 5

COMUNICAÇÃO EFETIVA NO CUIDADO À PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA

Moniky Keuly Marcelo Rocha Lima, Mayara Priscilla Dantas Araújo, Vilani Medeiros de Araújo Nunes, José Felipe Costa da Silva, Luciana Araújo dos Reis, Kamilla Sthefany Andrade de Oliveira e Thaiza Teixeira Xavier Nobre.



  10.56238/presegcuipidoso-005

.....34-40

CAPÍTULO 6

SEGURANÇA MEDICAMENTOSA PARA PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA: UMA ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL

Alcides Viana de Lima Neto, Allyne Costa Siqueira, Gabriella Xavier Barbalho Mesquita, Jaiane Fabiola Medeiros Silva e Silva, Kamilla Sthefany Andrade de Oliveira, Lívia Maria de Azevedo e Vilani Medeiros de Araújo Nunes.


  10.56238/presegcuipidoso-006

.....41-51

CAPÍTULO 7

SEGURANÇA E PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA

Ana Elza Oliveira de Mendonça, Angelo Maximo Soares de Araujo Filho, Maria Aline Gomes de Oliveira, Maria Eduarda Silva do Nascimento e Vilani Medeiros de Araújo Nunes.

  10.56238/presegcuipidoso-007

.....52-60

CAPÍTULO 8

PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO NA PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA

Ana Elza Oliveira de Mendonça, Angelo Maximo Soares de Araujo Filho, Maria Eduarda Silva do Nascimento e Rita de Cássia Azevedo Constantino.


  10.56238/presegcuipidoso-008

.....61-68

CAPÍTULO 9

IMPORTÂNCIA DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NO CUIDADO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA

Diana Karla Muniz Vasconcelos, Francisca Brunna de Carvalho Costa Vasconcelos, Mayara Priscilla Dantas Araújo, Rita de Cássia Azevedo Constantino, Zamir Vidal de Negreiros Filho e Viviane Peixoto dos Santos Pennafort.

  10.56238/presegcuipidoso-009

.....69-79

CAPÍTULO 10

DESAFIOS E PERSPECTIVAS DA SAÚDE BUCAL NO CUIDADO À PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA

Allyne Costa Siqueira, Georgia Costa de Araújo Souza, Zamir Vidal de Negreiros Filho e Vilani Medeiros de Araújo Nunes

  10.56238/presegcuipidoso-010

.....80-88



Mestrado Profissional
Gestão da Qualidade
em Serviços de Saúde

UFERN





QualiSaúde®

CAPÍTULO 11

CRITÉRIOS DE SEGURANÇA PARA IMPLANTAÇÃO DE UM NÚCLEO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

Ana Tânia Lopes Sampaio e Joyce Wadna Rodrigues de Souza.



  10.56238/presegcuipidoso-011

.....89-99

CAPÍTULO 12

AMBIENTE SEGURO E ACESSIBILIDADE EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA: ARQUITETURA INCLUSIVA À PESSOA IDOSA

Márcia Vieira de Alencar Caldas, Míria Mendonça de Moraes, Ana Carolina Patrício de Albuquerque Sousa e Vilani Medeiros de Araújo Nunes.



  10.56238/presegcuipidoso-012

.....100-108

CAPÍTULO 13

CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE NA SEGURANÇA DA PESSOA IDOSA EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA

Susana Cecagno, Rochelle Rufino Costa, Cássia Luíse Boettcher, Dione Lima Braz, Meiry Fernanda Pinto Okuno, Silvia Knorr Ungaretti Fernandes e Vilani Medeiros de Araújo Nunes.

  10.56238/presegcuipidoso-013

.....109-116

CAPÍTULO 14

RISCOS SANITÁRIOS NAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPI)

Karla Cristina Giacomini



  10.56238/presegcuipidoso-014

.....117-123

CAPÍTULO 15

PERSPETIVAS PARA O CUIDADO SEGURO EM CENTROS DE DIA PARA PESSOAS IDOSAS: EXPERIÊNCIA EM PORTUGAL

Ricardo Pocinho, Sara Gordo, Silvia Silva, Cristóvão Margarido e Rui Santos.

  10.56238/presegcuipidoso-015

.....124-130



CAPÍTULO 16

NÚCLEO DE SEGURANÇA EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA: É POSSÍVEL?

Vilani Medeiros de Araújo Nunes, Gilson de Vasconcelos Torres, Susana Cecagno, Sandra Maria Soledade Gomes Simões de Oliveira Torres e Ana Elza Oliveira de Mendonça.

  10.56238/presegcuipidoso-016

.....131-137

CONSIDERAÇÕES FINAIS

.....138-139



Capítulo 1

Segurança do paciente relacionada à pessoa idosa: Perspectivas futuras

Mayara Priscilla Dantas Araújo, José Felipe Costa da Silva, Maria José Montesinos Lopéz, Renata Galvão Diniz do Nascimento e Silva, Thaiza Teixeira Xavier Nobre, Silvana Loana De Oliveira Sousa, Vilani Medeiros de Araújo Nunes e Gilson de Vasconcelos Torres.

APRESENTAÇÃO

O Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021-2030, elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) traz o conceito de segurança do paciente, que é descrito como uma estrutura organizacional que contribui para criação de “culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes na área da saúde”, a fim reduzir riscos de forma contínua e sustentável, minimizando erros previsíveis e danos evitáveis (OMS, 2021).

Nos últimos anos, a promoção da segurança do paciente tem sido abordada como uma estratégia fundamental para a qualidade da assistência à saúde. O cuidado seguro em todos os ambientes que cuidam de pessoas idosas, sobretudo, nas Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas (ILPIs) deve ser valorizado como um direito dessas pessoas e um compromisso ético dos profissionais que nelas atuam (CAVALCANTE *et al.*, 2016).

Considerando o envelhecimento da população em todo o mundo, a segurança no cuidado às pessoas idosas trata-se de uma preocupação global de saúde pública. Ela é uma fonte de grande preocupação no cenário atual das ILPIs, que albergam um contingente populacional em crescimento, com demandas complexas de saúde e que apresentam problemas estruturais que podem comprometer a garantia da segurança de seus residentes (RESENDE; QUARESMA; LUCAS, 2021). Sendo assim, isso é considerado uma tarefa difícil dentro das organizações, sobretudo as filantrópicas e públicas.

As ILPIs oferecem serviços de assistência visando a manutenção e melhoria da saúde de seus residentes. Porém, nessas instituições também ocorrem eventos adversos e erros médicos, resultantes do cuidado inseguro e que podem ser evitados pela adoção de práticas seguras e estabelecimento da cultura de segurança na ILPI (ŚWITALSKI *et al.*, 2022).

TRAJETÓRIA DA SEGURANÇA DO PACIENTE

Em 2002, a OMS lançou a "Aliança Global da OMS para a Segurança dos Pacientes" (OMS, 2002). Um relatório apresentado pela OMS (2002) sobre a qualidade do cuidado na segurança do paciente definido como "Estratégias, cultura e consciência de segurança do paciente" já apresentava medidas e estratégias para reduzir eventos adversos evitáveis em ambientes hospitalares e ambientes vulneráveis do

paciente, com o entendimento de que os erros humanos constituem, em grande medida, ações de alto risco para o paciente fora de seu ambiente habitual. Como medidas prioritárias, já era recomendado o estabelecimento de alianças internacionais para fornecer respostas ao problema da "insegurança do paciente".

Como consequência, o relatório do Fórum Nacional de Qualidade (2003), sobre "Práticas Seguras para uma Melhor Saúde", apresenta as recomendações iniciais para a segurança do paciente, apresentando ideias sobre a necessidade de medir e avaliar a cultura de segurança do paciente entre a população, gerentes e profissionais de saúde.

Juntamente a isto, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente reuniu especialistas que visavam a promoção do objetivo da segurança do paciente de "*Primum non nocere*" ("Em primeiro lugar, não prejudicar") e reduzir as consequências adversas sociais e de saúde do cuidado de saúde inseguro. Já no período de 2005 a 2006, foi lançado o desafio global para segurança do paciente com o tema "Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura", e que tinha como finalidade promover a higiene das mãos como método efetivo para a prevenção de infecções (OMS, 2005). Desde 2007 essa temática vem sendo trabalhada no Brasil pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e Ministério da Saúde (MS) em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), envolvendo ações de promoção à saúde e prevenção de infecção em serviços de saúde.

No período entre 2007 e 2008, outro desafio global foi lançado com o objetivo de promover a segurança dos pacientes em procedimentos cirúrgicos (OMS, 2009). Ainda em 2017, foi lançado o terceiro desafio global, com o objetivo de reduzir em 50% os danos graves e evitáveis associados a medicamentos em todos os países e cuja meta era abordar as fragilidades nos sistemas de saúde que levam a erros de medicação e os graves danos que isso pode causar (OMS, 2017).

Nessa perspectiva, o MS lançou, em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o propósito de vencer os desafios na área e com objetivos de contribuir para a qualificação do cuidado e da saúde por meio da criação e implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) (BRASIL, 2013a). Esses, são "instâncias do serviço de saúde criadas para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente" (BRASIL, 2013b).

A segurança do paciente no Brasil é guiada por seis indicadores e protocolos: prevenção de quedas, identificação correta do paciente, cirurgia segura, práticas de higienização das mãos em serviços de saúde, prevenção de lesão por pressão, erros de medicação com foco na prescrição e uso de medicamentos (BRASIL, 2013b). Tais protocolos devem nortear as ações de saúde a fim de garantir a segurança e qualidade do serviço ofertado à população. Porém, sabe-se que um dos maiores desafios dos serviços que contribuem para a melhoria da saúde da população é oferecer uma assistência segura, uma vez que são grandes as chances da ocorrência de erros e eventos adversos que, em sua maioria, são

involuntários e evitáveis, desencadeando com frequência prejuízos à saúde dos pacientes durante a assistência prestada.

COMO AS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA PESSOAS IDOSAS (ILPIs) PODERÃO SER INSERIDAS NO CONTEXTO DA SEGURANÇA DO PACIENTE?

É fato que existem relatórios em outros países, como é o caso da Espanha, sobre o direito ao cuidado das pessoas idosas, apresentando em seu conteúdo as diferentes dimensões e contextos do cuidado a essas pessoas, assim como os processos de mau desempenho que geram consequências adversas, ou a denúncia da escassa regulamentação que rege estas ações, tanto em ambientes hospitalares como em centros residenciais para pessoas idosas (FUNDACIÓN HELPAGE INTERNATIONAL ESPAÑA, 2021).

Publicações que foram divulgadas através de Relatórios, Boletins Oficiais e Protocolos de Ação que, após as tristes consequências da pandemia na população idosa, nos obrigaram a repensar a situação de segurança do paciente e a presença de efeitos adversos nestes centros e nesta população de alto risco com altos níveis de vulnerabilidade, considerando também as condições e a falta de recursos humanos para a prestação de cuidados como uma causa de eventos adversos evitáveis (OLIVA; PEÑA LONGOBARDO, 2022; PÉREZ DIÁZ *et al.*, 2022).

Muitas ILPIs já reconhecem a importância da temática da segurança do paciente e vem desenvolvendo estratégias para melhorar a qualidade e a segurança da assistência prestada aos seus residentes. As ações de segurança se dão com base em evidências científicas e clinicamente eficazes, e nas ILPIs, a cultura de segurança é fundamental e deve orientar todos os aspectos organizacionais da instituição (ABUSALEM *et al.*, 2019). Com isso, as ações de assistência devem ser padronizadas e todos os atores envolvidos no processo de cuidado, sobretudo à pessoa idosa.

Segundo a RDC nº 36/2013, todos os serviços de saúde devem constituir os NSP (BRASIL, 2013b). Dessa forma, as ILPIs, enquanto prestadoras de serviços de saúde, deveriam integrar o NSP visando a garantia da segurança de seus residentes. Porém, apesar da importância, a legislação brasileira ainda não as considera como estabelecimentos de saúde, isentando a responsabilidade de compor os NSP, minimizando a importância necessária para formulação de protocolos nesses estabelecimentos.

Legalmente, as ILPIs estão inseridas num cenário de assistência social, conforme a RDC nº 502/2021, que dispõe sobre o seu funcionamento e reafirma seu caráter residencial, porém requer das instituições a elaboração, a cada dois anos, do plano de atenção integral à saúde dos residentes (BRASIL, 2021).

Apesar disso, a maior parte dos residentes das ILPIs apresentam algum grau de dependência, o que requer mudanças na legislação brasileira que afirmam a integração dessas instituições na rede de

assistência à saúde para que elas sejam reconhecidas como instituições de saúde (CAMARANO; BARBOSA, 2016). Ainda assim, sabe-se que a realidade das ILPIs inclui a assistência à saúde de seus residentes e suas ações devem visar a segurança dos seus residentes.

Dessa forma, é necessário atentar para a importância de capacitar todos os profissionais que atuam nas ILPIs. Não somente os profissionais de saúde devem ser considerados atores nas ações de segurança da pessoa idosa. Os profissionais que atuam no setor administrativo e que exercem outras funções que não a assistência também tem papel fundamental na garantia da segurança à saúde dessas pessoas (RESENDE; QUARESMA; LUCAS, 2021).

A cultura segurança quando eficaz, contribui para um melhor cuidado ofertado aos residentes das ILPIs, além de influenciar positivamente na motivação, compromisso e produtividade dos profissionais que nela atuam (ABUSALEM *et al.*, 2019). Os profissionais são atores fundamentais na prestação de cuidados à pessoa idosa. O esgotamento mental dos profissionais de saúde leva a ocorrência de erros e insegurança do cuidado ofertado (HALL *et al.*, 2016). Como ação de segurança do paciente nessas instituições, é importante atentar para o quantitativo adequado de recursos humanos e a realização de ações voltadas para a saúde mental dos profissionais, tendo em vista o seu impacto na qualidade do cuidado ofertado aos residentes.

Uma das lacunas da segurança do paciente nas instituições de longa permanência é a não inclusão dos residentes e seus familiares como atores das ações (GARTSHORE; WARING; TIMMONS, 2017). Enquanto parte essencial da organização das instituições, os residentes e seus familiares devem ser ativos nas ações de segurança e suas perspectivas devem ser consideradas na elaboração e proposição de ações.

É importante que as ILPIs reconheçam o alto risco ao qual estão expondo seus residentes devido a oferta de um cuidado inseguro, sobretudo pelas condições complexas de saúde apresentadas pelas pessoas idosas (GAUR *et al.*, 2022). Com isso, elas devem abranger todos os atores envolvidos no processo de cuidado na implementação da cultura de segurança na instituição.

As ILPIs podem e devem ser inseridas no contexto da segurança do paciente por meio de ações e estratégias, como: a implementação de protocolos de segurança, educação permanente dos profissionais, uso de tecnologias assistivas, gestão de riscos e participação/inclusão da pessoa idosa e seus familiares. Para além dessas ações, a promoção da cultura de segurança, redução do nível de estresse ocupacional e de esgotamento mental dos profissionais, visam a melhoria do seu bem-estar e aumento na segurança do uso de medicamentos são evidências identificadas na literatura que contribuem para a segurança dos residentes de ILPIs (ŚWITALSKI *et al.*, 2022). Essas ações resultam um ambiente seguro e saudável para as pessoas idosas institucionalizadas, minimizando a ocorrência de danos à saúde.

PERSPECTIVAS FUTURAS NO MONITORAMENTO DE INDICADORES PARA SEGURANÇA DA PESSOA IDOSA EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA (ILPIs)

Conforme o artigo 54 da RDC nº 502/2021, no capítulo III, que trata da notificação compulsória, a equipe de saúde das ILPIs “deverá notificar à vigilância epidemiológica a suspeita de doença de notificação compulsória conforme legislação vigente” e fazer a notificação imediata da ocorrência de queda com lesão e de tentativa de suicídio (BRASIL, 2021).

A notificação pode ser realizada por todos os envolvidos no processo de cuidado e fora dele também. É fundamental para identificação de eventos adversos e diagnóstico das condições de saúde. As informações geradas por essas notificações são extremamente relevantes para o serviço e sistema de saúde, porém, há falhas no seu uso e aplicação na assistência sobretudo pela falta de interpretação dessas informações e transformação delas em ações (PORTO *et al.*, 2022).

Nas ILPIs, além de registrar os eventos de notificação compulsória, é necessário monitorar os indicadores apresentados no anexo da RDC nº 502/2021 (BRASIL, 2021) (Quadro 1). O uso de indicadores é imprescindível para o planejamento de ações de saúde, auxiliando no melhor direcionamento dessas ações para as reais necessidades das ILPIs e auxílio da identificação dos pontos críticos que requerem maior atenção.

Ainda de acordo com a RDC nº 502/2021, todo mês de janeiro as ILPIs devem enviar para a Vigilância Sanitária local um consolidado dos indicadores do ano anterior (BRASIL, 2021). Isso possibilita o monitoramento das condições de saúde dos residentes e da qualidade dos serviços ofertados nessas instituições, minimizando os agravos à saúde das pessoas idosas institucionalizadas que apresentam maior fragilidade.

Quadro 1. Indicadores a serem utilizados no monitoramento da segurança da saúde da pessoa idosa em ILPIs. Brasília, DF, 2021.

Nº	Indicador	Fórmula e Unidade	Frequência de produção
1	Taxa de mortalidade em idosos residentes	(Número de óbitos de idosos residentes no mês/Número de idosos residentes no mês ¹)*100 [%]	Mensal
2	Taxa incidência de doença diarreica aguda em idosos residentes	(Número de novos casos de doença diarreica aguda em idosos residentes no mês/Número de idosos residentes no mês ¹)*100 [%]	Mensal
3	Taxa de incidência de escabiose em idosos residentes	(Número de novos casos de escabiose em idosos residentes no mês/Número de idosos residentes no mês ¹)*100 [%]	Mensal
4	Taxa de incidência de desidratação em idosos residentes	(Número de idosos que apresentaram desidratação/Número de idosos residentes no mês ¹)*100 [%]	Mensal
5	Taxa de prevalência de lesão por pressão em idosos residentes	(Número de idosos residentes apresentando lesão por pressão no mês/ Número de idosos residentes no mês ¹)*100 [%]	Mensal
6	Taxa de prevalência de desnutrição em idosos residentes	(Número de idosos residentes com diagnóstico de desnutrição no mês/Número de idosos residentes no mês ¹)*100 [%]	Mensal

¹ População exposta: considerar o número de idosos residentes do dia 15 de cada mês.

Fonte: RDC nº 502/2021 (BRASIL, 2021).

Os indicadores determinados na RDC nº 502/2021 não são suficientes para monitorar a qualidade do cuidado ofertado nas ILPIs. É necessário avaliar se há indicadores na literatura que sejam aplicáveis no âmbito dessas instituições e, caso não haja, elaborar novos indicadores que consigam ser utilizados por essas instituições no intuito de auxiliá-las nesse monitoramento. Além disso, com o aprimoramento de estudos e com base em recentes evidências científicas, é necessário atualizar os mecanismos de vigilância utilizados, visando a utilização daqueles mais eficazes, a fim de garantir e promover a cultura da segurança nas ILPIs.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A segurança do paciente nas ILPIs envolve ações voltadas para assistência prestada com incentivo a adoção da cultura de segurança, que deve englobar todos os que atuam nessas instituições e que prestam cuidados direta e indiretamente às pessoas idosas. Para isto, é necessário qualificar os profissionais e informar os residentes quanto a importância de participar nas ações de segurança, tornando-os agentes ativos em seus próprios cuidados em saúde.

Além disso, devem ser adotadas ações e estratégias que fortaleçam a segurança da pessoa idosa em ILPIs, com foco no bem-estar e na promoção da saúde mental dos profissionais. Isto irá refletir nas condições de saúde e no cuidado ofertado aos residentes. Destaca-se também a importância do

monitoramento de indicadores que auxiliam na avaliação da qualidade dos serviços, tendo em vista a identificação de pontos críticos para intervenções e minimização de danos.

Apesar da legislação brasileira não considerar as ILPIs como estabelecimentos de saúde, é possível vislumbrar possibilidades da implantação de Núcleos de Segurança da pessoa idosa nessas instituições na perspectiva da elaboração de protocolos voltados para as metas para um cuidado seguro e com o monitoramento de indicadores como proposto na RDC nº 502/2021 com vistas a oportunidades de melhoria na atenção à saúde da população idosa institucionalizada.

REFERÊNCIAS

ABUSALEM, S. *et al.* The Relationship Between Culture of Safety and Rate of Adverse Events in Long-Term Care Facilities. **Journal of Patient Safety**, v. 17, n. 4, jun. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1097/pts.0000000000000587>. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, 2 abr. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada – 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, Brasília, 26 jul. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 502, de 27 de maio de 2021**. Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 maio 2021. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2020/rdc0502_27_05_2021.pdf. Acesso em: 10 fev. 2023.

CAMARANO, A. A.; BARBOSA, P. Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: do que se está falando? *In*: ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. (Eds.). **Política Nacional do Idoso**: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: IPEA, 2016. p. 479–514.

CAVALCANTE, M. L. S. N. *et al.* Indicators of health and safety among institutionalized older adults. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 4, jul. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500009>. Acesso em: 10 fev. 2023.

FUNDACIÓN HELPAGE INTERNATIONAL ESPAÑA. **El derecho a los cuidados de las personas mayores**. Madri, 2021. Disponível: https://www.helpage.es/wp-content/uploads/2021/09/Informe_El-derecho-a-los-cuidados-de-las-personas-mayores_HelpAge-Espana-2021.pdf. Acesso em: 22 fev. 2023.

GARTSHORE, E.; WARING, J.; TIMMONS, Stephen. Patient safety culture in care homes for older people: a scoping review. **BMC Health Services Research**, v. 17, 752, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2713-2>. Acesso em: 10 fev. 2023.

GAUR, S. *et al.* Integrating Principles of Safety Culture and Just Culture Into Nursing Homes: Lessons From the Pandemic. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 23, n. 2, p. 241-6, fev. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.12.017>. Acesso em: 14 fev. 2023.

HALL, L. H. *et al.* Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review. **PLoS ONE**, v. 11, n. 7, e0159015, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159015>. Acesso em: 14 fev. 2023.

OLIVA, J.; PEÑA LONGOBARDO, L. M. Impacto de la COVID-19 en la atención sociosanitaria: el caso de las residencias. Informe SESPAS 2022. **Gaceta Sanitaria**, v. 36, p. S56–S60, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.02.003>. Acesso em: 20 fev. 2023.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Calidad de la atención**: seguridad del paciente. 55ª Asamblea Mundial de la Salud, 2022. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/sa5513.pdf. Acesso em: 22 fev. 2023.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **The Global Patient Safety Challenge 2005-2006**. “Clean care is safer care”. Geneva: OMS, 2005.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas**. Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf. Acesso em: 10 fev. 2023.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Medication Without Harm: Global Patient Safety Challenge on Medication Safety**. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2023.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Plano de ação global para a segurança do paciente 2021-2030: Em busca da eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde**. OMS, 2021. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_25&download=true. Acesso em: 10 fev. 2023.

PÉREZ DÍAZ, J. *et al.* **Un perfil de las personas mayores en España, 2022**. Indicadores estadísticos básicos. Madrid, Informes Envejecimiento en red n° 29, 2022. Disponível em: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2022.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2023.

PORTO, E. *et al.* Health indicators of the elderly person in the brazilian northeast. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 2, e24411225548, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25548>. Acesso em: 14 fev. 2023.

RESENDE, J.; QUARESMA, G.; LUCAS, P. A Cultura de Segurança em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas. **New Trends in Qualitative Research**, v. 8, p. 663-75, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.663-675>. Acesso em: 14 fev. 2023.

ŚWITALSKI, J. *et al.* Interventions to Increase Patient Safety in Long-Term Care Facilities—Umbrella Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 22, 15354, nov. 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph192215354>. Acesso em: 14 fev. 2023.

THE NATIONAL QUALITY FORUM. **Safe Practices for Better Healthcare**. Washington, DC, 2003. Disponível em: <http://asegurados.descargas.nobleseguros.com/download/posts/November2017/JuOfccioyJdHOcckObc5.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2023.

Capítulo 2

Cultura de segurança no cuidado à pessoa idosa em instituições de longa permanência

Cecília Olívia Paraguai de Oliveira Saraiva, Dijayna de Cássia Verçosa de Lima, Miclécia de Melo Bispo e Renata Rocha da Costa

APRESENTAÇÃO

A garantia de acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e a promoção do bem-estar em todas as idades é o terceiro Objetivo de Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas até 2030. No Brasil, a intenção é assegurar a cobertura universal de saúde e acesso por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os níveis de atenção, além dos serviços essenciais, medicamentos e vacinas. Esse ainda é um grande desafio a ser atingido, uma vez que a ampliação do acesso não se caracteriza como sinônimo de qualidade nos serviços de saúde, por essa razão é necessária a implementação de estratégias que favoreçam a melhoria contínua na assistência prestada. Estimativas para países de média ou baixa renda apontam que 60% das mortes estão associadas ao cuidado inseguro e a má qualidade (SLAWOMIRSKI; AURAAEN; KLAZINGA, 2017).

Nesta ótica, percebe-se que as necessidades globais de saúde mudaram, tendo em vista o surgimento de novas doenças e o desenvolvimento de inovações terapêuticas que corroboram com a evolução dos cuidados de saúde. No entanto, tais mudanças tornaram a assistência mais complexa e potencialmente perigosa. Os benefícios desses cuidados vêm associados a riscos de incidentes de segurança, e a necessidade de se implementar práticas seguras, visto que a dinâmica do cuidado em saúde exige processos devidamente delineados com métodos, procedimentos, pessoas, ambiente, equipamentos e materiais que se alinhem com a ideia de segurança (BRASIL, 2014).

Ressalta-se que os custos financeiros e de recursos empregados no tratamento das sequelas por eventos adversos são consideráveis. Estima-se que 15% das atividades e despesas hospitalares são utilizadas na reparação de danos evitáveis, o que representa desperdícios relacionados a custos de oportunidade (SLAWOMIRSKI; AURAAEN; KLAZINGA, 2017).

A CULTURA DE SEGURANÇA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A necessidade de fortalecer uma cultura de segurança nos serviços de saúde, em termos organizacionais, vêm como proposta fundamental ao processo de melhoria da segurança do paciente, inspirada nos princípios empregados pelas Organizações de Alta Confiabilidade (OACs) (REIS, 2019; OMS, 2020). Justifica-se a semelhança dos cuidados em saúde, em relação ao grau de complexidade e

perigos, com a indústria da aviação, da energia nuclear, petróleo e gás pelos riscos elevados nos processos de trabalho.

No entanto, essas organizações foram pioneiras no estabelecimento de uma consciência coletiva relacionada à segurança como a percepção de que o erro pode acontecer, o foco na confiabilidade do sistema, o reconhecimento do erro como perspectiva de aprendizagem e a valorização do trabalho em equipe. Diferentemente da área da saúde, que ainda predomina nas organizações o entendimento de que os cuidados devem ser perfeitos, com sistemas eficientes, compostos por profissionais que sabem exatamente o que devem fazer, sob forte hierarquia e cultura punitiva (REIS, 2019).

Para o alcance de cuidados mais seguros essa perspectiva anterior precisa mudar, uma vez que os cuidados em saúde dependem da atividade de profissionais, que realizam inúmeras tarefas inter-relacionadas, com envolvimento de diversas especializações, ambiência e condição do usuário, que por vezes encontra-se vulnerável (OMS, 2016). Assim, a disseminação de uma cultura de segurança nas instituições e entre os profissionais de saúde tem sido amplamente recomendada como um dos pilares das estratégias preventivas para garantir um cuidado seguro (OMS, 2020; BRASIL, 2013). Sua definição, conforme a *Joint Commission*, é "o produto de crenças, valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e coletivos que determinam o compromisso da organização com a qualidade e a segurança do paciente" (AGBAR *et al.*, 2023).

No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) impulsionou fortemente a construção e desenvolvimento de uma cultura de segurança nas organizações de saúde e a caracterizou a partir de cinco definições operacionais: 1) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; 2) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; 3) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; 4) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e 5) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (BRASIL, 2013).

O PNSP, alinhado com as iniciativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), também destaca que para a promoção de uma cultura de segurança é essencial desenvolver o aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros, processos de comunicação aberta e respeitosa entre as equipes, a não responsabilização individual e um ambiente positivo para a notificação e investigação de incidentes (BRASIL, 2013; OMS, 2020; REIS, 2023).

A CULTURA DE SEGURANÇA E A ESPECIFICIDADE NO CUIDADO À PESSOA IDOSA

De acordo com a OMS (2021) os cuidados de saúde seguros devem ser reconhecidos como um direito básico do ser humano, e, por sua vez, a cultura de segurança como um elemento inerente aos processos geradores de cuidado, que objetiva o aprimoramento da abordagem sistêmica, na qual reconhece as deficiências do sistema de prestação de cuidados como fator essencial para ocorrência de incidentes de segurança.

Esse movimento de incorporação de uma cultura de segurança se estende também à redução de desequilíbrios de poder intrínseco ao sistema de saúde na perspectiva de um cuidado ausente de exclusões, principalmente em relação às populações em situação de vulnerabilidade. De acordo com pesquisas internacionais sobre vulnerabilidade, faz-se necessário considerar a cultura e a posição social desses grupos, oferecendo um cuidado com uma abordagem psicossocial e uma postura profissional mais empática e promotora da justiça social (MAFFACCIOLLIA; OLIVEIRA, 2018).

A vulnerabilidade pode ser definida, dentre as várias interpretações encontradas na literatura, como o estado de ser/estar em perigo ou exposto a potenciais danos em razão de uma fragilidade atrelada à existência individual. No entanto, nem todos são suscetíveis da mesma forma e intensidade, alguns grupos populacionais como mulheres, idosos, crianças, indígenas, dentre outros, estão mais expostos às situações de inequidades (BARBOSA *et al.*, 2019; MACEDO *et al.*, 2020).

No contexto da pessoa idosa, a vulnerabilidade é entendida como o indivíduo que é mais suscetível devido a especificidades significativas da idade avançada. Ademais, há pesquisas que indicam que os idosos vivenciam um sentimento de vulnerabilidade decorrente ao decaimento da saúde física e/ou mental (BARBOSA *et al.*, 2019; MACEDO *et al.*, 2020).

Nesse sentido, compreende-se o envelhecimento como um processo contínuo, natural e dinâmico que engloba modificações biológicas, sociais e psicológicas com capacidade de ampliar a vulnerabilidade a agravos, podendo ou não causar dependência e perda da autonomia (BARBOSA *et al.*, 2019; COCHAR-SOARES *et al.*, 2021).

Com o aumento da população idosa no mundo, existe uma estimativa que em 2050 o número de pessoas com mais de 60 anos de idade ultrapassará os dois bilhões, sendo mais veloz nos países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil. Em consequência, haverá uma elevação na prevalência de doenças crônicas e degenerativas, as quais trazem implicações na vida da população idosa, exigindo das autoridades de saúde adequadas estratégias e intervenções (COCHAR-SOARES *et al.*, 2021).

Surge, então, a necessidade de compreender melhor esse processo haja vista que, com o decorrer da idade, os indivíduos podem apresentar o uso de múltiplos medicamentos, associação de agravos à saúde, hospitalizações prolongadas, episódios de queda, limitações física e mental, desenvolvimento de incapacidades e sequelas físicas (BARBOSA *et al.*, 2019; COCHAR-SOARES *et al.*, 2021).

Assim, a promoção da cultura de segurança em espaços de cuidados de pessoas idosas trata-se do exercício, por parte dos envolvidos na assistência, do cuidado seguro e com qualidade, agregado ao fortalecimento de vínculos e maior participação da pessoa idosa no seu processo saúde-doença. Essa prática possibilita atuar de modo mais eficaz sobre as vulnerabilidades e necessidades básicas dessa população (MACEDO *et al.*, 2020; MAFFACCIOLLIA; OLIVEIRA, 2018).

CULTURA DE SEGURANÇA EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA PESSOAS IDOSAS

A vulnerabilidade da pessoa idosa compreende diversos elementos que abrangem aspectos individuais e sociais do ser, de modo a ter relação direta ao processo saúde-doença e seus fatores contribuintes. Dessa forma, o cuidado satisfatório deve ser moldado a partir da compreensão de determinantes sociais que tornam o indivíduo vulnerável e do respeito às necessidades coletivas e pessoais envolvidas, assim, correlacionando a atenção à saúde com um cuidado personalizado e seguro (MACEDO *et al.*, 2020).

Sabe-se que todo e qualquer indivíduo dentro de um ambiente relacionado ao cuidado em saúde pode vir a ser vítima de algum evento adverso, em especial essa parcela da população. Em um contexto considerado ideal na promoção à saúde, os serviços notificariam, a partir de profissionais sensíveis à cultura de segurança, todos os incidentes que ocorrerem no ambiente. Assim, tais ocasiões poderiam ser revisadas e investigadas na indução de mudanças acerca de processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias, ambientes e no desenvolvimento de ações de prevenção, de modo a reduzir tais eventualidades e reduzir o impacto do dano, quando este ocorrer, na prestação da assistência (OMS, 2021).

Em meio a isso, a saúde de pessoas idosas que residem em Instituições de Longa Permanência (ILPIs) torna-se fator preocupante na promoção ao cuidado seguro. Isso se dá porque esses ambientes possuem características diferentes de outros serviços de saúde, o que pode afetar em como a segurança da pessoa idosa é vista e como ela é considerada na prática, além de possíveis tensões entre preferências individuais dos residentes e essas ações. Dessa forma, esses locais tendem a estar em um maior risco de dano, abuso ou negligência, de maneira a ser de extrema importância o desenvolvimento de medidas que devem estimular a proteção de seus usuários (RAND *et al.*, 2021).

Apesar de ser um tópico de preocupação, a cultura de segurança em instituições cuidadoras de pessoas idosas ainda é um assunto pouco abordado quando comparado a outros âmbitos da assistência (RAND *et al.*, 2021). Ademais, devido às suas múltiplas doenças, associado também aos problemas organizacionais das instituições, como número de instalações físicas insuficientes, déficit de recursos humanos e subfinanciamento, esses usuários possuem um alto risco de eventos adversos (BONDEVIK *et*

al., 2017; KIM *et al.*, 2022). Uma revisão de escopo realizada por St Clair *et al.* (2022) aborda que os incidentes mais comuns encontrados nesta amostra foram mortes, quedas, lesão por pressão e fraturas, presentes em 52% dos artigos analisados, de modo a elencar a gravidade e relevância da discussão dessa temática nesses serviços.

Assim, por tratar-se de um assunto crítico para o cuidado seguro neste meio, mostra-se necessário o planejamento de ações voltadas a esse público, que levem em consideração as particularidades desses cenários e gerem impacto na prevenção de erros relacionados à assistência, dentre eles pode-se destacar a prevenção acerca do desgaste ocupacional da equipe assistencial, prevenção de incidentes advindos de erros no processo de administração de medicamentos, e o uso de tecnologias para facilitar e assegurar o cuidado em saúde (ŚWITASKI *et al.*, 2022).

Além disso, o fortalecimento de fatores organizacionais, como o desenvolvimento de atividades de educação permanente, bem como a construção de intervenções de melhoria contínua da qualidade direcionadas a este tema e o envolvimento da alta gestão em todo o processo, são fundamentais na avaliação, mapeamento e gerenciamento de riscos, ao considerar não só as experiências da equipe e das lideranças, como também dos próprios usuários e familiares e em como isso pode afetar o processo, de modo a mitigar os riscos a que essa população encontra-se exposta e facilitar o estabelecimento e promoção de uma cultura de segurança nesses espaços (TEIGNÉ *et al.*, 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Cultura representa a maneira como pensamos, nossos valores, atitudes, percepções, crenças, modos de agir, hábitos e comportamentos. No contexto dos cuidados de saúde, a cultura de segurança tem função determinante no funcionamento de uma organização.

Para vislumbrar melhorias significativas na cultura de segurança em instituições cuidadoras de pessoas idosas é necessário a implementação de estratégias multifacetadas que considerem componentes de uma cultura forte: engajamento das lideranças, desenvolvimento de uma cultura justa, valorização profissional e melhoria das condições de trabalho, segurança psicológica e um ambiente positivo que incentive a notificação e investigação de incidentes com ênfase na abordagem sistêmica e na aprendizagem organizacional. Esses elementos se assemelham a engrenagem de uma máquina, que precisa estar agindo em conjunto e não isoladamente.

Avançar nessa temática ainda é um grande desafio, mas acredita-se que outro passo fundamental é avaliar o nível de cultura das organizações. Existem ferramentas validadas no âmbito nacional e internacional para avaliação da cultura de segurança do ambiente hospitalar e na atenção primária à saúde. No entanto, é necessário o desenvolvimento de instrumentos que avaliem a cultura de segurança ampliando a abrangência dos cuidados, como as ILPIs. Quando a cultura não é avaliada, dificilmente é

possível saber se as instituições estão melhorando. Assim, será possível compreender as fragilidades e fortalezas da cultura e planejar mais intervenções assertivas.

Por fim, sugere-se que o estímulo à cultura de segurança da pessoa idosa em instituições de longa permanência estabeleça a base para o cuidado seguro nestes ambientes e conduza a melhoria contínua dos processos e práticas assistenciais.

REFERÊNCIAS

- AGBAR, F. *et al.* Effect of patient safety education interventions on patient safety culture of health care professionals: Systematic review and meta-analysis. **Nurse Educ Pract.**, v. 28, n. 67, p. 103565, 2023. DOI: 10.1016/j.nepr.2023.103565.
- BARBOSA, K. T. F. *et al.* Vulnerabilidade da pessoa idosa: análise conceitual. **Rev Bras Enferm.** v. 72, n. 2, p. 352-60, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0728>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2013.
- BRASIL. **Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p.
- BONDEVIK, G. T. *et al.* Patient safety culture in Norwegian nursing homes. **BMC Health Services Research**, v. 17, n. 1, 20 jun. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5479007/>. Acesso em 10 fev. 2023.
- COCHAR-SOARES, N. *et al.* Fisiologia do envelhecimento: da plasticidade às consequências cognitivas. **Revista Neurociências.** v. 29: 1-28, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34024/rnc.2021.v29.12447>.
- KIM, K. A. *et al.* Patient safety measurement tools used in nursing homes: a systematic literature review. **BMC Health Services Research**, v. 22, n. 1, 19 nov. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08814-5>.
- MACEDO, J. K. S. S. *et al.* Vulnerabilidade e suas dimensões: reflexões sobre os cuidados de enfermagem aos grupos humanos. **Rev Enferm UERJ**, v. 28, p. e39222, 2 jul. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.39222>.
- MAFFACCIOLLI, R.; OLIVEIRA; D. L. L. C. Desafios e perspectivas do cuidado em enfermagem a populações em situação de vulnerabilidade. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 39: e20170189, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20170189>
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Guia curricular de segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde: edição multiprofissional.** Rio de Janeiro: Autografia, 2016. 270 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44641/9788555268502-por.pdf?jsessionid=2EBCCD182E5AE42217F47DA3E26CC57F?sequence=32>. Acesso em: 12 fev. 2023.
- OMS. OMS. Organização Mundial da Saúde.. **Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance.** Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- OMS. OMS. Organização Mundial da Saúde.. **Plano de ação global para a segurança do paciente 2021-2030: Em busca da eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde.** 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/plano-de-acao-global-para-a-seguranca-do-paciente-2021-2030-traduzido-para-portugues/view>. Acesso em: 10 fev. 2023.
- RAND, S. *et al.* Measuring safety in older adult care homes: a scoping review of the international literature. **BMJ Open**, v. 11, n. 3, p. e043206, mar. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043206>.

ST CLAIR, B. *et al.* A Scoping Review of Adverse Incidents Research in Aged Care Homes: Learnings, Gaps, and Challenges. **Gerontology and Geriatric Medicine**, v. 8, p. 233372142211441, jan. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1177/23337214221144192>.

SLAWOMIRSKI, L.; AURAAEN, A.; KLAZINGA, N. The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. **OECD Health Working Papers**, n. 96. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2017. DOI: <https://doi.org/10.1787/5a9858cd-en>.

REIS, C.T.T. Cultura de segurança em organizações de saúde. In: SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras** [online]. 2 ed. Rio de Janeiro, RJ: CDEAD, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2019, 268 p. 6. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575416426>.

REIS, C. T. T. *et al.* Cross-cultural adaptation and validation of the Hospital Survey on Patient Safety Culture 2.0 – Brazilian version. **BMC Health Services Research**, v. 23, n. 32, p. 1-12, 2023. DOI: [10.1186/s12913-022-08890-7](https://doi.org/10.1186/s12913-022-08890-7).

ŚWITALSKI, J. *et al.* Interventions to Increase Patient Safety in Long-Term Care Facilities—Umbrella Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 22, p. 15354, 21 nov. 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph192215354>.

TEIGNÉ, D. *et al.* Safety culture in French nursing homes: A randomised controlled study to evaluate the effectiveness of a risk management intervention associated with care. **PLOS ONE**, v. 17, n. 12, p. e0277121, 1 dez. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277121>.

Capítulo 3

Metas internacionais de segurança no contexto da saúde da pessoa idosa institucionalizada

Albertina Proença Rodrigues Alves, Maria Aparecida de Albuquerque Fernandes Ramalho, Maria Fernanda Aparecida Moura de Souza, Ana Carolina Patrício de Albuquerque Sousa, Plínio Braga Linhares Garcia, Susana Cecagno, Viviane Peixoto dos Santos Pennafort e Vilani Medeiros de Araújo Nunes.

APRESENTAÇÃO

As pessoas idosas constituem uma parte da população considerada vulnerável, tendo em vista o processo de envelhecimento e adoecimento, principalmente pelo acometimento por doenças crônicas não transmissíveis, configurando um importante problema de saúde pública (FIGUEIREDO; CECCON; CUNHA, 2021).

No Brasil, o envelhecimento da população ocorre de forma progressiva, culminando na inversão da pirâmide populacional, o que traz repercussões significativas no sistema de saúde público e privado. Este cenário imprime a necessidade de (re)organização e otimização dos serviços assistenciais, com rearranjo da forma de cuidado integral e de maior resolutividade frente às demandas apresentadas (ESCORSIM, 2021).

As falhas relacionadas à assistência segura às pessoas idosas têm enormes custos globais para o sistema de saúde. Em 2013, estimou-se que danos no cuidado de saúde eram a 14ª causa de morbimortalidade no mundo, sendo que dois terços dos eventos adversos ocorriam em países em desenvolvimento; dentre os principais eventos adversos identificados estavam tromboembolismo venoso, quedas intra-hospitalares e úlceras de pressão (JHA *et al.*, 2013). Nos países em desenvolvimento, é possível que até 83% de todos os eventos adversos poderiam ter sido prevenidos caso medidas de segurança tivessem sido adequadamente tomadas (SLAWOMIRSKI; AURAAEN; KLAZINGA, 2017).

Especificamente no Brasil, a distribuição anual por faixa etária de incidentes envolvendo a segurança dos pacientes relatada pelo Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária (NOTIVISA) do ano de 2022, destaca que a maior parte dos incidentes notificados nacionalmente ocorre na faixa etária de 66 a 75 anos. O NOTIVISA é o sistema informatizado nacional para o registro de problemas relacionados ao uso de tecnologias e de processos assistenciais, através do monitoramento da ocorrência de queixas técnicas, incidentes e eventos adversos (BRASIL, 2022).

Com o passar dos anos, o sistema nacional de saúde brasileiro vem desenvolvendo e aprimorando seus processos de trabalho de forma constante e progressiva, tendo em vista a necessidade de melhoria contínua da qualidade de vida da população. Neste sentido, foi criado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013, que objetiva contribuir

na qualificação do cuidado em todo o sistema de saúde do país (BRASIL, 2014). O PNSP surge como estratégia importante na criação e implementação de iniciativas voltadas para a segurança da pessoa idosa, pois fomenta a promoção e o apoio à implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes eixos, além de ampliar o acesso da população às informações sobre a temática, a inserção do paciente como protagonista do seu cuidado e da família nas ações de segurança do paciente (BRASIL, 2013).

Dentre os conceitos e definições que contemplam o PNSP, destacam-se:

I - Segurança do Paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde;

II - Dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico;

III - Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente;

IV - Evento adverso: incidente que resulta em dano ao paciente;

V - Cultura de Segurança: configura-se a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização;

VI - Gestão de risco: aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e 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.

O PNSP, desde sua constituição e implantação, está inserido e segue as metas internacionais de segurança do paciente, propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (BRASIL, 2014). Essas metas promovem melhorias contínuas e específicas na segurança do paciente, principalmente da pessoa idosa, através de aspectos problemáticos na atenção à saúde, propondo soluções calcadas em evidências científicas. Seis são as metas dispostas:

- 1) Identificar corretamente o paciente;
- 2) Melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância;
- 3) Higienizar as mãos com frequência para evitar infecções;
- 4) Reduzir o risco de quedas e lesões por pressão;
- 5) Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos;
- 6) Melhorar a comunicação entre profissionais de Saúde.

Essas metas foram priorizadas tendo em vista o pequeno investimento necessário para a sua implantação e o impacto dos erros e eventos adversos decorrentes da falta deles. Porém, apesar dos avanços dos últimos 10 anos, há necessidade de garantir ações promotoras do cuidado seguro nos serviços de saúde e a fortalecer a cultura de segurança nos profissionais, pacientes e suas famílias.

Nesta perspectiva, faz-se necessário contextualizar a implementação das metas de segurança do paciente por meio do PNSP em articulação com as políticas públicas nacionais e internacionais no contexto de saúde da pessoa idosa, a fim de discutir os principais desafios na promoção da segurança no processo de envelhecimento.

Em 2020, o Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (Proqualis), liderado pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT), da Fiocruz, realizou a tradução do relatório publicado originalmente em inglês (*Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance*) pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o português, intitulado “Sistemas de notificação e aprendizagem a partir de incidentes de segurança do paciente: relatório técnico e orientações”. Neste trabalho foi apresentada a definição do termo “Segurança do Paciente”, que evoluiu ao longo dos anos como um quadro de atividades organizadas criando culturas, processos e procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes no cuidado de saúde, e que, de forma consistente e sustentável, é capaz de: reduzir os riscos, diminuir a ocorrência de danos evitáveis, reduzir a probabilidade de erros e reduzir o seu impacto quando ocorre (PROQUALIS/ICICT/FIOCRUZ, 2022). Importante destacar que em 2023, o Proqualis foi inserido na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), no Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (DAPS).

POLÍTICAS PÚBLICAS DA PESSOA IDOSA NO BRASIL

As políticas públicas são caracterizadas como atos governamentais constituídos para ampliar a qualidade de vida da população e garantir os direitos essenciais assegurados na Constituição Federal.

Como marco inicial das políticas voltadas para a pessoa idosa, temos a primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, convocada pelas Nações Unidas em 1982, que culminou no Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento e passou a embasar as políticas públicas do segmento a nível internacional. Além disso, estimulou a agenda de reuniões e assembleias nos anos seguintes voltados para a saúde da pessoa idosa que impactaram na visão sobre esta população, principalmente, na década de 1990, passando de sujeito passivo e vulnerável para uma figura ativa e independente. Já em 2002, aconteceu, em Madri, a Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento tendo como principal objetivo desenvolver uma política internacional para o envelhecimento no século XXI (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

No que se refere à proteção à pessoa idosa, o Estado Brasileiro estabelece algumas políticas, como por exemplo, o Estatuto da Pessoa Idosa, a Política Nacional do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, as quais objetivam o envelhecimento saudável e a proteção às pessoas idosas mais dependentes de cuidados (MINAYO *et al.*, 2021).

Em seu artigo 15, o Estatuto da Pessoa Idosa assegura a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente à população idosa (BRASIL, 2013).

A Política Nacional do Idoso, no que tange a área da saúde, prevê entre outros, a garantia da assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do SUS; adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares; e buscar serviços alternativos de saúde à pessoa idosa (BRASIL, 1994). Por meio dela, foram identificadas como diretrizes a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e reabilitação da capacidade funcional e a assistência às necessidades de saúde (BRASIL, 2006).

As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) recebem pessoas com mais de 60 anos que necessitam de moradia transitória ou definitiva, com ou sem apoio de familiares nos seus cuidados. São pessoas idosas que oscilam sobre sua dependência de cuidados ao longo da sua estadia e que necessitam de pessoas preparadas para os seus cuidados básicos e de saúde (BRASIL, 2021).

A RDC nº 502, de 27 de maio de 2021, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), dispõe sobre o funcionamento de Instituições de Longa Permanência para Idosos de caráter residencial e tem em sua subseção 2 os aspectos obrigatórios relacionados à saúde, entre elas a elaboração bianual de um Plano de Atenção à Saúde, o qual prevê a atenção integral à saúde da pessoa idosa, abordando os aspectos de promoção, proteção e prevenção. Já em residências geriátricas, que se enquadram como serviço de saúde, deverão seguir outras legislações específicas, como a RDC nº 36 de 25 de julho de 2013, que prevê sobre a segurança do paciente em serviços de saúde (BRASIL, 2021; 2013).

Acrescenta-se a necessidade de incluir em todas as etapas de organização a garantia do acesso, do acolhimento e do cuidado humanizados da população idosa nos serviços de saúde do SUS, ou seja, não só exercitar a escuta, mas propiciar que esta se traduza em responsabilização e resolutividade, o que leva ao acionamento de redes internas, externas e multidisciplinares. O cuidado deve ser orientado a partir da funcionalidade global da pessoa idosa, considerando o risco de fragilidade existente e o seu grau de dependência, buscando a autonomia (capacidade de decisão) sempre que possível (BRASIL, 2014).

SEGURANÇA DO PACIENTE: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO E SEGURO

Com o envelhecimento da população brasileira, outras demandas requerem respostas das políticas sociais envolvendo o Estado e a sociedade, implicando novas formas de cuidado, em especial aos cuidados prolongados e a atenção domiciliar. Em 2002, a OMS publicou orientações sobre o envelhecimento ativo como diretriz para a política de saúde baseada em três pilares básicos: saúde, participação e segurança. O envelhecimento ativo consiste em aumentar a expectativa de uma vida

saudável para todas as pessoas que estão passando por esse processo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados (BRASIL, 2014).

Por outro lado, observa-se um cenário nacional distinto ao preconizado pela OMS, o que pode ser evidenciado em estudo de série temporal realizado entre 2000 a 2019, em que os autores identificaram uma tendência crescente nas taxas de mortalidade por queda entre as pessoas idosas no Brasil. Esses achados sugerem a importância da definição de uma linha de cuidado para esse segmento etário, tendo como foco a promoção da saúde na pessoa idosa e a prevenção dos riscos de quedas, visando a uma redução no número de óbitos por essa causa e favorecendo a qualidade de vida dessas pessoas (GONÇALVES *et al.*, 2022).

Uma meta de segurança que requer atenção especial é a higienização correta das mãos realizada pelos profissionais e cuidadores formais ou informais de pessoas idosas, na prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS). Silva e Cardoso (2021) destacam que um ambiente com elevada circulação de pessoas, muitas com a imunidade natural suprimida, a exemplo dos residentes das ILPIs, a vigilância deve existir com a finalidade de garantir o cumprimento adequado de tal prática, a fim de assegurar uma assistência à saúde da pessoa idosa de qualidade.

A prevenção de quedas é outra meta de grande relevância acerca da segurança da pessoa idosa, visto que esse grupo etário apresenta maior incidência desse evento com complicações graves. Corroborando com essa afirmação, estudo de análise temporal de dados sobre a mortalidade em pessoas idosas que foram vítimas de queda no Brasil, em série histórica de 2000 a 2019, evidenciou 135.209 óbitos motivados pela queda (GONÇALVES *et al.*, 2022).

Nesta perspectiva, a longevidade ocasionada pela redução da mortalidade por doenças infecciosas trouxe consigo outro fator preocupante à população idosa. As alterações fisiológicas causadas pelo envelhecimento e o estilo de vida sedentário adotado, devido a facilidade urbana, podem desencadear o aparecimento de doenças crônicas adquiridas ao longo da vida e alteração patológica, caracterizando e a transição epidemiológica, e levando as pessoas idosas a serem o público que apresenta maior incidência de polipatologias, e que mais necessitam de assistência à saúde, em especial relacionadas ao uso de medicações (NARDE; LOURES, 2022).

Esses mesmos autores salientam que, em pessoas idosas, os riscos são maiores devido às suas condições somáticas como alterações nos receptores de fármacos e menor eficiência dos mecanismos homeostáticos do organismo que podem aumentar a sensibilidade a determinados fármacos aumentando efeitos adversos e interações medicamentosas.

Ante essa preocupação, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) está liderando a proposta do Envelhecimento Saudável 2021-2030, declarada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em dezembro de 2020. Ela se baseia em orientações anteriores, tais como a Estratégia Global sobre Envelhecimento e Saúde da OMS, o Plano de Ação Internacional sobre Envelhecimento da ONU Madrid

(2002) e as Metas de Desenvolvimento Sustentável da Agenda da ONU para 2030. As pessoas idosas estão no centro do plano, que reúne os esforços de governos, sociedade civil, agências internacionais, profissionais, mídia e setor privado para melhorar a vida das pessoas idosas, de suas famílias e comunidades (OPAS, 2020). Esta proposta propõe quatro áreas de ação, conforme quadro 1.

Quadro 1. As quatro áreas de ação da década: "Envelhecimento Saudável 2021-2030", OPAS, 2020.

ÁREAS	OBJETIVOS
I- Mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos com relação à idade e ao envelhecimento	Garantir: a independência e a autonomia das pessoas idosas; o consentimento informado em relação à saúde; o reconhecimento igualitário da lei; a seguridade social, a acessibilidade e a mobilidade pessoal; muitos outros direitos humanos fundamentais.
II- Garantir que as comunidades promovam as capacidades das pessoas idosas	Garantir: assistência técnica aos países para criar ambientes acolhedores às pessoas idosas, garantindo a inclusão dos mais vulneráveis; oportunidades para conectar cidades e comunidades; trocar informações e experiências e facilitar o aprendizado por meio de lideranças nos países, cidades e comunidades sobre o que funciona para promover o envelhecimento saudável em diferentes contextos; ferramentas e apoio a países, cidades e comunidades para monitorar e avaliar o progresso na criação de ambientes acolhedores à pessoa idosa ; e identificar prioridades e oportunidades de ação colaborativa e intercâmbio entre redes e outras partes interessadas.
III- Entregar serviços de cuidados integrados e de atenção primária à saúde centrados na pessoa e adequados à pessoa idosa	Prestar uma assistência de saúde de boa qualidade às pessoas idosas, integrada entre prestadores e serviços, com ênfase na prestação sustentável de cuidados de longo prazo. Integrar os setores saúde e social em uma abordagem centrada na pessoa e implementar serviços orientados à manutenção e melhoria da capacidade funcional essencial para alcançar o envelhecimento saudável.
IV- Propiciar o acesso a cuidados de longo prazo às pessoas idosas que necessitem	Promover o acesso da pessoa idosa a um atendimento de longo prazo de boa qualidade, a fim de manter a capacidade funcional, desfrutar dos direitos humanos básicos e viver com dignidade. Apoiar os cuidadores, para que eles possam prestar cuidados adequados e também cuidar de sua própria saúde.

Fonte: Adaptado de OPAS, 2020.

A partir das recomendações das metas internacionais da OMS e de outras iniciativas, como a proposta das quatro áreas de ação da década "Envelhecimento Saudável 2021-2030" da OPAS, é possível desenvolver planos de cuidados mais participativos, com o envolvimento ativo da pessoa idosa/cuidador, sempre que possível, em ações e atividades capazes de prevenir eventos adversos relacionados à assistência à saúde e ainda, que mantenham a capacidade funcional e promovam melhor qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pessoas idosas residentes em ILPIs estão constantemente expostas a fatores causadores de danos na assistência à saúde. Nesse cenário, as Metas Internacionais de Segurança do Paciente são diretrizes fundamentais para a melhoria da qualidade da saúde e para um cuidado livre de riscos às pessoas idosas institucionalizadas.

Assim, é importante transformar tais diretrizes em ferramentas operacionalizáveis a partir de comportamentos e tecnologias que promovam uma cultura de segurança e um ambiente efetivo no cuidado à saúde, especificamente, no cuidado à saúde da pessoa idosa.

É válido ressaltar que para alcançar esses objetivos, são essenciais estratégias eficazes inseridas dentro de um plano de ação. Todavia, é fundamental que essas ações sejam sempre individualizadas e adaptadas às necessidades e às características intrínsecas desse público, considerando, principalmente, as limitações funcionais e cognitivas impostas pelo envelhecimento.

Por fim, destacamos que o trabalho da equipe multidisciplinar é fundamental para o fortalecimento de uma cultura de segurança, objetivando sempre a mitigação de riscos às pessoas idosas institucionalizadas e a manutenção de um ambiente harmonioso durante a rotina de cuidados.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução - 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. Poder Executivo, Brasília, Seção 1, Pág. 36. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 12 fev. 2023.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária- ANVISA. **Resolução - RDC nº 502, de 27 de maio de 2021**. Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 maio. 2021. Seção 1, p. 110. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2020/rdc0502_27_05_2021.pdf. Acesso em: 12 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 8.842, de 04 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 3ª ed. Brasília: MS, Disponível em: 2013. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 11 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília. 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 13 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS**: proposta de modelo de atenção integral - XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf. Acesso em: 11 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 29**: Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde – 2014 a 2022. 2023. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/boletins-e-relatorios-das-notificacoes-de-iras-e-outros-eventos-adversos-1/BR_2014__2022.pdf Acesso em: 13 fev. 2023.

ESCORSIM, S. M. O envelhecimento no Brasil: aspectos sociais, políticos e demográficos em análise. **Serviço Social e Sociedade**. n. 142, p. 427-446, set./dez., 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/KwjLV5fqvw6tWsfWVvczcMn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2023.

FIGUEIREDO, A. E. B.; CECCON, R. F.; FIGUEIREDO, J. H. C.. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. **Ciência & Saúde Col**, v. 26, n. 1, p. 77-88, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n4nH53DFx39SRCC3FkHDyzy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 fev. 2023.

GONÇALVES, I. C. M. *et al.* Tendência de mortalidade por quedas em idosos, no Brasil, no período de 2000–2019. **Rev Bras Epidemiologia**, v. 25, 2022. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rbepid/2022.v25/e220031/pt>. Acesso em: 10 fev. 2023.

MINAYO, M. C. S. *et al.* Políticas de apoio aos idosos em situação de dependência: Europa e Brasil. **Ciências & Saúde Col**, v. 26, n. 1, p. 137-146, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/c8BbYnbBswyVxf7cMNQWXkR/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 fev. 2023.

NARDE, V. L. C.; LOURES, S. L. C. S. Prevalência da polifarmácia em idosos de uma instituição de longa permanência. **Rev Cient Faminas**, v. 17, n. 1, 2022. Disponível em: https://periodicos.faminas.edu.br/index.php/RCFaminas/article/view/670/pdf_73. Acesso em: 10 fev. 2023.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Plano de Ação Internacional sobre Envelhecimento**, 2003. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, v. 1, 2003. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdf. Acesso em: 10 fev. 2023.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Década do Envelhecimento Saudável nas Américas (2021-2030)**. OPAS, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/decada-do-envelhecimento-saudavel-nas-americas-2021-2030>. Acesso em: 11 fev. 2023.

PROQUALIS. Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde - FIOCRUZ. **Sistemas de notificação e aprendizagem a partir de incidentes de segurança do paciente**: relatório técnico e orientações. 2022. Disponível em: <https://proqualis.net/.../sistemas-de-notifica%C3%A7%C3>. Acesso em 21.fev 2023.

SILVA, V. H. R.; CARDOSO, A. M. A importância da higienização das mãos dos acompanhantes de pacientes. **Rev Cient Esc Est de saúde Púb Goiás – “Candido Santiago”**. v. 7, 2021. Disponível em: <https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/283/178>. Acesso em: 10 fev. 2023.

SLAWOMIRSKI, L.; AURAAEN, A.; KLAZINGA, N. The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. **OECD Health Working Papers**, 96, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1787/5a9858cd-en>. Acesso em: 21 fev. 2023.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciências & Saúde Col**, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>. Acesso em: 11 fev. 2023.

Capítulo 4

Identificação correta no cuidado à pessoa idosa institucionalizada

Irla Milena de Albuquerque Biegging, Mayara Priscilla Dantas Araújo, Paulo Henrique do Nascimento, José Felipe Costa da Silva, Adriana Catarina de Souza Oliveira, Gilson de Vasconcelos Torres, Vilani Medeiros de Araújo Nunes e Thaiza Teixeira Xavier Nobre.

APRESENTAÇÃO

Nos últimos anos, o mundo todo vem observando a tendência de envelhecimento da população. No Brasil, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada no ano de 2018, o segmento populacional que mais aumenta é o de pessoas idosas, que manteve a tendência de envelhecimento dos últimos anos e ganhou 4,8 milhões de idosos desde 2012, superando a marca dos 30,2 milhões em 2017, com taxas de crescimento de mais de 4% ao ano para a década de 2012 a 2022, representando, no mesmo período, um incremento médio de mais de um milhão de pessoas idosas/ano. As projeções apontam que, em 2030, o número de pessoas idosas superará o de crianças e adolescentes de zero a 14 anos em aproximadamente 2,28 milhões. Em 2050, a população idosa representará cerca de 30% da população brasileira, enquanto as crianças e adolescentes, 14% (IBGE, 2018).

A pessoa idosa apresenta características peculiares quanto à apresentação, instalação e desfecho dos agravos em saúde, traduzidas pela maior vulnerabilidade a eventos adversos, necessitando de intervenções multidimensionais e multissetoriais com foco no cuidado (BRASIL, 2014). Diante desta maior vulnerabilidade e riscos de eventos adversos, alguns elementos compõem o constructo da temática da segurança do paciente e da complexidade dos processos de trabalho nas diversas instituições que prestam atendimento à população. A identificação do paciente é abrangente e de responsabilidade multidisciplinar, uma vez que envolve aspectos de estrutura, desenhos dos processos de trabalho, cultura organizacional, prática profissional e participação do usuário, e tem como norte minimizar riscos à saúde e como objetivo assegurar que receba a assistência correta.

No contexto das Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas (ILPIs), o processo de identificação é essencial para garantir a segurança e a qualidade da assistência de saúde. Contudo, fatores culturais, organizacionais, materiais e humanos concorrem para sua não conformidade, induzindo a erros ou acarretando eventos adversos (TASE *et al.*, 2013).

Apesar de não ser caracterizada oficialmente como instituição de saúde no Brasil, as ILPIs oferecem atenção e assistência à saúde aos residentes que geralmente possuem muitas comorbidades. Torna-se importante o mapeamento dos riscos relacionados aos possíveis erros advindos do processo de identificação correta das pessoas idosas residentes com objetivo de verificar os fatores causais,

permitindo, dessa forma, propor ações de melhorias para reduzir os riscos e assim garantir uma assistência segura e de qualidade.

Em se tratando da população idosa residente em ILPIs, torna-se importante que na admissão e durante a assistência prestada diariamente devem ser conferidas e checadas cuidadosamente todas as informações referentes às medicações prescritas, alimentação, exames solicitados e todas as atividades que os residentes estarão participando dentro da instituição e até mesmo quando houver a necessidade de encaminhar para realizar exames fora da ILPI e antes de qualquer procedimento deverá ser realizada a checagem dos dados da pessoa idosa. Com essas medidas, a segurança dessas pessoas estará garantida e a experiência da qualidade da assistência se torna a melhor possível, minimizando as possibilidades de erros e danos à saúde.

CUIDADOS NA IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA

A identificação correta é o processo de combinar corretamente um indivíduo com as intervenções pretendidas e de comunicar informações sobre a sua identidade de forma precisa e confiável durante todo o processo de cuidado (ERCI, 2016). A identificação correta no cuidado à pessoa idosa não se limita ao ambiente hospitalar. Ela auxilia na redução de erros e danos na prestação de cuidados em todos os níveis de atenção.

Uma das principais razões pela importância da execução de uma identificação correta se dá pelos erros decorrentes de uma identificação incorreta, e estes serem evitáveis (ERCI, 2016). Além disso, a identificação incorreta da pessoa idosa pode afetar negativamente o tratamento ofertado e resultar em desfechos adversos, como o aumento da demanda por cuidados e gastos em saúde (RIPLINGER; PIERA-JIMÉNEZ; DOOLING, 2020).

A identificação correta deve ser realizada em todo atendimento em que as informações de um residente da ILPI for acessada ou registrada. Isso porque a ocorrência de erros na identificação do residente pode levar a intervenções errôneas, atrasos no tratamento, danos graves e até mesmo a morte (THE JOINT COMMISSION, 2018).

Sabendo que erros cometidos na identificação levam às falhas na segurança da pessoa idosa e reflete negativamente nos dos serviços ofertados, é preciso observar que, os fatores que contribuem para a identificação incorreta dessas pessoas incluem a duplicidade de prontuário, utilização de prontuário de pessoa com o nome semelhante e apenas a confirmação verbal dos dados da pessoa idosa (RIPLINGER; PIERA-JIMÉNEZ; DOOLING, 2020). Esses fatores podem fazer com que a pessoa idosa seja submetida a tratamentos que não correspondem a sua necessidade de saúde e, ao invés de melhorar sua qualidade de vida e saúde, piore-a.

A duplicidade das informações nas pastas ou fichas dos residentes é um ponto crucial a ser observado nas ILPIs. Devido a imprecisão e indisponibilidade de dados, a existência de registros duplicados de um mesmo residente pode levar a duplicidade de tratamentos e testes. Algumas razões para esse problema foram levantadas, como a falta de padronização de dados e o preenchimento incompleto das informações (JUST *et al.*, 2016), que afetam diretamente o cuidado direcionado às pessoas idosas.

Em ILPIs podem haver pontos críticos que dificultam a identificação correta da pessoa idosa. Fatores como pessoas com nomes, datas de nascimento e nome das mães similares, transcrição incorreta de nomes, ausência de padronização de identificação e identificação incompleta podem contribuir para identificação incorreta das pessoas idosas institucionalizadas (BRASIL, 2018). A padronização de protocolos devem ser adotados pelas instituições a fim de contribuir para a identificação correta dos indivíduos.

Além disso, a sobrecarga de trabalho também pode contribuir para identificação incorreta da pessoa idosa (ALVES *et al.*, 2018). Ter na ILPI o quantitativo adequado de profissionais é essencial para a qualidade e segurança do cuidado ofertado aos residentes. Soma-se a isto, a necessidade de qualificar esses profissionais quanto às práticas seguras de cuidado e a importância da identificação correta da pessoa idosa.

A confirmação da identificação da pessoa idosa é de responsabilidade de todos os profissionais envolvidos diretamente ou indiretamente no processo de cuidado, incluindo os profissionais dos setores administrativos e que atuam no apoio à essas pessoas (ANVISA, 2018).

MECANISMOS PARA IDENTIFICAÇÃO CORRETA DA PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA

A identificação da pessoa idosa deve ser realizada na sua admissão na ILPI por meio do preenchimento correto e completo dos seus dados no prontuário. Falhas na identificação correta dos residentes podem levar a diversos problemas.

Segundo recomendações da *The Joint Commission* (2022a), é necessário utilizar pelo menos dois identificadores ao prestar atendimento, realizar algum tratamento ou procedimento, administrar medicamentos ou colher amostras de materiais biológicos para exames clínicos de pessoas idosas institucionalizadas. Apenas o número ou localização do quarto da pessoa idosa não é suficiente para identificá-la.

A participação ativa do paciente no processo da identificação segura que não deve-se limitar somente a verbalização do primeiro nome do paciente, é um aspecto importante a considerar para obter esta meta internacional de segurança do paciente. Entretanto, no contexto do cuidado a pessoas idosas, aparecem os deterioros cognitivos e patologias neurodegenerativas, e neste contexto, tanto a nível

nacional como internacional, organizações de referência, recomendam o uso de outras estratégias, como o reconhecimento facial (ANVISA, 2018; THE JOINT COMMISSION, 2022a), sobretudo quando a pessoa idosa apresenta alguma limitação que a impede de se envolver no processo de confirmação da sua identificação.

Algumas estratégias podem ser adotadas pelas ILPIs para contribuir para identificação de seus residentes, como a utilização de foto atualizada nos prontuários, a verificação regular dos documentos de identificação da pessoa idosa e o uso de tecnologia como a identificação por biometria ou reconhecimento facial. É importante lembrar que a identificação correta da pessoa idosa institucionalizada é fundamental para garantir sua segurança no ambiente institucional.

Embora a tecnologia possa contribuir para identificação correta da pessoa idosa, ela sozinha pode não ser precisa (THE JOINT COMMISSION, 2018). Essa ação requer uma abordagem ampla e paciente, considerando os identificadores disponíveis, sobretudo ao se tratar de pessoas homônimas, ou seja, com o mesmo nome, e pela necessidade de verificar atentamente as informações disponíveis antes de submeter a pessoa idosa a qualquer intervenção que seja.

Além disso, as ILPI podem e devem elaborar e implementar protocolos de identificação de seus residentes a serem seguidos por todos que atuam na instituição, garantindo assim que todos os mecanismos de identificação sejam seguidos e os residentes sejam corretamente identificados ao receberem alguma intervenção, como a administração de medicamentos ou recebimento da dieta adequada às suas necessidades.

É importante reforçar que a pessoa idosa também seja incluída nesse processo de identificação, garantindo autonomia e uma participação ativa. Informá-los sobre os riscos envolvidos na identificação incorreta e a necessidade de confirmação de seus dados faz com que eles sejam agentes ativos e colaborem com a verificação das suas informações antes de receberem qualquer intervenção, seja ela medicamentosa ou terapêutica, podendo ser utilizado como identificador o seu diagnóstico clínico. Isso contribuirá para a redução de possíveis danos e erros decorrentes da identificação incorreta desse indivíduo.

PRÁTICAS DE SEGURANÇA UTILIZADAS PARA IDENTIFICAÇÃO CORRETA DA PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA

Para a identificação de pacientes, órgãos e serviços de saúde elaboram e implementam instrumentos como guias e protocolos. Neste cenário, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007) identifica práticas de segurança recomendadas e confiáveis para esta identificação que podem ser incorporadas pelas equipes das ILPIs a fim de garantir uma identificação correta e eficaz.

Desenvolver e implementar processos de identificação de pacientes requer a devida atenção para evitar erros, necessitando de planejamento e qualificação da equipe, inclusive numa perspectiva contínua (THE JOINT COMMISSION, 2022a). Para isso, são utilizadas práticas de segurança a partir de identificadores que podem se dar com a utilização da tecnologia.

Nessa perspectiva, o principal requisito é identificar de forma confiável o indivíduo para quem o serviço ou tratamento se destina e corresponder o serviço ou tratamento a esse indivíduo. Instrumentos como as diretrizes abordadas pelo Manual de Atendimento Domiciliar definem o conceito de um identificador de paciente como sendo a informação diretamente associada a um indivíduo que visa identificar com confiabilidade a pessoa a quem o serviço ou tratamento se destina (THE JOINT COMMISSION, 2022b).

Como identificadores aceitáveis podem ser utilizados o nome do indivíduo, um número de identificação atribuído, número de telefone, data de nascimento ou outro identificador específico do paciente como, por exemplo, seu diagnóstico clínico. Os identificadores podem ser classificados como aceitáveis e não aceitáveis, sendo estes tecnológicos e não tecnológicos, como exemplificado no quadro 1.

Quadro 1. Classificação dos identificadores aceitáveis utilizados na identificação correta de pessoas idosas institucionalizadas. Fortaleza, CE, 2023.

CLASSIFICAÇÃO	IDENTIFICADORES
Não tecnológico	Nome completo
	Data de nascimento (DD/MM/AAAA)
	Nome completo da mãe
	Foto no prontuário
	Diagnóstico clínico
	Intervenção nutricional individualizada
	Uso de nome temporário ou pseudônimo*
Tecnológico	Reconhecimento facial
	Biometria
	Prontuário eletrônico

* Utilizado quando há necessidade de proteger o anonimato da pessoa idosa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A identificação correta da pessoa idosa institucionalizada é fundamental para minimizar erros e danos na prestação do cuidado integral em saúde, visando garantir um atendimento seguro e de qualidade. Dessa forma, é necessário melhorar as estratégias utilizadas no processo de identificação nas ILPIs, sobretudo ao submeter a pessoa idosa a alguma intervenção, a fim de evitar eventos adversos à sua saúde.

Essa ação é de responsabilidade de todos que atuam nas ILPIs e que estão em contato direto ou indireto com as pessoas idosas. Diante disso, a adoção de protocolos e a qualificação dos colaboradores podem auxiliar esses profissionais a atuarem de forma padronizada e garantir que a identificação do residente seja precisa.

REFERÊNCIAS

ALVES, K. Y. A. *et al.* Identificação do paciente nos registros dos profissionais de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, n. 1, p. 79-86, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800012>. Acesso em: 14 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS**: proposta de modelo de atenção integral. Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf. Acesso em: 13 fev. 2023.

BRASIL. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **Módulo 2: Protocolos de Segurança do Paciente I. ANVISA**; 2018. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/6383/4/Unidade%201%20-%20Mecanismos%20de%20Identifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20Pacientes%20Servico%20Saude.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2023.

ECRI. The Emergency Care Research Institute. **ECRI Institute PSO Deep Dive: Patient Identification: Executive Summary**. ECRI Institute; 2016. Disponível em: https://www.ecri.org/Resources/Whitepapers_and_reports/PSO%20Deep%20Dives/Deep%20Dive_PT_ID_2016_exec%20summary.pdf. Acesso em: 13 fev. 2023.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)**. 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. Acesso em: 21 fev. 2023.

JUST, B. H. *et al.* Why Patient Matching Is a Challenge: Research on Master Patient Index (MPI) Data Discrepancies in Key Identifying Fields. **Perspectives in health information management**, v. 13, abr. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4832129/>. Acesso em: 13 fev. 2023.

RIPLINGER, L.; PIERA-JIMÉNEZ, J.; DOOLING, J. P. Patient Identification Techniques - Approaches, Implications, and Findings. **Yearbook of Medical Informatics**, v. 29, n. 1, p. 81-86, ago. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1055%2Fs-0040-1701984>. Acesso em: 13 fev. 2023.

TASE, T. H. *et al.* Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 3, set. 2013.

THE JOINT COMMISSION. Quick Safety: People, processes, health IT and accurate patient identification. **The Joint Commission**, v. 45, out. 2018. Disponível em: https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/newsletters/qs_hit_and_patient_id_9_25_18_finalpdf.pdf. Acesso em: 13 fev. 2023.

THE JOINT COMMISSION. National Patient Safety Goals. **Effective January 2023 for the Nursing Care Center Program**. 2022a. Disponível em: https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/standards/national-patient-safety-goals/2023/npsg_chapter_ncc_jan2023.pdf. Acesso em: 13 fev. 2023.

THE JOINT COMMISSION. **Two Patient Identifiers - Understanding The Requirements**: What are the key elements organizations need to understand regarding the use of two patient identifiers prior to providing care, treatment or services?. The Joint Commission, 2022b. Disponível em: <https://www.jointcommission.org/standards/standard-faqs/home-care/national-patient-safety-goals-npsg/000001545/>. Acesso em: 13 fev. 2023.

Capítulo 5

Comunicação efetiva no cuidado à pessoa idosa institucionalizada

Moniky Keuly Marcelo Rocha Lima, Mayara Priscilla Dantas Araújo, Vilani Medeiros de Araújo Nunes, José Felipe Costa da Silva, Luciana Araújo dos Reis, Kamilla Sthefany Andrade de Oliveira e Thaiza Teixeira Xavier Nobre.

APRESENTAÇÃO

O envelhecimento da população trouxe mudanças no perfil demográfico e epidemiológico no Brasil e no mundo, levando a adaptações e novas formas de cuidado em saúde, produzindo demandas que requerem respostas das políticas sociais envolvendo o Estado e a sociedade. Essa realidade mundial implica em novas formas de atenção à saúde, em especial aos cuidados realizados em Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas (ILPIs) (OLIVEIRA, 2019).

Nas ILPIs, existem cuidados especiais e específicos que devem ser ofertados diariamente às pessoas institucionalizadas. Nesses espaços, podem ocorrer erros na oferta de cuidados e serviços, como acontecem em unidades hospitalares ou ambulatoriais (ALVES-SILVA; SCOSOLINI-COMINI; SANTOS, 2013).

Os maiores erros no cuidado em saúde ocorrem por falta de comunicação efetiva entre equipes de diferentes unidades de saúde ou com pacientes (LEMOS *et al.*, 2018). Isso pode gerar tanto pequenos conflitos administrativos, como diagnósticos e procedimentos incorretos, haja vista que os problemas na comunicação podem interferir na continuidade e qualidade do trabalho e na satisfação das necessidades dos profissionais e do paciente (MOREIRA, 2019). Desse modo, a comunicação efetiva é imprescindível para a qualidade do serviço prestado e para a segurança na prestação de cuidados aos indivíduos.

No Brasil, a importância da comunicação efetiva em serviços de saúde foi difundida após publicação da Portaria Ministerial nº 529/2013, que consagrou a comunicação efetiva como meta de segurança do paciente (BRASIL, 2013). A comunicação efetiva exige uma escuta qualificada, a compreensão de uma mensagem e a união de todos os membros da equipe (MOREIRA, 2019). Quando se fala em humanização nos cuidados de saúde prestados à pessoa idosa, pressupõe-se a agregação de atitudes de comunicação, afeto, confiança e empatia (SILVA, 2019).

Nas ILPIs existe uma grande necessidade na qualificação dos serviços e implantação de uma comunicação efetiva, mas, para que isso ocorra, são necessárias várias mudanças organizacionais e assistenciais. Dentre algumas características que devem ser observadas, destacam-se uma gestão acolhedora, recursos humanos e materiais de assistência suficientes para as demandas locais, ambiente harmonioso e que os profissionais envolvidos na assistência possam perceber suas potencialidades e fragilidades (FARIAS *et al.*, 2018).

COMUNICAÇÃO EFETIVA COMO META DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA PESSOAS IDOSAS (ILPIs)

Nos processos assistenciais de saúde podem ocorrer problemas que proporcionam riscos à saúde dos indivíduos que necessitam de assistência, os chamados eventos adversos, definidos como incidentes de segurança que provocam dano ao paciente durante o cuidado de saúde. Esses eventos são caracterizados como todas as circunstâncias que causam complicações indesejadas no atendimento ao paciente e não são atribuíveis à progressão da doença de base, mas sim a um evento imprevisível, indesejado ou ofensivo à saúde do paciente nos serviços de saúde (PENA; MELEIRO, 2018). Como estratégia para mitigar esses problemas, podem ser melhoradas as formas de comunicação entre a equipe de saúde e com os pacientes.

Em geral, os eventos adversos estão relacionados a falhas na passagem das informações entre os profissionais que compõem a equipe interdisciplinar, associados a longas jornadas de trabalho e registros de saúde realizados de maneira ilegível e incompleta (SOUSA *et al.*, 2020). A comunicação efetiva é um dos determinantes da qualidade ofertada e da segurança do paciente em serviços de saúde (OLINO *et al.*, 2019). Nas ILPIs, falhas na comunicação podem levar a sérios problemas à saúde dos residentes tendo em vista a maior vulnerabilidade apresentada por esses indivíduos, o que requer grande atenção dos profissionais que nelas atuam.

Ressalta-se que as consequências decorrentes da falha na comunicação estão geralmente relacionadas com os eventos adversos, como a dispensação incorreta de medicamentos, quedas, acidentes com os pacientes ou com os equipamentos médicos e surgimento de infecções (CARLESI *et al.*, 2017). Tais eventos são, em sua maioria, evitáveis caso sejam adotadas medidas de segurança como a comunicação efetiva proporcionando, conseqüentemente, melhorias na assistência prestada às pessoas idosas.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente surge como uma estratégia, ou ferramenta, que pode padronizar a assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde, minimizando a incidência de agravos e eventos adversos. A comunicação efetiva, enquanto uma das metas, é um item de maior atenção, devido à extrema necessidade de haver comunicação precisa, clara e objetiva entre profissionais, setores e paciente/familiar/cuidador, a fim de dar continuidade aos serviços de saúde com maior segurança (SOUSA *et al.*, 2020).

A efetividade da comunicação se dá quando os envolvidos no processo de cuidado compartilham informações de forma precisa e completa, registrando-as e revisando-as entre eles, a fim de verificar a precisão dos dados (OLINO *et al.*, 2019). A comunicação é fundamental para garantir a segurança do paciente independente do âmbito no qual ele está sendo atendido. Porém, nas ILPIs, a comunicação entre

a equipe que atua direta e indiretamente com os residentes é fundamental, não devendo se limitar aos profissionais da saúde devido aos aspectos que compreendem essas instituições, que estão ligadas à assistência social, mas que também ofertam assistência à saúde.

Nos processos de trabalho, os profissionais de saúde têm dificuldade em manter uma comunicação que favoreça o trabalho em equipe e a continuidade da assistência dentro e fora dos serviços. Uma das características que influenciam esse resultado pode ser a falta de padronização, incompetência ou falta de consciência da importância da comunicação efetiva como um preditor de qualidade na assistência (BAGNASCO *et al.*, 2013). A capacidade de se comunicar com eficácia, transmitindo informações precisas, oportunas, claras e sem ambiguidades, e que sejam compreensíveis pelo receptor, ajuda a reduzir as ocorrências desses erros. Para isso, é necessário que sejam implementados protocolos nas ILPIs visando a redução de incidentes e erros decorrentes de falhas na comunicação entre a equipe multiprofissional.

Para tanto, é necessário que cada profissional reconheça suas fragilidades e esteja emocionalmente preparado para atuar na assistência à saúde. Ademais, buscar uma linguagem clara é fundamental para uma relação respeitosa, sugerindo o fortalecimento de vínculo da equipe interdisciplinar e pacientes. A atuação profissional exige, então, humanização, habilidade, responsabilidade, comprometimento e por parte da gestão, a educação permanente em saúde (SOUSA *et al.*, 2020).

COMUNICAÇÃO EFETIVA NA RELAÇÃO DA EQUIPE COM A PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA

No cuidar da pessoa idosa, em especial aquelas que se encontram em situações mais vulneráveis, deve-se objetivar promover e estimular a sua independência, participação, autoestima e autocuidado. Porém, para cuidar, é necessário uma boa comunicação, uma vez que ela, nas suas diferentes formas, serve para legitimar comportamentos e ações. Comunicar é um processo dinâmico, verbal ou não verbal, permitindo que duas pessoas se tornem acessíveis uma à outra e que consigam pôr em comum sentimentos, opiniões, experiências e informações (PROCHET; SILVA, 2012).

A melhoria na comunicação durante os cuidados ofertados em ILPIs é uma questão que deve envolver todos os profissionais que atuam direta ou indiretamente na atenção às pessoas idosas. Isso se deve a possíveis comprometimentos nessa comunicação em decorrência de trocas de plantões, horários de trabalho, informações incorretas e incompletas acerca do uso de medicamentos, tipo de dieta, alergias, entre outros. Essa situação pode comprometer o acompanhamento, a administração correta das medicações e ainda, a observação quanto à alteração das prescrições em relação a suspensão ou substituição de medicamentos. Essas alterações devem ser informadas aos cuidadores, equipe multiprofissional e, quando possível, à família (MUNHOZ *et al.*, 2022).

Para além da comunicação interprofissional, existe a necessidade da comunicação interpessoal entre os cuidadores, as pessoas institucionalizadas e seus familiares. A família é um grande ponto de apoio no cuidado das pessoas idosas, melhorando ou aumentando os laços afetivos através de estratégias institucionais, fortalecendo os vínculos e melhorando a comunicação, que é uma variável de qualidade de assistência (CREUTZBERG *et al.*, 2019).

Por outro lado, a comunicação não efetiva, sobretudo com as pessoas idosas, pode apresentar ruídos, colocando em risco a qualidade da assistência prestada, pois o cuidado com a população idosa possui particularidades, tendo em vista a singularidade do processo de senescência. Com isso, torna-se imprescindível o fortalecimento da comunicação efetiva nas ILPIs, uma vez que a segurança das pessoas idosas depende do compartilhamento de informações precisas e claras, a fim de evitar possíveis desfechos adversos à saúde.

A qualidade assistencial voltada a essas pessoas exige diminuição da incidência desses eventos, incluindo a diminuição dos erros evitáveis, como a redução do risco de quedas e de iatrogenias. Isso porque os cuidados à pessoa idosa devem ser mais intensos, haja vista o fator idade, que os deixam mais vulneráveis a eventos adversos (SOUSA *et al.*, 2016). Além disso, a falta de comunicação clara e oportuna pode resultar em confusão e frustração por parte dos residentes e seus familiares, o que pode diminuir a confiança na equipe de saúde e levar a reclamações e processos judiciais.

A comunicação efetiva é uma das metas que embasam a segurança da pessoa idosa em ILPIs, sua ineficiência pode resultar em danos graves à saúde dessas pessoas. Ela envolve a comunicação verbal e não verbal e deve ser feita de forma clara, precisa e oportuna entre todos os profissionais que atuam nessas instituições. Isso ajuda a garantir que todos estejam cientes das necessidades e demandas das pessoas idosas e possam trabalhar juntos para fornecer um cuidado coordenado e eficaz.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A comunicação efetiva entre os profissionais de saúde e os pacientes é fundamental para evitar eventos adversos e é uma conduta primordial para a qualidade e segurança do serviço prestado no cuidado aos indivíduos. Além de ser um processo que visa garantir a compreensão e compartilhamento de mensagens enviadas e recebidas, a comunicação requer um bom gerenciamento das emoções, pois sentimentos e posturas de sensibilidade, empatia, confiança e respeito mútuo auxiliam na tomada de decisões.

Nos cuidados em saúde prestados às pessoas idosas, a comunicação merece ainda mais destaque, tendo em vista as peculiaridades do processo de envelhecimento. Além das dificuldades e barreiras de comunicação decorrente de possíveis limitações físicas, psíquicas e cognitivas, ou até mesmo como resultado da diversidade cultural e das diferentes experiências de vida dessa população. Nesse sentido,

clareza e coerência são fundamentais para um relacionamento cooperativo, que garanta resultados positivos tanto para a equipe, como para as pessoas idosas, seja qual for o contexto no qual estiverem.

As ILPIs devem priorizar a comunicação clara e precisa e implementar protocolos de comunicação padronizados, a fim de garantir que todas as informações sejam compartilhadas de maneira consistente e confiável. É importante que os profissionais de saúde sejam treinados regularmente em técnicas de comunicação eficazes, como escuta ativa, para garantir que a comunicação seja uma prioridade em todos os aspectos do cuidado às pessoas idosas institucionalizadas.

REFERÊNCIAS

- ALVES-SILVA, J. D.; SCORSOLINI-COMIN, F.; SANTOS, M. A. Idosos em instituições de longa permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 26, p. 820-830, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/qqS5Cdp9JcWBgW4Q84MDwsD/>. Acesso em: 14 fev. 2023.
- BAGNASCO, A. *et al.* Identifying and correcting communication failures among health professionals working in the Emergency Department. **International Emergency Nursing**, v. 21, n. 3, p. 168-172, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2012.07.005>. Acesso em: 21 fev. 2023.
- CREUTZBERG, M. *et al.* A comunicação entre a família e a Instituição de Longa Permanência para Idosos. **Rev Bras Geriat Gerontol**, v. 10, p. 147-160, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2007.10022>. Acesso em: 20 fev. 2023.
- FARIAS, E. S. *et al.* Comunicação efetiva: elo na segurança do paciente no âmbito hospitalar. **Cad Grad - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT - SERGIPE**, v. 4, n. 3, p. 139-139, 2018. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/5168>. Acesso em: 21 fev. 2023.
- LEMOS, G. C. *et al.* A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica. **Rev Enferm Centro-Oeste Mineiro**, v. 8, 2018. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v8i0.2600>. Acesso em: 14 fev. 2023.
- MOREIRA, F. T. L. S. *et al.* Estratégias de comunicação efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos e promoção da segurança do paciente. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 40, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180308>. Acesso em: 20 fev. 2023.
- MUNHOZ, N. C. *et al.* A importância do farmacêutico na adesão e conciliação medicamentosa de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Rev Terra & Cultura: Cad Ensino e Pesquisa**, v. 38, n. especial, p. 377-388, 2022. Disponível em: <https://periodicos.unifil.br/index.php/Revistateste/article/view/2785>. Acesso em: 20 fev. 2023.
- OLINO, L. *et al.* Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e Modified Early Warning Score. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 40, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180341>. Acesso em: 20 fev. 2023.
- OLIVEIRA, A.S. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Hygeia-Rev Bras Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 32, p. 69-79, 2019. DOI: <https://doi.org/10.14393/Hygeia153248614>. Acesso em: 18 fev. 2023.
- PENA, M. M.; MELLEIRO, M. M. Eventos adversos decorrentes de falhas de comunicação: reflexões sobre um modelo para transição do cuidado. **Rev Enferm UFSM**, v. 8, n. 3, p.616–625, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769225432>. Acesso em: 18 fev. 2023.
- PROCHET, T. C.; SILVA, M. J. P. Fatores ambientais como coadjuvantes na comunicação e no cuidar do idoso hospitalizado. **Rev Bras Enferm**, v. 65, p. 488-494, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000300014>. Acesso em: 17 fev. 2023.
- SILVA, J. P. A. **Humanização e cuidados de enfermagem à saúde da pessoa idosa**. Monografia. Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, 2019. Disponível em: <https://dspace.uniceplac.edu.br/handle/123456789/285>. Acesso em: 20 fev. 2023.

SOUSA, J. A. V. *et al.* Risco para quedas e fatores associados em idosos institucionalizados. **Revista Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 17, n. 3, p. 416-421, 2016. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000300016>. Acesso em: 20 fev. 2023.

SOUSA, J. B. A. *et al.* Comunicação efetiva como ferramenta de qualidade: Desafio na segurança do paciente. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 3, p. 6467-6479, 2020. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n3-195>. Acesso em: 20 fev. 2023.

Capítulo 6

Segurança medicamentos para pessoa idosa institucionalizada: uma abordagem multiprofissional

Alcides Viana de Lima Neto, Allyne Costa Siqueira, Gabriella Xavier Barbalho Mesquita, Jaiane Fabiola Medeiros Silva e Silva, Kamilla Sthefany Andrade de Oliveira, Lúvia Maria de Azevedo e Vilani Medeiros de Araújo Nunes

APRESENTAÇÃO

No ano de 2017, ao reconhecer que os medicamentos implicam em um elevado risco de danos aos usuários, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs o terceiro desafio global de segurança do paciente, intitulado de medicação sem danos. Tal desafio apresentou a meta de reduzir em 50% os danos graves e evitáveis relacionados ao uso de medicamentos para os cinco anos seguintes (WHO, 2017).

Logo, a segurança medicamentosa corresponde à adoção de processos com base na segurança do paciente. Diz respeito a rotinas e mecanismos que garantam a redução de riscos, danos evitáveis, bem como a probabilidade de erros e o seu impacto, em todas as etapas que envolvem o sistema de medicação, a saber: prescrição, revisão ou validação, distribuição/dispensação, preparo, administração até a monitorização de reações que possam acometer o usuário (MEDEIROS; SANTOS, 2019; OMS, 2021).

Especificamente nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), uma atenção a essas práticas precisa ser implementada. Esses locais representam contextos nos quais as pessoas idosas residentes podem fazer uso de diferentes medicamentos para o tratamento de doenças agudas e crônicas, o que demanda um cuidado especial por parte de todos os trabalhadores envolvidos nas ações. Portanto, esse capítulo objetiva discorrer sobre a segurança medicamentosa para pessoas idosas institucionalizadas.

PRÁTICAS SEGURAS NA PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA PESSOA IDOSA

A velhice não é doença, mas se sabe que a longevidade, o aumento da expectativa de vida e o processo de envelhecimento da população estão associados as mudanças no perfil epidemiológico das doenças, incluindo o aumento da ocorrência de doenças crônicas degenerativas, de incapacidades físicas e mentais, e ao maior consumo de medicamentos (PAGNO *et al.*, 2018). Nos últimos anos, a população idosa passa por uma falta de integração e centralização do cuidado que tem como consequência o atendimento por diversas especialidades médicas e uso de múltiplos medicamentos.

Considerando que a pessoa idosa frequentemente faz uso de diversos medicamentos e a complexidade dos processos a eles relacionados, a inclusão de práticas seguras nas ILPIs, incluindo a

participação da equipe de saúde, inclusive o profissional farmacêutico, possivelmente implicará em melhorias tanto na estrutura organizacional desses processos quanto no melhor manejo da farmacoterapia dos residentes, por meio do trabalho colaborativo com a equipe multiprofissional, com impactos positivos para as ILPIs, os idosos e, conseqüentemente, para o sistema de saúde (CRF-SP, 2021).

O uso de múltiplos fármacos por pessoas idosas desencadeia uma série de complicações físicas e psíquicas, o que leva a agravos à saúde e a prejuízos à qualidade de vida. Além disso, a polifarmácia está relacionada com a piora da adesão à farmacoterapia, surgimento de iatrogenias e aumento do risco de quedas (PAGNO *et al.*, 2018). Existe também uma associação entre a polifarmácia e o desenvolvimento da síndrome de fragilidade, condição que pode levar a pessoa idosa a um estado de maior vulnerabilidade, associado a um risco aumentado de declínio funcional, hospitalização, institucionalização e morte (AUGUSTI; FALSARELLA; COIMBRA, 2018).

Ao avaliar a incidência da polifarmácia em 304 idosos institucionalizados, um estudo identificou que a maior parte dos medicamentos associados à polifarmácia neste grupo foram aqueles com ação sobre o Sistema Nervoso Central (SNC), sendo os antipsicóticos e os antidepressivos os fármacos mais prescritos (MOREIRA *et al.*, 2020). Em outro estudo semelhante, foi constatado que os ansiolíticos da classe dos benzodiazepínicos foram os medicamentos mais prescritos e frequentemente associados à polifarmácia (ALVES; CEBALLO, 2017)

Acontece que os medicamentos psicotrópicos são considerados inapropriados para uso na população geriátrica, pois atuam sobre o Sistema Nervoso Central (SNC) modificando o seu funcionamento, podendo provocar alterações no humor, nas percepções, nos comportamentos e nos estados da consciência ou funções psíquicas (AMERICAN GERIATRIC SOCIETY, 2019). Ademais, seu uso pode causar maior risco de lesões por queda e hospitalizações, aumentar o risco de delirium e de dependência física e psicológica (YU *et al.*, 2017; OLIVEIRA; SANTOS, 2016).

Nesse sentido, a OMS, a partir do documento intitulado “Desafio Global para Segurança do Paciente” (2017), orienta sobre a necessidade de padronização de políticas, procedimentos e protocolos para adequação da polifarmácia; ademais, enfatiza ser imprescindível neste processo, a inclusão de ações relacionadas a análise inicial de prescrições e a revisão regular contínua dos medicamentos em uso. Desse modo, a prescrição de medicamentos para pessoas idosas exige planejamento e monitoramento a fim de evitar a polifarmácia e a cascata iatrogênica, sendo prudente que os médicos reavaliem os pacientes em uso de psicotrópicos a cada dois meses (SARMENTO; SANTOS, 2019). Além disso, os medicamentos constituem parte do tratamento e não possibilitam, isoladamente, a solução ou cura de doenças (BRASIL, 2018).

O cuidado na prescrição, no preparo e na administração dos medicamentos é fundamental para a segurança no cuidado prestado à pessoa idosa, tendo em vista os riscos da polifarmácia. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), polifarmácia é o uso rotineiro e concomitante de quatro ou mais medicamentos podendo assim, abrir espaço para o risco de interações medicamentosas, quando dois ou

mais fármacos interagem entre si, interferindo nos efeitos do outro, seja potencializando (aumentando o efeito) ou antagonizando (reduzindo) seu efeito. Além disso, pode desencadear erros na administração, levando a eventos adversos, que consiste em efeito nocivo, não intencional ou não desejado de uma droga, de acordo com a Frente Nacional de Fortalecimento à ILPI (2021).

No contexto assistencial, os erros na administração de medicamentos têm sido considerados eventos evitáveis e que podem provocar ou não danos nos usuários (BRASIL, 2013). Desse modo, para aumentar a segurança e prevenção de erros na administração de medicamentos, são recomendados os nove certos, que devem ser seguidos antes de se administrar qualquer medicamento, adaptados neste capítulo para uma pessoa idosa (BRASIL, 2020):

1. Idoso certo:

- a. Verificar se o medicamento a ser administrado será ao idoso para qual o medicamento foi prescrito.
- b. Diferentemente de ambiente hospitalar, o idoso não utilizará uma pulseira de identificação, tornando essencial checar com a própria pessoa o seu nome. No caso de não ser possível essa verificação devido às alterações no estado cognitivo, confirmar a identidade nos documentos pessoais, prontuário ou documentos semelhantes na própria ILPI.

2. Medicamento certo:

- a. Verificar se o nome do medicamento no rótulo é o mesmo que foi prescrito.
- b. Conferir se a pessoa idosa é alérgica ao medicamento prescrito. Caso ela seja, não administrar o medicamento e conversar com o prescritor para realizar a substituição.
- c. Registrar sempre no prontuário da pessoa idosa ou documento semelhante as alergias que ele apresenta e sinalizar para os profissionais, principalmente os cuidadores dessas alergias.

3. Hora certa:

- a. Garantir que a administração do medicamento seja feita sempre no mesmo horário correto, para assim alcançar a resposta terapêutica.

4. Via certa:

- a. Identificar a via de administração prescrita.
- b. Higienizar as mãos com água e sabão ou solução alcoólica antes de administrar o medicamento. Realizar antisepsia do local da aplicação quando se tratar da via parenteral.
- c. Identificar na pessoa idosa qual a conexão correta para a via de administração, em caso de administração via sonda nasogástrica, nasoenteral ou via parenteral.
- d. Caso necessário, esclarecer todas as dúvidas com um enfermeiro ou prescritor da receita. Se existir dificuldade de legibilidade da prescrição, esclarecer diretamente com o prescritor da receita.

5. Dose certa:

- a. Conferir atentamente a dose e unidade de medida prescrita para o medicamento; em caso de dúvida, consultar o prescritor.
- b. Medicamentos de uso “se necessário” deverão, quando prescritos, ser acompanhados da dose, posologia e condições de uso.

Importante: Não deverão ser administrados medicamentos em casos de prescrições vagas como: “fazer se necessário”, “conforme ordem médica” ou “a critério médico”. Apenas administrar caso haja a posologia descrita.

6. Registro certo:

- a. Realizar o registro em documento de controle interno da ILPI o horário de administração. Além disso, registrar qualquer ocorrência relacionada ao medicamento, tais como: adiamento, cancelamento, falta do medicamento, recusa do idoso e possíveis eventos adversos.

7. Razão/Orientação correta:

- a. Garantir que a razão pela qual o medicamento está sendo indicado, sua posologia ou qualquer outra informação é coerente à indicada para a necessidade da pessoa idosa. Esclarecer sempre qualquer dúvida junto ao prescritor.
- b. Orientar e instruir a pessoa idosa que irá receber o medicamento, sobre o nome, qual sua indicação, efeitos esperados e seus possíveis efeitos adversos, os quais devem ser monitorados.
- c. Garantir o direito à pessoa idosa de ter conhecimento sobre aspectos (cor e formato) dos medicamentos que está recebendo, sua frequência de administração, além da justificativa para sua indicação. Isso torna a pessoa idosa aliada a prevenção de erros de administração.

8. Forma certa:

- a. Avaliar se o medicamento contém a forma farmacêutica e a via de administração prescrita; caso seja necessário, realizar a trituração do medicamento para administração por sonda nasogástrica ou nasoentérica.

9. Resposta certa:

- a. Estar atento para identificar, quando possível, se o medicamento teve o efeito desejado. Para tal, deve-se manter uma comunicação clara com a pessoa idosa, quando possível, e/ou observar sinais de padrão de resposta usual.
- b. Registrar qualquer resposta incomum em prontuário de controle interno da ILPI.

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES

Segundo a RDC nº 36/2013 da ANVISA, todos os eventos adversos, incluindo os erros de medicação ocorridos nos serviços de saúde do país devem ser notificados pelo Núcleo de Segurança do Paciente ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), por meio do sistema de notificações em vigilância sanitária (NOTIVISA) (BRASIL, 2013b).

Contudo, de acordo com a RDC nº 502/2021 da ANVISA, as ILPIs são classificadas como instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania (BRASIL, 2021). Ou seja, as ILPIs não são classificadas como instituições de saúde, mesmo sendo um serviço que visa a promoção da saúde, protegendo as pessoas idosas de doenças e seus agravos.

AÇÕES PARA PREVENÇÃO DE ERROS

Diante do que já foi discutido acerca dos erros de medicamentos, acredita-se na importância de adotar medidas preventivas como a promoção de boas práticas em todas as etapas do processo de utilização de medicamentos a fim de propiciar barreiras que reduzam os riscos e, conseqüentemente, maior segurança aos pacientes (MIEIRO *et al.*, 2019).

Algumas recomendações para evitar os erros mais comuns envolvendo os medicamentos encontram-se abaixo (ISMP, 2019):

- a) retirar ou limitar o estoque de medicamentos de alto risco dos armários próximos ao alcance da pessoa idosa;
- b) confirmar e atualizar o registro de alergias a cada transição de cuidado;
- c) adotar *checklist* de verificação de alergias antes da administração do medicamento;
- d) envolver e educar a pessoa idosa e seus cuidadores no processo de prescrição e administração dos medicamentos para que eles contribuam na conferência e monitoramento;

INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA NA PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA

Como já foi citado, o processo de envelhecimento é marcado pelo surgimento de doenças crônicas, repercutindo no aumento do consumo de fármacos. O uso simultâneo de dois ou mais medicamentos, em muitos casos, se faz necessário, porém, traz a possibilidade de interação entre eles. A interação medicamentosa é definida como o evento clínico cujos efeitos de um fármaco são alterados em função de outro (MOREIRA *et al.*, 2017). As interações podem interferir na etapa de absorção, distribuição, metabolização e excreção do fármaco. Algumas dessas interações apresentam potencial para causar danos e são responsáveis pela deterioração clínica do idoso, enquanto outras são leves e não exigem medidas especiais (NEVES; SILVA; COSTA JUNIOR, 2018). Entretanto, uma parcela expressiva desses eventos adversos pode ser evitada realizando um processo de administração segura do medicamento.

Alguns estudos realizados em ILPIs concluíram que a interação medicamentosa é comum em pacientes que fazem uso de polifarmácia e há uma alta prevalência de interações consideradas graves e

com repercussões clínicas significativas (CAVALCANTE *et al.*, 2020; NISHIDA *et al.*, 2017). Identificar e avaliar essas interações é essencial para o estabelecimento de medidas preventivas de segurança na farmacoterapia, contribuindo para uma assistência à saúde eficaz e de qualidade à pessoa idosa.

Ademais, para que o cuidado ocorra de forma efetiva e segura, devem ser consideradas as várias mudanças fisiológicas decorrentes do próprio processo de senescência. Considerando a complexidade do tratamento farmacológico em pessoas idosas e da sua fragilidade ocasionada pela multimorbidade, é necessária a avaliação contínua da qualidade da terapia prescrita aos idosos institucionalizados, a fim de identificar eventuais reações adversas e/ou efeitos colaterais que prejudiquem a sua qualidade de vida (CAVALCANTE *et al.*, 2019).

Além da interação medicamentosa, as pessoas idosas estão expostas a interação droga-nutriente, que ocorre quando um nutriente ou componente presente no alimento interfere no mecanismo de ação de um fármaco no organismo. Alguns alimentos podem reduzir ou aumentar o efeito de um determinado medicamento e vice-versa. Idosos institucionalizados são um grupo de risco no cenário da interação fármaco-nutriente, considerando que no envelhecimento as várias funções fisiológicas e metabólicas são alteradas e refletem no estado nutricional dos idosos como um todo (PEIXOTO *et al.*, 2012; SANTOS; LIMA; SILVA, 2021).

Tendo em vista a longa permanência das pessoas idosas nas ILPIs, é indispensável uma avaliação criteriosa não somente acerca dos múltiplos medicamentos administrados, mas também em relação à prescrição dietoterápica atentando para os horários dos medicamentos e das refeições ofertadas. A equipe multidisciplinar deve prezar por boas condições nutricionais e assistência farmacêutica para garantia da qualidade de vida do idoso, pois a alimentação e as condições em que estas são oferecidas a eles são fatores essenciais na manutenção de um bom estado de saúde nessa população.

MEDICAMENTOS COM POTENCIAL RISCO DE QUEDAS

A queda é considerada na vida das pessoas idosas um evento comum, devido a degeneração fisiopatológica da senilidade, porém, sua incidência se configura um problema de saúde pública no tocante às suas consequências, que podem gerar fraturas, diminuição da qualidade de vida, do desejo de realizar atividades da vida diária e de sua autonomia (REIS; JESUS, 2017).

Está associada a condições multifatoriais, sendo a utilização de medicamentos uma delas. Por isso, deve existir o manejo do uso de fármacos que aumentam o risco de quedas. Esses causam efeitos como hipotensão ortostática, disfunção cognitiva, distúrbios de equilíbrio, tontura, sonolência, disfunção motora, alterações visuais e parkinsonismo (ISMP, 2017).

As classes medicamentosas mais comumente associadas aos episódios de quedas são, de acordo com seu grau de risco: opioides, psicotrópicos (incluindo antipsicóticos, hipnóticos sedativos e antidepressivos), medicamentos utilizados no tratamento de doenças cardiovasculares, anti-hipertensivos,

antiarrítmicos e diuréticos e hipoglicemiantes que incluem a insulina. Também deve-se considerar as interações medicamentosas entre agentes antidiabéticos e inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA) ou betabloqueadores (ISMP, 2017).

O uso concomitante de uma combinação de três ou mais agentes do sistema nervoso central (SNC) ou psicoativos (antidepressivos, antipsicóticos, benzodiazepínicos, hipnóticos agonistas dos receptores de benzodiazepínicos, não benzodiazepínicos, antiepilépticos e opioides) se configura como mais um fator de risco significativo para quedas (AMERICAN GERIATRIC SOCIETY, 2019).

Recomenda-se prescrever medicamentos benzodiazepínicos (ex.: alprazolam, lorazepam, clonazepam, diazepam) para idosos somente se indispensáveis e evitar seu uso por longo prazo. Se alternativas mais seguras não estiverem disponíveis, reduzir o uso de outros medicamentos ativos no SNC que aumentam o risco de queda (AMERICAN GERIATRIC SOCIETY, 2019).

COMUNICAÇÃO SEGURA NA PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

A comunicação de forma clara e assertiva é um fator primordial para a qualidade do cuidado e segurança do paciente. Falhas de comunicação, envolvendo o processo medicamentoso, tem sido um dos principais fatores que contribuem para a ocorrência de eventos adversos. Estão relacionadas à comunicação escrita ou não verbal, por meio das prescrições e formulários, e à comunicação verbal, através das relações interpessoais e profissionais (SILVA *et al.*, 2007; DISTRITO FEDERAL, 2019).

Algumas estratégias são utilizadas para diminuir o risco dessas falhas, sobretudo, da comunicação com a pessoa idosa, seja pela técnica do *read back* (ler de volta), *talkback* (falar de volta) na comunicação verbal ou pela comunicação não verbal, que é o caso de desenhos como o sol e a lua para indicar o horário de administração do fármaco. Além disso, uma ferramenta importante para a transição do cuidado entre os profissionais envolvidos é a ferramenta *Situation-Background-Assessment-Recommendation* (SBAR), a qual resume a comunicação em: situação, breve histórico, avaliação e recomendação, tornando-a sistemática e objetiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi exposto, é notório a importância da adesão às práticas seguras no que tange a assistência medicamentosa nas ILPIs e, acredita-se que muito ainda precisa ser feito para garantir uma boa adesão a essas práticas.

Embora não haja obrigatoriedade da implantação do Núcleo de Segurança do Paciente nessas instituições, é preciso sensibilizar os profissionais envolvidos no cuidado da pessoa idosa institucionalizada, sobretudo, da alta gestão, trabalhando a cultura de segurança institucional e a educação

permanente a fim de mitigar erros e oferecer um cuidado com maior qualidade e segurança para a pessoa idosa, especialmente no que diz respeito à segurança medicamentosa.

REFERÊNCIAS

ALVES, N. M. C.; CEBALLOS, A. G. C. Polifarmácia em idosos do programa universidade aberta à terceira idade. **Revista Saúde e Ciências Biológicas**, v. 6, n. 4, p.412-18, 2018. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/1910>. Acesso em: 12 fev. 2023.

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 67, n. 4, p. 674–94, 2019. Disponível em: <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jgs.15767>. Acesso em: 14 fev. 2023.

AUGUSTI, A. C. V.; FALSARELLA, G. R.; COIMBRA, A. M. V. Análise da síndrome da fragilidade em idosos na atenção primária - Estudo transversal. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-9, 2017. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1353>. Acesso em: 23 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução -RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da saúde, 2013b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 11 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Uso de medicamentos e medicalização da vida: Recomendações e estratégias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Práticas seguras para prevenção de erros na administração de medicamentos**. Brasília: ANVISA, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/cartazes/cartaz_12-ggtes_web.pdf. Acesso em: 10 fev. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução -RDC nº 502, de 27 de maio de 2021. **Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial**. Ministério da saúde: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2020/rdc0502_27_05_2021.pdf. Acesso em: 14 fev. 2023.

CAVALCANTE, M. L. S. N. *et al.* Segurança medicamentosa em idosos institucionalizados: potenciais interações. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 1, p. e20190042, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/TGrJpLkFCn6C7tcDNh5KN5C/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 fev. 2023.

CRF-SP. Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. Grupo Técnico de Trabalho de Cuidado Farmacêutico ao Idoso. **Manual de Orientação ao Farmacêutico: A atuação do farmacêutico em instituições de longa permanência para idosos**. Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo – São Paulo: CRF-SP. v. 22, n. 5, 22p. 2021. Disponível em: [cm.http://www.crfsp.org.br/documentos/materiaistecnicos/manual-orientacao_ilpi.pdf](http://www.crfsp.org.br/documentos/materiaistecnicos/manual-orientacao_ilpi.pdf). Acesso em 22 fev.2023.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde. Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde. **Protocolo de Atenção à Saúde Segurança do paciente: comunicação efetiva**. Portaria SES-DF Nº 31 de 16.01.2019 , publicada no DODF Nº 17 de 24.01.2019. 14f. Disponível em:

<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/87400/Seguran%C3%A7a+do+paciente+comunica%C3%A7%C3%A3o+efetiva.pdf/ca225b6f-7758-7067-4935-62ea715d12ed?t=1648647952152>

ISMP. Instituto para práticas seguras no uso de medicamentos. **Medicamentos potencialmente perigosos de uso hospitalar**. v. 4, n. 3, 2019. Disponível em: <http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2015/12/V4N3.pdf>. Acesso em: 25 de janeiro de 2022.

ISMP. Instituto para práticas seguras no uso de medicamentos. **Medicamentos associados à ocorrência de quedas**. Boletim ISMP Brasil. v. 6, n.1, p. 1-6, 2017. Disponível em: <https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2019/02/615-boletim-ismp-fevereiro-2019.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2023.

MEDEIROS, S. G.; SANTOS, V. E. P. Sistema de medicação e segurança do paciente à luz da teoria da complexidade. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 35, n. 2, p. 1-8, 2019. Disponível em: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2214>. Acesso em: 10 fev. 2023.

MIEIRO, D. B. et al. Estratégias para minimizar erros de medicação em unidades de emergência: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 1, p. 320-7, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/gMgPrLkFvyq3VvCz6KJhKH/?lang=en>. Acesso em: 16 fev. 2023.

MOREIRA, F. S. M. *et al.* Uso de medicamentos potencialmente inapropriados em idosos institucionalizados: prevalência e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2073-82, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mqWgy8Q6GsC5XDrvkmMCbJs/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2023.

MOREIRA, M. B. *et al.* Potenciais interações de medicamentos intravenosos em terapia intensiva. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, n. 1, e03233, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/sXTqnYnKBDR39mC5Q4CYCyM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 fev. 2023.

NEVES, E. A. O.; SILVA, N. C. H.; COSTA JUNIOR, C. E. O. Idosos, automedicação e o risco da interação medicamentosa: uma breve discussão a partir da literatura. **Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-PERNAMBUCO**, v. 3, n. 3, p. 71-71, 2018.

NISHIDA, F. P. *et al.* Interação medicamentosa em instituição de longa permanência para idosos do sul de Minas Gerais. **Jornal de Assistência Farmacêutica e Farmacoconomia**, v. 2, n. 3, p. 7-11, 2017. Disponível em: <https://www.ojs.jaff.org.br/ojs/index.php/jaff/article/view/54/27>. Acesso em: 14 fev. 2023.

OLIVEIRA, L. P. A.; SANTOS, S. M. A. Uma revisão integrativa sobre o uso de medicamentos por idosos na atenção primária à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 1, p. 167-79, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/bWPGJkRXG8wNtnc3Rds8jC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 fev. 2023.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Sistemas de notificação e aprendizagem de incidentes de segurança do paciente**. Leme, SP: Editora Mizuno, 2021. 91 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334323/9786555261950-por.pdf>. Acesso em: 30 mar 2023.

PAGNO, A. R. *et al.* A terapêutica medicamentosa, interações potenciais e iatrogenia como fatores relacionados à fragilidade em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 5, p.

610-19, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/gmCSJ5bcDCMjqH5bXHddLGF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2023.

PEIXOTO, J. S. *et al.* Riscos da interação droga-nutriente em idosos de instituições de longa permanência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 3, p. 156-64, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/Y4bjPcphxkTxGhbYKbvqjcm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2023.

REIS, K. M. C.; JESUS, C. A. C. Relação da polifarmácia e polipatologia com a queda de idosos institucionalizados. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 2, e3040015, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/pxpbpth8WyWPkTtWcX9Y5ML/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2023

SANTOS, M. R. T.; LIMA, A. P. R.; SILVA, R. C. Potenciais interações fármaco nutriente em idosos institucionalizados de Campo Mourão-PR. **SaBios-Revista de Saúde e Biologia**, v. 16, n. 1, e021008, 2021. Disponível em: <https://revista2.grupointegrado.br/revista/index.php/sabios/article/view/2919/1203>. Acesso em: 10 fev. 2023.

SARMENTO, G. A.; SANTOS, S. D. Perspectiva do usuário sobre o acompanhamento e o uso de psicotrópicos na atenção básica. **Essentia - Revista de Cultura, Ciência e Tecnologia da UVA**, v. 20, n. 2, p. 52-60, 2019. Disponível em: <https://essentia.uvanet.br/index.php/ESSENTIA/article/view/281>. Acesso em: 14 fev. 2022.

SILVA, A. E. B. C. et al. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 272-6, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/DqXMFD6MkDnQWWGzZ7qLsQP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 fev. 2023.

WHO. World Health Organization. **Medication without harm** – Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2017/05/WHO-Brochure-GPSC_Medication-Without-Harm-1.pdf. Acesso em: 10 fev. 2023.

YU, Nan-Wen *et al.* Association of benzodiazepine and Z-drug use with the risk of hospitalisation for fall-related injuries among older people: a nationwide nested case-control study in Taiwan. **BMC Geriatrics**, v. 17, n. 140, p. 1-9, 2017. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12877-017-0530-4>. Acesso em: 11 fev. 2023.

Capítulo 7

Segurança e prevenção de quedas na pessoa idosa institucionalizada

Ana Elza Oliveira de Mendonça, Ângelo Máximo Soares de Araújo Filho, Maria Aline Gomes de Oliveira, Maria Eduarda Silva do Nascimento, Vilani Medeiros de Araújo Nunes

APRESENTAÇÃO

Quedas são consideradas eventos adversos frequentes na população idosa e sua ocorrência induz ao desenvolvimento de complicações fisiopatológicas com variações quanto à gravidade e risco potencial de morte, resultando em custos adicionais aos serviços de saúde relacionados ao número de internações, cirurgias e outros tratamentos (BRASIL, 2021). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010), quedas definem-se como a locomoção involuntária do corpo para um nível inferior à posição inicial, associada a impossibilidade de retificação em tempo hábil. Indivíduos com idade avançada possuem maior propensão para a ocorrência de quedas em virtude de alterações relacionadas ao declínio funcional, restrição de atividades diárias e alterações na mobilidade corporal (SEGG, 2021).

A ocorrência de quedas em pessoas idosas nas Instituições de Longa Permanência (ILPI) denotam lacunas na segurança do paciente e favorecem o declínio nas condições de saúde. As quedas influenciam negativamente a qualidade de vida e, nas ILPIs, estão relacionadas a inadequação das condições estruturais que denotam a necessidade de adaptações do ambiente, conforme a Lei Federal nº 10.098/2000 (SOUZA FILHO *et al.*, 2022; BRASIL, 2000). Em consonância, a causa das quedas em indivíduos institucionalizados normalmente justificam-se pela ocorrência de confusão mental, problemas relacionados ao equilíbrio, dificuldades de marcha e vertigem (BRASIL, 2009).

Entre 2000 e 2019, houve o registro de 135.209 quedas em pessoas idosas com ocorrência de óbitos no Brasil (GONÇALVES *et al.*, 2022). De acordo com a OMS, um milhão de fraturas de fêmur em pessoas idosas foram notificadas em todo o mundo, deste total, houve 600 mil registros em território brasileiro e 90,0% correspondiam a acidentes relacionados às quedas (BRASIL, 2021). Paralelamente a isso, indivíduos com idade igual ou superior a 75 anos apresentam óbitos em 70% dos casos de fraturas secundárias a quedas (SEGG, 2021).

Nessa perspectiva, torna-se fundamental a avaliação das pessoas idosas e o reconhecimento de potenciais riscos que levem a ocorrência deste agravo por intermédio de classificações e/ou escalas para a predição de risco, que devem ser adotadas pelas instituições para o planejamento das atividades e ações preventivas de educação permanente em saúde com vistas a elevar a percepção das pessoas idosas sobre os riscos (SÁ *et al.*, 2022; SOARES *et al.*, 2022).

Sabe-se que a ocorrência de quedas em pessoas idosas geram custos para além da saúde física. Segundo dados disponíveis no Protocolo de Prevenção de Quedas do Ministério da Saúde do Brasil

(BRASIL, 2013), “dentre os pacientes que sofreram quedas, há relatos de maior ocorrência em pacientes em transferência para ambientes de cuidado de longa permanência”. O acometimento de quedas a este grupo acarreta variados custos sociais, econômicos e psicológicos que favorecem sua dependência coletiva, além de contribuir para a situação de institucionalização (ROSA; CAPPELLARI; URBANETTO, 2019).

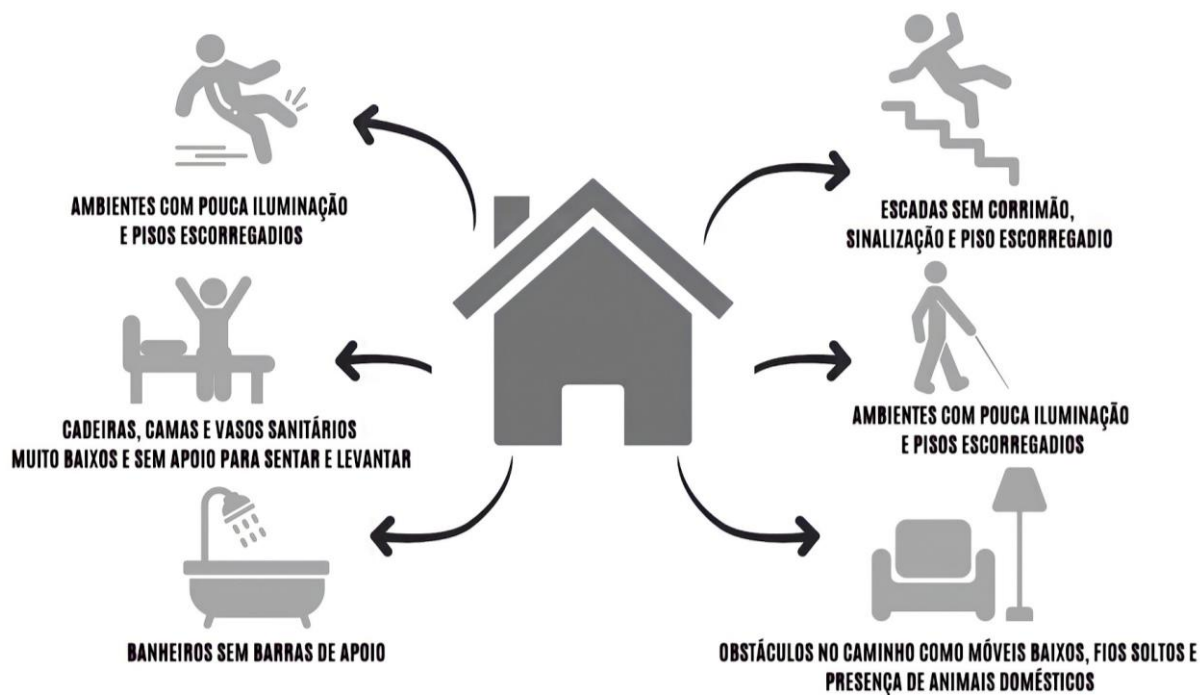
Existem diversos fatores de risco que contribuem para a ocorrência de quedas em pessoas idosas. Dentre os principais fatores tem-se a idade, fraqueza muscular, história prévia de queda, déficit cognitivo, desequilíbrio, tontura, uso de psicotrópicos e polifarmácia, além de, como mencionado anteriormente, a situação de institucionalização. Para melhor entendimento, pode-se dividir tais fatores de risco em duas categorias: fatores intrínsecos e extrínsecos, conforme o quadro 1 e figura 1 abaixo, respectivamente (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Quadro 1. Fatores de risco intrínsecos para ocorrência de quedas em pessoas idosas, Natal-RN, 2023.

FATORES INTRÍNSECOS relacionados com o processo de envelhecimento cronológico, constitutivos e individuais.		
Situação Sociodemográfica:	Condições Patológicas:	Condições Clínicas e Funcionais:
Idade, sexo feminino, ausência de cônjuge, queda prévia, medo de cair.	Síndrome de Parkinson, diabetes, artrose, incontinência urinária, vertigem, hipotensão ortostática, deficiência de vitamina D.	Alteração da marcha, problemas de mobilidade, alteração do equilíbrio, fraqueza muscular, limitação funcional, alteração da propriocepção, dor.
Polifarmácia:	Sistema Nervoso:	Atividade Física:
Utilização de cinco ou mais medicamentos, ocasionada pela polimorbidade ou pela administração irracional dos mesmos pelos idosos.	Situações que envolvem déficit cognitivo e depressão.	Realização de atividade física excessiva ou de risco.

Fonte: adaptado de Oliveira *et al.*, 2019.

Figura 1. Fatores de risco extrínsecos para ocorrência de quedas em pessoas idosas. Natal-RN, 2023.



Fonte: adaptado de Oliveira *et al.*, 2019.

Buscando-se o constante progresso na identificação de tais fatores de risco para a prevenção das quedas, devem ser adotados métodos de prevenção primária e secundária. A prevenção primária consiste em uma série de ações destinadas a eliminar os fatores de risco de uma doença ou condição com o objetivo de reduzir sua incidência de maneira geral, enquanto a prevenção secundária desempenha o papel de identificar e corrigir individualmente esses fatores para diminuir sua incidência. Sendo assim, a reavaliação periódica e vigilância a respeito dos possíveis eventos adversos sempre serão necessárias (ROSA; CAPPELLARI; URBANETTO, 2019; OLIVEIRA *et al.*, 2019).

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA

A utilização de escalas de avaliação de risco vem crescendo e se difundindo, impulsionando o desenvolvimento de melhores práticas baseadas em evidências. Essas escalas identificam fatores de risco para ocorrência de quedas e auxiliam no desenvolvimento do planejamento de intervenções. Entre os instrumentos de avaliação de risco de queda disponíveis na literatura internacional, duas escalas passaram pelo processo de adaptação transcultural para uso no Brasil, a *Morse Fall Scale* e a *Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool* (JH-FRAT), utilizadas com mais frequência nas instituições hospitalares (MARTINEZ *et al.*, 2019).

A Escala JH-FRAT foi elaborada por profissionais e pesquisadores do *Johns Hopkins Hospital* e *Johns Hopkins University School of Nursing*, nos Estados Unidos, com base em fatores de risco para prevenção de danos relacionados a quedas e direcionamento de intervenções compatíveis com as

necessidades identificadas. Por ser um instrumento confiável, com validade de conteúdo já destacada em 2014 em um hospital de grande complexidade no município de São Paulo, de custo relativamente baixo para aplicabilidade e simples operacionalização já demonstrada na versão brasileira, optou-se por utilizá-la neste capítulo (MARTINEZ *et al.*, 2019).

A escala é composta por oito áreas de avaliação com classificação de cada fator de risco: (1) situações prévias definidoras do risco: imobilidade (baixo risco), história pregressa de queda (alto risco), história de queda durante a internação (alto risco) e o paciente é considerado de alto risco segundo protocolo (alto risco); (2) Idade; (3) história de queda; (4) eliminações; (5) medicação; (6) equipamentos assistenciais; (7) mobilidade; (8) cognição. A somatória dos pontos fornece um escore que é categorizado em baixo risco, risco moderado e alto risco definidas para direcionar medidas preventivas (PARAIZO; IWAMOTO, 2018).

Mapear o risco de queda por meio da escala Johns Hopkins (JH-FRAT) é uma prática assistencial aplicada em pacientes adultos hospitalizados, podendo ser utilizada também para avaliação de risco de queda em pessoas idosas institucionalizadas, onde o percentual de queda vem crescendo e afetando a qualidade de vida e bem estar desses indivíduos. Esta ferramenta de estratificação de risco é altamente eficaz quando combinada com um protocolo abrangente de produtos e tecnologias de prevenção de quedas (FERREIRA *et al.*, 2019; ALMEIDA; MEUCI; DUMITH, 2019; HOPKINS, 2011).

Diante desse contexto, se faz necessário a priorização da atenção diária para prevenção de quedas, fazendo uso de ferramentas como a escala de JH-FRAT para identificação precoce do risco de queda e prevenção de futuras complicações sendo sua utilização um instrumento de grande importância para o enfermeiro em instituições de longa permanência (ILPI).

Quadro 2. Escala de Avaliação do Risco de Queda Johns Hopkins - JH-FRAT. Natal-RN, 2023.

<p>Selecione uma das situações a seguir, se aplicável. Caso alguma delas esteja presente, desconsidere o restante da escala e assinale a categoria do risco (baixo ou alto) correspondente.</p> <p>() Paralisia completa ou imobilização completa (condição clínica de paralisia ou imobilidade completas, exceto por uso de contenção/restrrição). Implementar intervenções básicas de segurança (baixo risco de queda).</p> <p>() Paciente com história de duas ou mais quedas nos seis meses anteriores à admissão. Implementar intervenções de alto risco de queda durante todo o período da internação.</p> <p>() Paciente apresentou uma queda durante a internação atual. Implementar intervenções para alto risco de queda durante o período de internação.</p> <p>() Paciente é considerado de alto risco de queda de acordo com protocolos específicos. (por exemplo, risco de sangramento, fragilidade óssea, procedimentos cirúrgicos há menos de 48 horas). Implementar intervenções para alto risco de queda de acordo com protocolo.</p>	
<p>Complete a sequência e calcule a pontuação de risco de queda. Se nenhuma opção for marcada, será 0.</p>	<p>Pontos</p>

Idade <input type="checkbox"/> 60-69 (1 ponto) <input type="checkbox"/> 70-79 (2 pontos) <input type="checkbox"/> 80 anos e mais (3 pontos)	
Histórico de queda (selecione apenas a opção a seguir, se aplicável) <input type="checkbox"/> Uma queda nos seis meses anteriores à admissão (5 pontos)	
Eliminações: intestinais e urinárias (selecione apenas uma opção) <input type="checkbox"/> Incontinência (2 pontos) <input type="checkbox"/> Urgência ou aumento da frequência (2 pontos) <input type="checkbox"/> Urgência/aumento da frequência e incontinência (4 pontos)	
Uso de medicamentos de alto risco de quedas: opióides, anticonvulsivantes, anti-hipertensivos, diuréticos, hipnóticos, laxantes, sedativos e psicotrópicos (selecione apenas uma opção) <input type="checkbox"/> Em uso de um medicamento de alto risco de queda (3 pontos) <input type="checkbox"/> Em uso de dois ou mais medicamentos de alto risco de queda (5 pontos) <input type="checkbox"/> Procedimento sob sedação nas últimas 24 horas (7 pontos)	
Equipamentos assistenciais: qualquer equipamento que comprometa a mobilidade do paciente (por exemplo, sondas, drenos, cateteres, compressores pneumáticos e outros) (selecione apenas uma opção) <input type="checkbox"/> Um equipamento (1 ponto) <input type="checkbox"/> Dois equipamentos (2 pontos) <input type="checkbox"/> Três ou mais equipamentos (3 pontos)	
Mobilidade (escolha todas as opções aplicáveis e some os pontos) <input type="checkbox"/> Necessita de auxílio ou supervisão para mobilização, transferência ou deambulação (2 pontos) <input type="checkbox"/> Marcha instável (2 pontos) <input type="checkbox"/> Comprometimento visual ou auditivo que afeta a mobilidade (2 pontos)	
Cognição (escolha todas as opções aplicáveis e some os pontos) <input type="checkbox"/> Percepções alteradas do ambiente físico desconhecido (1 ponto) <input type="checkbox"/> Impulsividade (comportamento imprevisível ou arriscado) (2 pontos) <input type="checkbox"/> Falta de entendimento de suas limitações físicas e cognitivas (4 pontos)	
Somatória dos pontos	
Baixo risco: escore de 0-5 pontos Risco moderado: escore de 6 a 13 pontos Alto risco: escore maior do que 13 pontos	

Copyright © 2007 by The Johns Hopkins Health System Corporation. All rights reserved.

O emprego da escala deverá ocorrer sempre que houver mudança na condição de saúde do paciente/pessoa idosa, declínio cognitivo, mudança de ambiente (como troca de quarto ou mobiliário) e após ocorrência de queda, preferencialmente por um enfermeiro treinado, conforme rotina institucional. Frente a pessoa idosa com risco identificado, a equipe multiprofissional desenvolverá ações preventivas universais para prevenção de queda conforme ilustrado no quadro 2.

Quadro 2. Cuidados universais da equipe multidisciplinar para prevenção de queda. Natal-RN, 2023

CUIDADOS UNIVERSAIS PARA PREVENÇÃO DE QUEDA		
Equipe multidisciplinar	Infraestrutura	Educação e sensibilização
<p>Atender as necessidades de ajuda do idoso no que diz respeito:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ida ao banheiro, troca de fraldas, uso de papagaio ou comadre; - Movimentação de cama para a com poltrona (realizar em dupla); - Deixar ao alcance do paciente telefone e outros itens utilizados com frequência; - Avaliar constantemente a possibilidade de retirada de dispositivos; 	<p>Proporcionar um ambiente seguro adotando iniciativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manter área livre para deambulação; - Manter grades superiores da cama elevadas; - Manter cama baixa e travada; - Viabilizar iluminação adequada e utilizar “luz noturna”; - Manter chão limpo e seco; - Manter o ambiente organizado; 	<p>Informar ao idoso e Cuidador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quais os riscos e cuidados necessários para evitar queda; - Quanto ao uso de sapatos e roupas de tamanho adequados; - Movimentar o idoso em dupla; - Evitar deixar o idoso sozinho;

Fonte: PARAIZO *et al.*, 2018.

Essas ações devem ocorrer na admissão e durante a permanência da pessoa idosa em ambiente hospitalar, domiciliar e na ILPI. Além das medidas universais de prevenção de quedas pode ser necessário implementar ações preventivas de acordo com o grau de risco e/ou individualizar as ações, visto que os fatores contribuintes podem ser diferentes de acordo com as particularidades de cada pessoa idosa.

As intervenções descritas no Quadro 3, são classificadas como de baixo custo e estão em conformidade com evidências internacionais. Contudo, faz-se necessário considerar todos os fatores preditores de queda em pessoas idosas para que sejam planejadas intervenções efetivas para prevenir sua ocorrência, considerando as características físicas, clínicas e cognitivas. Adicionalmente, deve-se usar adequadamente os recursos materiais disponíveis e investir em capacitação dos profissionais e colaboradores que atuam na ILPI (DOURADO JÚNIOR *et al.*, 2022).

Quadro 3. Intervenções preventivas de acordo com o risco de queda. Natal, RN, 2023.

<p>Risco de Queda BAIXO (JH-FRAT 0 a 5 PONTOS):</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados universais para prevenção de quedas; - Avaliar a compreensão sobre orientações para a prevenção de queda no idoso;
<p>Risco de Queda MODERADO (JHF-RAT 6 a 13 PONTOS):</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Implementar medidas do Baixo Risco; - Realizar “rondas” a cada 3 horas para avaliar conforto e segurança do idoso ou conforme rotina institucional; - Manter as 4 grades elevadas se RASS ≠0;

<p>Risco de Queda ALTO/DANO GRAVE (JH-FRAT >13 PONTOS):</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Implementar medidas do Baixo e Moderado Risco; - Orientar o paciente a não levantar sem a presença do cuidador ou enfermagem; - Movimentar o paciente na cama sempre em 2 profissionais; - Recomenda-se a utilização de cinto de segurança nos equipamentos de transporte interno (cadeira de rodas); - Avaliar diariamente a possibilidade de retirada de dispositivos invasivos, caso possua; - Orientações diárias ao idoso e cuidador sobre prevenção de quedas; - Sinalização de risco de queda conforme protocolo institucional de segurança do paciente (utilização de pulseira, placa beira leito).
--	---

Fonte: PARAIZO *et al.*, 2018.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A melhor abordagem para o evento queda é a prevenção. Assim, deve-se conhecer o risco por meio da avaliação mediada pela utilização de escalas validadas e de fácil aplicação, sinalizar o risco de queda, planejar as ações mais adequadas respeitando as necessidades individuais, adequar o ambiente e promover atividades educativas e de sensibilização da pessoa idosa, familiares e profissionais nas ILPI.

Ademais, a ocorrência de quedas constitui-se em um importante marcador da qualidade da atenção à saúde em instituições, portanto, deve ser monitorada enquanto indicador para o cuidado seguro em Instituições de Longa Permanência. Nessa perspectiva, medidas e estratégias devem ser elaboradas com vistas a aprimorar a prática do cuidado seguro e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida desta população por meio de ações de educação em saúde das pessoas idosas e qualificação profissional dos trabalhadores.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. M. da S.; MEUCI, R. D.; DUMITH, S. C. Prevalence of falls in elderly people: a population based study **Rev. Assoc. Med. Bras.** v. 65, n. 11, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/9pnFVHM8jk8dQTzSprxY3zy/?lang=en>. Acesso em: 13 fev. 2023.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Protocolo Prevenção de Quedas**. Rio de Janeiro: ANVISA, 2013. Disponível em: http://www.saude.mt.gov.br/upload/controle-infeccoes/pasta12/protocolos_cp_n6_2013_prevencao.pdf. Acesso em: 13 fev. 2023.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA - ABGG. **Dia mundial de prevenção de quedas**. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://sbgg.org.br/dia-mundial-de-prevencao-de-quedas/>. Acesso em: 13 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO). Dicas de Saúde. **Quedas em Idosos**. 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/184queda_idosos.html. Acesso em: 14 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.098, de 19 de Dezembro de 2000**. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília - DF, 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/110098.htm. Acesso em: 15 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dia Mundial de Prevenção de Quedas alerta para importância das medidas de prevenção**. Brasília - DF, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufmg/comunicacao/noticias/dia-mundial-de-prevencao-de-quedas-alerta-para-importancia-das-medidas-de-prevencao>. Acesso em 13 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice**. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo - SP. 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_prevencao_quedas_velhice.pdf. Acesso em: 15 fev. 2023.

DOURADO JÚNIOR, F. W. *et al.* Interventions to prevent falls in older adults in Primary Care: a systematic review. **Acta Paul Enferm.** v. 35, eAPE02256, 2022. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002022000100519&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 fev. 2023.

FERREIRA, L. M. B. M et al. Artigo: Quedas recorrentes e fatores de risco em idosos institucionalizados. **Ciênc. saúde colet.** v. 24, n. 1, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/yWrZ8Nt9jdwzXTjfrkVhDhM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 de fev. 2023.

GONÇALVES et al. Tendência de mortalidade por quedas em idosos, no Brasil, no período de 2000–2019. **Rev bras epidemiol.** v. 25, e220031, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720220031.2>. Acesso em: 15 fev. 2023.

JOHNS H. H. **Fall risk assessment, prevention and management, adult**. In: Nursing practice and organization manual vol II: clinical protocols and procedures. Baltimore, MD: The Johns Hopkins Hospital; 2011.

MARTINEZ, M. C. et al. Validade e confiabilidade da versão brasileira da Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool para avaliação do risco de quedas. **Rev bras Epidemiol**, v. 22, 2019. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rbepid/2019.v22/e190037/pt>. Acesso em: 12 fev. 2023.

OLIVEIRA, S. L. F. *et al.* Risk factors for falls in elderly homes: a look at prevention. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 3, p. 1568–95, 2019. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/1390>. Acesso em: 12 fev. 2023.

PADILHA, R. C. S.; MARTINS, W. O profissional enfermeiro no processo de cuidar de idosos institucionalizados: uma visão singular e humanística. **RECISATEC-revista científica saúde e tecnologia**, v. 2, n. 12, e212227, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.53612/recisatec.v2i12.227>. Acesso em 13 fev. 2023.

PARAIZO, V. M. C.; IWAMOTO, V. E. Protocolo de prevenção de quedas. **Diretriz Clínica QPS 004/2018 VERSÃO 2**. 2018. Disponível em: <https://www.studocu.com/pt-br/document/universidade-estadual-do-piaui/fundamentos-de-enfermagem/protocolo-prevencao-de-quedas/42931484>. Acesso em: 12 fev. 2023.

ROSA, V. P. P.; CAPPELLARI, F. C. B. D.; URBANETTO, J. S. Analysis of risk factors for falls among institutionalized elderly persons. **Rev bras geriatr gerontol**, v. 22, n. 1, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180138>. Acesso em: 12 fev. 2023.

SÁ, G. G. M. *et al.* Effectiveness of an educational video in older adults' perception about falling risks: a randomized clinical trial. **Rev esc enferm USP**, v. 56, e20210417, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0417>. Acesso em: 13 fev. 2023.

SOARES, C. R. *et al.* Adherence and barriers to drug therapy: relationship with the risk of falls in older adults. **Texto & contexto Enferm**, v. 31, e20200552, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0552>. Acesso em: 13 fev. 2023.

SOUSA FILHO, A. E. et al. Instituições de longa permanência para idosos: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 15, e531111537573, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/37573>. Acesso em: 13 fev. 2023.

Capítulo 8

Prevenção de lesão por pressão na pessoa idosa institucionalizada

Ana Elza Oliveira de Mendonça, Ângelo Máximo Soares de Araújo Filho, Maria Eduarda Silva do Nascimento, Rita de Cássia Azevedo Constantino

APRESENTAÇÃO

A pele é considerada o maior órgão do corpo humano e representa de 12% a 15% de todo o peso corporal. A sua composição inclui três camadas principais: epiderme, derme e hipoderme. Junto aos fâneros (glândulas, unhas e pelos), constituem um sistema de proteção que recobre todo o corpo e separa o meio interno dos agentes externos, além de ser um importante regulador de temperatura corpórea e receptor tátil (HALL; HALL, 2021).

Com o avanço da idade, a pele se torna mais frágil e ressecada devido a diminuição da produção de suor e de sebo pelas glândulas, assim como a atenuação da presença de fibroblastos na derme, que são células responsáveis pela produção de colágeno e elastina. Além disso, o processo de envelhecimento do órgão ocorre simultaneamente de forma extrínseca, ocasionado por razões ambientais como exposição solar, tabagismo, hábitos nutricionais e profissão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2019).

Para a pessoa idosa, principalmente as que têm a mobilidade prejudicada, longos períodos em uma mesma posição ou decúbito, somados aos fatores intrínsecos e extrínsecos contribuem para a ocorrência da Lesão por Pressão (LPP) (BÔTO *et al.*, 2022). Conforme o Guia de consulta rápida elaborado pela *European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance*, a lesão tem maior potencial de se formar em locais de proeminência óssea, seja por pressão ou fricção, relacionado ou não ao uso de dispositivos médicos (EPUAP; NPIAP; PPIA, 2019). A avaliação é feita classificando-a em 4 estágios, conforme o quadro 1.

Quadro 1. Classificação da LPP conforme o Guia de Consulta Rápida. Natal/RN, Brasil, 2023.

CLASSIFICAÇÃO	CARACTERÍSTICAS
Estágio 1	Pele íntegra com eritema não branqueável.
Estágio 2	Perda de espessura parcial da pele com exposição da derme. Tecido adiposo e ósseo não visíveis. Sem presença de tecido de granulação, esfacelo ou escara.
Estágio 3	Perda total da espessura da pele, com tecido adiposo visível. Possível presença de esfacelo, descolamento e tunelamento.

Estágio 4	Perda total da espessura da pele. Músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso visível. Possível presença de esfacelo.
Não Classificável	Lesão coberta por esfacelo ou escara, impossibilitando a avaliação.

Fonte: EPUAP; NPIAP; PPIA, 2019.

O estágio da lesão varia de 1 a 4, classificando a integridade da pele do estágio menos prejudicado para o mais, seguido pela lesão não classificável (EPUAP; NPIAP; PPIA, 2019.). O tratamento varia de acordo com o estágio, necessidade e insumos disponíveis, desde a utilização de tecnologias, como a laserterapia, até o uso de produtos naturais, que são uma forma alternativa de cobertura bastante difundida no Brasil (BASTOS *et al.*, 2022).

A avaliação da lesão pela equipe multidisciplinar deve atentar-se à causa, além de ser feita diariamente na perspectiva da prevenção e da identificação precoce, ou seja, LPP em estágio 1 e 2 (BASTOS *et al.*, 2022). Nesta circunstância, o enfermeiro é o responsável técnico pela avaliação de forma holística da pessoa idosa com LPP, prescrição da cobertura adequada e evolução diária, assim como supervisão da equipe de enfermagem e interação com os demais membros da equipe multidisciplinar (BÔTO *et al.*, 2022).

O plano terapêutico adotado para o tratamento é discutido entre a equipe multidisciplinar e gera custos diretamente proporcionais ao estágio da lesão, devido a necessidade de coberturas especiais e trocas mais frequentes dos curativos de acordo com a quantidade de exsudato e especificidade dos produtos utilizados. Um ponto a ser ressaltado sobre o cuidado com a LPP, tanto para prevenção como para o tratamento, é a importância do investimento na educação permanente da equipe, por ser a prevenção um método mais eficiente e econômico quando comparado a compra de insumos para realização de curativos (BASTOS *et al.*, 2022).

No contexto das Instituições de Longa Permanência (ILPIs), o risco de ocorrência de LPP está presente em pelo menos 80% das pessoas idosas institucionalizadas, logo, é essencial o uso de ferramentas adequadas para otimizar o cuidado (SARDELLI *et al.*, 2021). Considerando a escassez de recursos que muitas das ILPIs enfrentam, uma forma menos onerosa de prevenção é a elaboração de protocolos para realização de procedimentos e inclusão do uso de escalas de predição de risco no dia a dia, a fim de promover uma assistência mais adequada às necessidades individuais de cada idoso (BASTOS *et al.*, 2022).

Com vistas a proporcionar qualidade de vida e bem-estar aos idosos hospitalizados e/ou institucionalizados, profissionais de enfermagem fazem o uso rotineiramente de escalas preditivas para a identificação dos aspectos que favorecem o desenvolvimento do comprometimento cutâneo. Inicialmente, a tomada de conduta e recomendações relacionadas à LPP são estabelecidas na admissão dos indivíduos nas instituições de saúde, considerando os aspectos biopsicossociais e as condições de saúde individuais (SOUSA, 2021; JANSEN; SILVA; MOURA, 2020).

A LPP constitui um problema de saúde persistente em pessoas idosas acamadas e residentes de Instituições de Longa Permanência (ILPI), contudo, a maior parte das lesões podem ser evitadas mediante a implementação de cuidados, tornando-se o monitoramento da LPP um importante indicador de qualidade assistencial. Dentre os aspectos que contribuem para a incidência deste incidente, têm-se a mobilidade prejudicada e o alto grau de dependência como fatores que interferem diretamente no estadiamento deste agravo (BARBOSA; FAUSTINO, 2021; CABRAL; VASCONCELOS; OLIVEIRA, 2021; CONCEIÇÃO; SANTOS; MACIEL, 2021).

A população com idade avançada apresenta maior risco para o desenvolvimento de lesões, evidencia-se a necessidade da ampliação de ações voltadas à educação em saúde e atualização do conhecimento aplicada aos profissionais. As capacitações estimulam a profilaxia das LPP e devem envolver também as pessoas idosas, seus cuidadores e familiares (SARDELI *et al.*, 2021; JANSEN; SILVA; MOURA, 2020).

Para além dos impactos indesejados sobre a saúde da pessoa idosa, a ruptura da integridade da pele estimulada por pressão resulta no aumento exponencial de custos, sobrecarga dos serviços de saúde e aumento no número de óbitos. Dessa forma, evidencia-se a necessidade de mitigar a frequência deste problema em ILPI e demais âmbitos assistenciais (SOUSA, 2021).

A fisiopatologia responsável por induzir o comprometimento cutâneo é o que ampara os critérios de avaliação estabelecidos na escala de Braden. Nessa perspectiva, o instrumento apresenta subescalas que analisam os aspectos relacionados à percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento. A classificação é atribuída a partir da estratificação dos indivíduos em estágios que variam entre 6 a 23 pontos, considera-se: “risco muito alto” (escore igual ou menor que nove), “risco alto” (igual ou entre 10 e 12), “risco moderado” (escore 13 ou 14) e “baixo risco” (escores 15 a 18) (BRASIL, 2022).

Quadro 2. Classificação do risco para o desenvolvimento de LPP conforme Escala de Braden e recomendações assistenciais em saúde. Natal/RN, Brasil, 2023.

CLASSIFICAÇÃO ESCALA DE BRADEN	RECOMENDAÇÕES
→ RISCO BAIXO 15-18 pontos	Cronograma de mudança de decúbito; Otimização da mobilização; Proteção do calcanhar; Manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, bem como uso de superfícies de redistribuição de pressão.
→ RISCO MODERADO 13-14 pontos	Continuar as intervenções do risco baixo; Mudança de decúbito com posicionamento a 30°.
→ RISCO ALTO 10-12 pontos	Continuar as intervenções do risco moderado; Mudança de decúbito frequente; Utilização de coxins de espuma para facilitar a lateralização a 30°.

<p>→ RISCO MUITO ALTO ≤ 9 pontos</p>	<p>Continuar as intervenções de alto risco; Utilização de superfícies de apoio dinâmico com pequena perda de ar, se possível; Manejo da dor.</p>
--	--

Fonte: BRASIL, 2022.

A utilização de escalas de predição de risco auxiliam na identificação de alguns fatores de risco para o acometimento de LPP na pessoa idosa. A importância de reconhecer alguns destes fatores específicos que colocam este grupo em risco, consiste em subsidiar a análise e definição das intervenções adequadas, além de auxiliar no planejamento e implementação de ações voltadas para a prevenção (FARIAS; QUEIROZ, 2022).

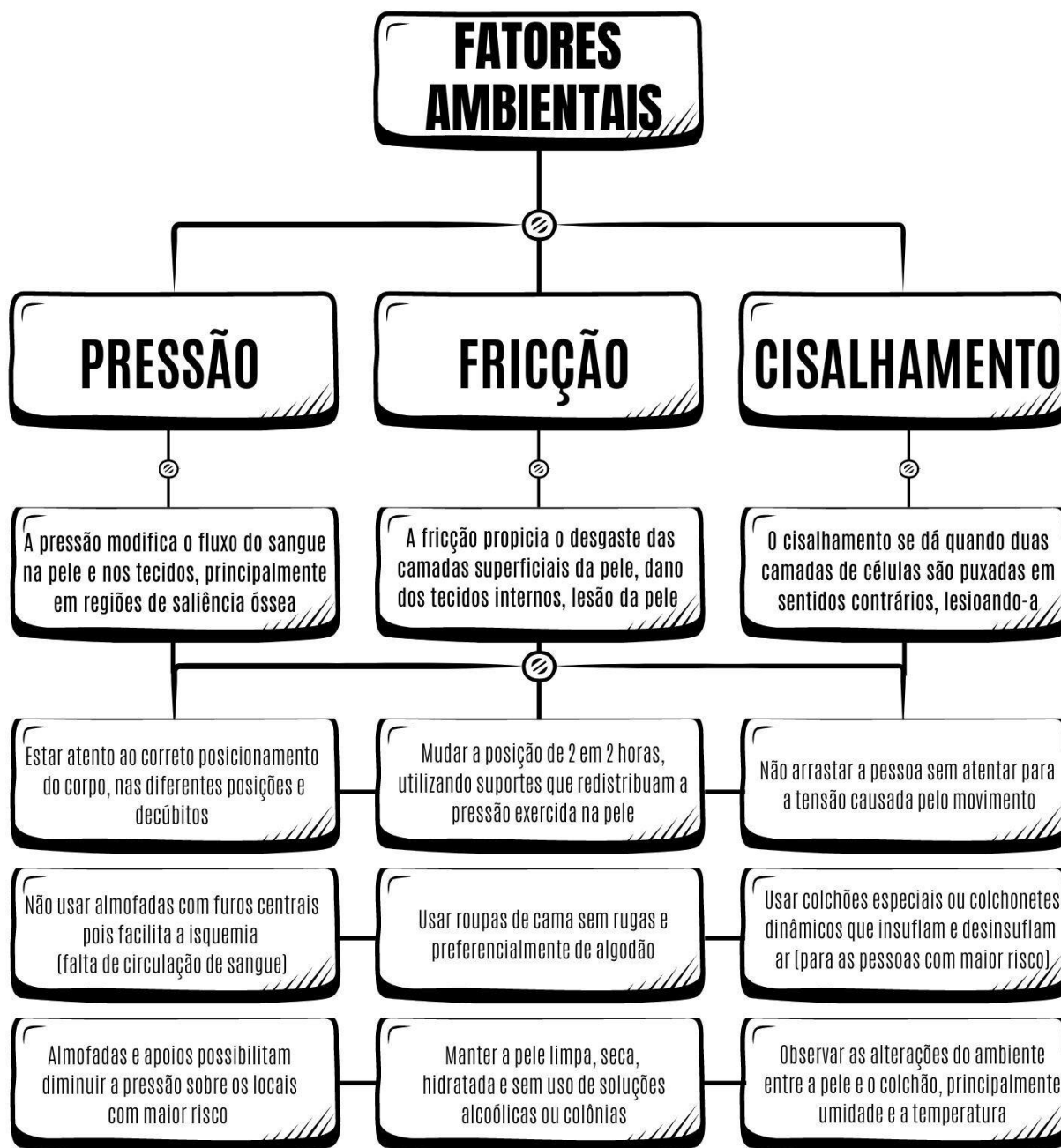
Entre os cuidados gerais estão a avaliação diária da pele, uma boa higiene para mantê-la seca e hidratada e mudanças periódicas de posição de acordo com as necessidades de cada pessoa. Contudo, a análise e escolha dos métodos preventivos, requer a compreensão que alguns fatores que contribuem para o surgimento de LPP estão relacionados às condições do ambiente (FARIAS; QUEIROZ, 2022).

Dentre o grupo de fatores que contribuem para esta condição têm-se os riscos ambientais. Em pessoas restritas ao leito, a formação da LPP resulta de um ou mais dos seguintes fenômenos físicos: pressão, fricção e cisalhamento (RIBEIRO *et al.*, 2022). Uma série de cuidados devem ser tomados considerando os mecanismos envolvidos em cada um destes fenômenos (Figura 1).

Compreender os mecanismos é importante para elaborar cuidados preventivos visando manter a integridade da pele e evitar o acometimento da LPP em idosos, como o uso de materiais e equipamentos adequados, torna-se acessível a assistência completa e de qualidade à pessoa idosa nesta condição. A partir desse conhecimento, contribui-se para o incentivo e autonomia da equipe responsável por empregar os meios preventivos que estão disponíveis e que poderão ser utilizados na prevenção da LPP (RIBEIRO *et al.*, 2022).

Além dos fatores de risco já descritos, existem os fatores institucionais que interferem na prevenção de lesão por pressão dentro das ILPI, como a falta de motivação dos cuidadores, ausência de capacitações, falta de planejamento de cuidados de prevenção e ausência ou inadequação da aplicação de medidas de prevenção (RIBEIRO *et al.*, 2022). Com o entendimento que a prevenção é a melhor estratégia para evitar LPP e que os cuidados devem ser implementados por todos os membros da equipe, recomenda-se atenção especial aos idosos com mobilidade física prejudicada ou que apresentam limitação física, para a necessidade de descompressão (mudar a posição ou decúbito para aliviar a pressão e melhorar a irrigação sanguínea da pele em intervalos de tempo regulares). Recomenda-se também o uso de recursos materiais adequados como as espumas multicamadas em áreas de proeminências ósseas, higiene e hidratação da pele e controle da umidade (trocar fraldas, lençol, manter ambiente arejado).

Figura 1. Fatores de risco ambientais para o acometimento de lesão por pressão na pessoa idosa e formas de prevenção para tal condição. Natal/RN, Brasil, 2023.



Fonte: adaptado de Brasil, 2022.

No Brasil, a necessidade de recursos humanos motivaram o surgimento de uma nova ocupação, denominada “cuidador de idosos”. Os quais desenvolvem atividades de maneira integral ou intercalada, para o acompanhamento e a realização de cuidados que anteriormente eram atribuídos unicamente aos familiares, como cuidados básicos de higiene, alimentação e bem-estar (SILVEIRA *et al.*, 2023).

No Brasil, com o propósito de fomentar um cuidado mais seguro, o Ministério da Saúde (MS) instituiu um projeto de lei (nº 76 de 2020), que está em tramitação e que estabelece e regulamenta a profissão de cuidador, com vistas a promover o cuidado em saúde seguro e aparato legal para o

desenvolvimento desta ocupação (BRASIL, 2020). Diante do panorama da prestação de serviços, destaca-se a importância da articulação entre os profissionais de saúde e o cuidador no acompanhamento e/ou planejamento de ações relacionadas à promoção, prevenção de agravos e manutenção da capacidade funcional do indivíduo receptor do cuidado (NUNES *et al.*, 2022).

Sabe-se que a equipe responsável pelo cuidado à pessoa idosa institucionalizada necessita atualizar seus conhecimentos técnico-científicos, através de programas educacionais e seminários relacionados ao tema, por exemplo. A capacitação da equipe responsável pelo cuidado gera confiança nos indivíduos envolvidos neste processo e, conseqüentemente, leva a melhora da qualidade dos cuidados necessários para prevenir o acometimento de LPP (FARIAS; QUEIROZ, 2022; RIBEIRO *et al.*, 2022).

A carência de formação adequada para cuidadores foi relatada em estudo realizado em ILPIs, no qual os autores constataram que a maioria dos trabalhadores dessa função possui apenas o ensino médico completo. A educação permanente permite ao cuidador informal um manejo mais seguro de suas atividades diárias, com vistas ao aprimoramento da assistência prestada à pessoa idosa institucionalizada que requer um olhar apurado e holístico (FERREIRA *et al.*, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender os fatores que favorecem a ocorrência de lesão por pressão na pessoa idosa institucionalizada, possibilita o planejamento e a adoção de medidas de prevenção pela instituição e profissionais, enquanto ações imprescindíveis para a prestação de uma assistência de qualidade. A compreensão dos fatores biológicos e ambientais, possibilita mudanças sutis na rotina que podem ser de grande utilidade para proporcionar uma diminuição considerável no risco de LPP.

Além disso, constata-se a necessidade de constante investimento em capacitação sobre a temática para os profissionais que atuam em ILPI. De posse de mais conhecimento sobre o manejo adequado, toda a equipe, principalmente os cuidadores, contribuem de forma mais segura para prevenção de LPP.

REFERÊNCIAS

BARBOSA D. S. C.; FAUSTINO, A. M. Lesão por pressão em idosos hospitalizados: prevalência, risco e associação com a capacidade funcional. **Enferm Foco**. v. 12, n. 5, p.1026-1032, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.4689>. Acesso em: 11 fev. 2023.

BASTOS, D. M. et al. Prevenção e terapêutica no tratamento de lesões por pressão: uma revisão integrativa. In: CARVALHO JUNIOR, Fábio Ferreira; SILVA, Daniel Augusto. **Ciências da saúde: desafios e potencialidades em pesquisa**. 1 ed. Editora Científica Digital, 2022, p. 262-275, cap 24. Disponível em: <https://www.editoracientifica.com.br/artigos/prevencao-e-terapeutica-no-tratamento-de-lesoes-por-pressao-uma-revisao-integrativa>. Acesso em: 10 fev. 2023

BÔTO, A. J. S. *et al.* A importância da avaliação de lesão por pressão para a escolha da melhor cobertura: um relato de experiência. In: KLAUSS, Jaisa. **psicologia e saúde: pesquisa, aplicações e estudos interdisciplinares**. 1 ed. Editora Científica Digital, 2022, p. 24-31, cap 2. Disponível em: <https://www.editoracientifica.com.br/artigos/a-importancia-da-avaliacao-de-lesao-por-pressao-para-a-escolha-da-melhor-cobertura-um-relato-de-experiencia>. Acesso em: 10 fev. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto de Lei nº 76, de 2020**. Cria e regulamenta as profissões de Cuidador de Pessoa Idosa, Cuidador Infantil, Cuidador de Pessoa com Deficiência e Cuidador de Pessoa com Doença Rara e dá outras providências. Brasília: Senado Federal, 2020. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8061698&ts=1675352043158&disposition=inline>. Acesso em: 12 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. **Protocolo ulcera por pressão**. 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/seguranca-do-paciente/protocolo-ulcera-por-pressao.pdf/view?_ga=2.113894852.2141359600.1676245692-1808900134.1676126053. Acesso em: 12 fev. 2023

CABRAL, J. V. B.; VASCONCELOS, L. M.; OLIVEIRA, M. M. Conhecimentos dos enfermeiros e uso da escala de braden em unidade de terapia intensiva: análise da produção científica brasileira. **Rev Bras Multidisciplinar**. v. 14, n. 1, p. 166-174, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25061/2527-2675/ReBraM/2021.v24i1.782>. Acesso em: 11 fev. 2023.

CONCEIÇÃO, A. N.; SANTOS, I. V. R.; MACIEL, R. P. Proposta de uma cartilha educativa para pacientes acamados sobre medidas preventivas de lesão por pressão. **Research, Society and Development**. v. 10, n.16, e468101624167, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i16.24167>. Acesso em: 11 fev. 2023.

EPUAP/NPIAP/PPPIA. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. **Prevenção e tratamento de lesões/úlceras por pressão: Guia de consulta rápida**. Diretriz reduzida. Portugal: Emily Haesler, 2019. Disponível em: <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2020/11/qrg-2020-portuguese.pdf>

FARIAS, A. P. E. C.; QUEIROZ, R. B. Risk factors for the development of pressure injury in the elderly: integrative review. **Rev Pesq Cuidado é Fundamental Online**, v. 14, p. e-11423, 2022. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/11423>. Acesso em: 11 fev. 2023.

FERREIRA, Clara Jéssica Silva et al. O cuidado ao idoso institucionalizado: perspectivas dos cuidadores e da equipe de enfermagem. **Revista eletrônica Acervo Saúde**, v.13, 5, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e7230.2021>. Acesso em: 11 fev 2023.

HALL, J. E.; HALL, M. E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 14 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. 1120 p.

JANSEN, R. C. S.; SILVA, K. B. A.; MOURA, M. E. S. Braden Scale in pressure ulcer risk assessment. **Rev bras enferm**. v. 73, n. 6, p. e20190413, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0413>. Acesso em: 11 fev. 2023.

NPUAP. National Pressure Ulcer Advisory Panel. **Pressure Injury Stages**, 2016. Disponível em: <https://npiap.com/page/PressureInjuryStages>. Acesso em: 12 fev. 2023.

NUNES, D. P. *et al.*; **Cuidadores de idosos acamados residentes na cidade de Palmas: principais achados**. - Palmas, TO: UFT/Curso de Enfermagem, 2022. 40 p. Disponível em: <https://repositorio.uft.edu.br/bitstream/11612/3920/1/Cuidadores%20de%20idosos%20acamados%20residentes%20na%20cidade%20de%20Palmas%20-%20principais%20achados.pdf>. Acesso em 20 fev.2023.

RIBEIRO, W.A. et al. Fatores de riscos para lesão por pressão x estratégias de prevenção: Interfaces do cuidado de enfermagem no âmbito hospitalar. **Revista Pró-UniverSUS**. v. 13, n. 1, p. 02-06.

SARDELI, K. M. et al.; Lesão por pressão em instituições de longa permanência para idosos: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Development**. v.7, n.2, p.12127-12139, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/24143/19328>. Acesso em: 11 fev. 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. **Cuidados com a pele do idoso**. Rio de Janeiro, 2019. 20p. Disponível em: <https://www.sbd.org.br/publicacoes/cartilha-sobre-os-cuidados-com-a-pele-do-idoso/>. Acesso em: 10 fev. 2023.

SOUSA, L. A. M. **Avaliação do impacto clínico da lesão por pressão em idosos institucionalizados no município de Botucatu**. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho. Botucatu, 2021. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/204552/sousa_lam_me_bot.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Acesso em: 11 fev. 2023.

Capítulo 9

Importância da higienização das mãos no cuidado à saúde da pessoa idosa institucionalizada

Diana Karla Muniz Vasconcelos, Francisca Brunna de Carvalho Costa Vasconcelos, Mayara Priscilla Dantas Araújo, Rita de Cássia Azevedo Constantino, Zamir Vidal de Negreiros Filho e Viviane Peixoto dos Santos Pennafort.

APRESENTAÇÃO

Historicamente, a lavagem das mãos por muito tempo não foi uma prática frequente nos serviços de saúde e entre a população em geral, tendo como início de implantação na área médica apenas no final do século XIX. A importância dessa prática na medicina ocorreu a partir de achados promissores inicialmente feitos pelo médico húngaro *Ignaz Semmelweis* após a realização de um estudo experimental envolvendo a lavagem das mãos com solução clorada e a relação com a diminuição da incidência de infecções pós-parto nas clínicas de obstetrícia da época (FIOCRUZ, 2020).

Durante muito tempo, utilizou-se o termo “lavagem das mãos”, no entanto, posteriormente, foi ampliado e substituído por “higienização das mãos” devido à maior abrangência do procedimento que engloba a higienização simples, a higienização antisséptica, a fricção antisséptica e a antisepsia cirúrgica das mãos (MEDEIROS *et al.*, 2012).

A higienização das mãos é reconhecida mundialmente como uma medida primária, mas muito importante no controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. Por este motivo, tem sido considerada como um dos pilares da prevenção e controle de infecções dentro dos serviços de saúde, incluindo aquelas decorrentes da transmissão cruzada de microrganismos multirresistentes (BRASIL, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) denominou, desde 2006, a higienização das mãos como uma das metas de segurança internacional do paciente, objetivando a redução de infecções associadas ao cuidado em saúde, assim como incidentes que resultam danos aos pacientes, também conhecido como eventos adversos (EA). Nesse sentido, a prevenção da contaminação dos pacientes a partir do contato manual dos profissionais é prioridade para o Ministério da Saúde (MS), sendo a higienização das mãos uma prática preconizada nos centros de saúde e instituída pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) por meio da Portaria MS/GM nº 529/2013 (BRASIL, 2014).

Alguns programas no contexto da gestão da qualidade e da segurança do paciente nos serviços de saúde tratam como prioridade o tema higienização das mãos, considerando que as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) atualmente são uma grande preocupação em todas as esferas dos órgãos do poder público, crescendo cada vez mais como um problema não só de saúde, mas de ordem social e ética, trazendo prejuízos a vida dos pacientes, profissionais e demais colaboradores, agravando os riscos ao qual

estes indivíduos estão submetidos. Essas infecções, além de acometer pacientes, ameaçam também profissionais da área de saúde, equipes dos serviços de apoio, acompanhantes e demais usuários dos serviços, como pode acontecer na população idosa residente em instituições de longa permanência.

Faz-se necessário grande esforço e atenção dos gestores e profissionais dos serviços para o incentivo da prática da higienização das mãos, tão importante e reconhecida há muitos anos na prevenção e controle das infecções nos serviços de saúde. Ressalta-se que colocá-la em prática consiste em uma tarefa complexa, uma vez que inserir o hábito na rotina diária ainda é insuficiente (ANVISA, 2009).

A conformidade dos profissionais de saúde com as práticas de higienização das mãos é um dos principais indicadores de desempenho para a prevenção e controle de infecções, segurança do paciente e qualidade dos serviços de saúde em todo o mundo. No entanto, poucas instituições possuem os recursos necessários para esse monitoramento (OMS, 2021).

As mãos constituem a principal via de transmissão de microrganismos durante a assistência à saúde. A epiderme é um reservatório de diversos microrganismos que podem se transferir de uma superfície para outra, por meio de contato direto, ou indireto, através do contato com objetos e superfícies contaminadas. Dessa forma, a higienização das mãos consiste em uma medida individual, simples, menos dispendiosa e eficaz na prevenção e controle das IRAS. A higienização das mãos é reconhecida mundialmente como uma medida primária, no entanto, muito importante no controle das IRAS. Por este motivo, é considerada um dos pilares da prevenção e controle de infecções dentro dos serviços de saúde (WHO, 2017).

Nesta perspectiva, torna-se imprescindível enfatizar esta prática nos serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, especialmente nas Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas (ILPIs) na tentativa de melhorar a adesão à higienização das mãos entre os profissionais de saúde e cuidadores, sejam aqueles formais ou informais, o que pode resultar na prevenção das IRAS e redução dos custos associados à internação e ao tratamento dos quadros infecciosos.

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS DE CUIDADORES NA PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) constituem um agravante na situação da saúde pública, tanto no Brasil, como também em outros países. Tal problemática está intrinsecamente ligada à ausência da higienização das mãos por parte dos profissionais de saúde.

A incidência de pacientes que desenvolvem infecções durante o contato direto dos profissionais nos cuidados de saúde vêm aumentando, calcula-se que, a cada dia, mais de 1,4 milhões de pessoas no mundo são diagnosticadas com infecções evitáveis relacionadas à assistência à saúde e, no Brasil, cerca de 3% a 15% das pessoas que estão hospitalizadas apresentam alguma infecção relacionada à assistência à saúde,

que pode agravar a saúde do paciente, prolongar a permanência hospitalar, elevar os custos do tratamento e levar ao óbito. As tendências atuais, a consciência pública e o aumento dos custos dos cuidados de saúde têm aumentado a importância da prevenção e controle das infecções que são essenciais para criar um ambiente de cuidados de saúde seguro para clientes, familiares e funcionários, onde a equipe assistencial exerce um papel primordial na prevenção e controle dessas infecções (SOUZA *et al.*, 2015).

Gradualmente, a busca por conhecer, prevenir e controlar as IRAS foi intensificada, tornando-se cada vez mais relevante e os serviços assistenciais à saúde da população têm se preocupado com o bem-estar e segurança dos pacientes. E um dos grandes desafios é a redução do índice dessas infecções, uma vez que estas não estão limitadas apenas ao ambiente hospitalar, mas podem ser adquiridas em qualquer local de atendimento à saúde, como clínicas de atendimento odontológico, serviços de hemodiálise, ILPI, sistemas de home care, etc. Assim, as IRAS são definidas como infecções adquiridas após a admissão do paciente em uma unidade prestadora de assistência à saúde, podendo-se manifestar no período de internação ou após a alta hospitalar, convencionando-se como IRAS toda manifestação clínica de infecção que se apresentar a partir da realização do procedimento, estando o paciente internado ou não (BRASIL, 2013; ANVISA, 2021b).

As IRAS afetam milhões de pacientes em todo o mundo e também impactam de forma significativa nos sistemas de saúde, figurando entre os eventos adversos mais frequentes nos serviços que oferecem assistência à saúde. É válido salientar que a problemática está intrinsecamente ligada à ausência da higienização das mãos por parte dos profissionais de saúde.

Nos últimos anos, tem-se observado maior preocupação dos órgãos e instituições de saúde, a fim de controlar e prevenir o risco das referidas infecções e, ao mesmo tempo, melhorar e garantir uma assistência segura e de qualidade, por representar um desafio global para a segurança do paciente.

As IRAS são definidas como “uma infecção que ocorre durante o processo de cuidado/assistência em hospital ou outro serviço adquirido durante o atendimento no cuidado à saúde nos serviços. A partir da definição, entende-se bem que a ocorrência dessas infecções está ligada à prestação da assistência à saúde e que pode surgir, embora nem sempre, como consequência da falha do sistema e dos processos de prestação de cuidados, bem como do comportamento humano. Portanto, isso representa um grande problema de segurança do paciente. A implantação de medidas de prevenção é capaz de prevenir grande parte destas infecções, resultando em melhora da qualidade da assistência, diminuição em morbi-mortalidade e redução de custos diretos, por se tratar de um agravamento que afeta milhões de pessoas, elevando a morbimortalidade, aumento da resistência antimicrobiana e gastos excessivos para os sistemas de saúde, que poderiam ser preveníveis por medidas básicas de precauções, como a Higiene das Mãos (ANVISA, 2021a).

A atenção à segurança do paciente, envolvendo o tema "Higienização das Mãos" tem sido tratada como prioridade, a exemplo da "Aliança Mundial para Segurança do Paciente", iniciativa da OMS. A criação dessa aliança realça o fato de que a segurança do paciente é reconhecida como uma questão global.

As mãos constituem a principal via de transmissão de microrganismos durante a assistência prestada aos pacientes e a higienização das mãos é considerada como a prática mais efetiva para reduzir as IRAS. As mãos são as principais ferramentas dos profissionais que atuam nos serviços de saúde, pois são as executoras das atividades realizadas. Assim, a segurança do paciente nesses serviços depende da higienização cuidadosa e frequente das mãos destes profissionais (MEDEIROS *et al.*, 2012; BRASIL, 2017).

Dentre as seis metas preconizadas pela Aliança Mundial para Segurança do Paciente, a higienização das mãos é considerada uma medida primária preventiva, de acordo com as diretrizes atuais da OMS e do *Center for Disease Control*. Dentro dos 5 elementos do primeiro desafio global para segurança do paciente está a higienização das mãos (FIOCRUZ, 2018).

No contexto das IRAS em pessoas idosas que residem em ILPIs, a higienização das mãos está no centro das precauções padrão e é a medida de controle de infecção mais eficaz. As precauções padrão fornecem um ambiente limpo e promovem a segurança do paciente em um nível muito básico. As IRAS são consideradas como uma das maiores causas de morte de pessoas de todas as idades, principalmente entre os indivíduos mais vulneráveis (OMS, 2009). Nesse sentido, considera-se a população idosa como exemplo de vulnerabilidade biológica e maior suscetibilidade às IRAS (LOPES, 2018).

A incorporação de cuidadores informais na assistência à pessoa adoecida, em especial, no cuidado da pessoa idosa é uma realidade. Esses cuidadores participam da assistência e contribuem com a equipe multiprofissional. Por outro lado, autores ressaltam que esses cuidadores geralmente apresentam limitações relacionadas ao conhecimento acerca de medidas importantes para a prevenção de IRAS, tais como medidas de isolamento, descarte adequado do lixo e higienização das mãos (NERI *et al.*, 2022; HAMMERSCHMIDT; MANSER, 2019). Assim, ações destinadas a melhorar a compreensão dos cuidadores informais sobre a prevenção de IRAS, em especial, a higienização das mãos, são fundamentais.

Apesar de ser uma ação de baixo custo para as instituições, a higienização das mãos apresenta uma baixa adesão entre os profissionais de saúde. A causa desse evento varia desde a carência de conhecimento a respeito de sua importância, até a falta de domínio da prática, assim como a ausência de insumos e sobrecarga de trabalho. Para aqueles que a realizam com frequência, ainda existem outros pontos de melhoria, como o emprego do tempo correto na técnica e hábito de retirar os adornos no momento da assistência, visando não os tornar um reservatório de microrganismos patógenos (GURGEL *et al.*, 2022; ALVES *et al.*, 2019).

Na equipe multidisciplinar, os cuidadores compõem uma parcela importante do corpo profissional de uma instituição e são um importante agente do cuidado diário da pessoa idosa institucionalizada (AGUIAR *et al.*, 2022). Um estudo realizado em ILPI observou que a maioria desses profissionais tem apenas o ensino médio completo, sendo necessária a implementação de cursos e capacitações para o alinhamento e otimização da assistência, que por sua vez se torna complexa, considerando-se que grande

parte das pessoas idosas institucionalizadas têm um nível considerável de dependência funcional (FERREIRA *et al.*, 2021).

No contexto da prevenção de IRAS, a lacuna do conhecimento técnico por parte do cuidador pode ocasionar na facilidade do surgimento de portas de entrada para o adoecimento (AGUIAR *et al.*, 2022). A ênfase na capacitação desses profissionais para prática de higienização das mãos influencia diretamente na diminuição dos casos de infecção. A adoção da educação continuada da equipe mostra-se como um método eficiente de precaução (ALVES *et al.*, 2019).

Ressalta-se que as recomendações da OMS (2014) sobre as boas práticas e estratégias de melhoria da higiene das mãos são regras de ouro para a saúde mundial. Nos últimos anos, elas têm sido implementadas em milhares de serviços de saúde, assim como em nível nacional em muitos países. Embora essas recomendações tenham sido elaboradas principalmente para o ambiente hospitalar, surgiu um grande interesse na sua possível implementação na atenção básica e em outras unidades extra-hospitalares, como as ILPIs.

ENVOLVENDO A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E A PESSOA IDOSA NA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS: ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A equipe multiprofissional é a responsável direta pela segurança da pessoa idosa institucionalizada, sendo fundamental a garantia do cuidado a essa parcela populacional especialmente no tocante ao combate às IRAS. Segundo o estudo proposto por Gurgel *et al.*, (2022), a prática da higienização das mãos é falha entre os profissionais de saúde principalmente devido à aplicação incorreta das recomendações propostas pela OMS, assim como a carência de medidas educacionais que visem o processo de educação continuada como também o incentivo e a sensibilização da equipe de saúde. Dessa forma, salienta-se a necessidade de uma atuação efetiva da gestão na busca por estratégias e recursos materiais recomendados para que a higienização das mãos seja uma prática implementada, valorizada e executada adequadamente pelos profissionais de saúde na prevenção de IRAS.

Diversos e diferentes motivos podem levar um profissional a não realizar suas funções adequadas. Um dos fatores que pode acarretar práticas e atos negligentes é a desmotivação. Além disso, também pode-se mencionar falhas na técnica preconizada, além de mitos, costumes, insatisfação profissional, falta de insumos e/ou estrutura mínima necessários (COSTA; BRASILEIRO, 2020).

A OMS preconiza que a higienização das mãos na assistência à saúde em ambientes extra-hospitalares, principalmente nas ILPI, seja implementada a partir de estratégias e etapas que envolvem essa prática. A estratégia multimodal proposta pela OMS compreende medidas para um melhor entendimento das práticas relacionadas à melhoria da higienização das mãos na assistência à saúde, sendo dividida em componentes que compreendem uma adequada infraestrutura; qualificação profissional em relação à

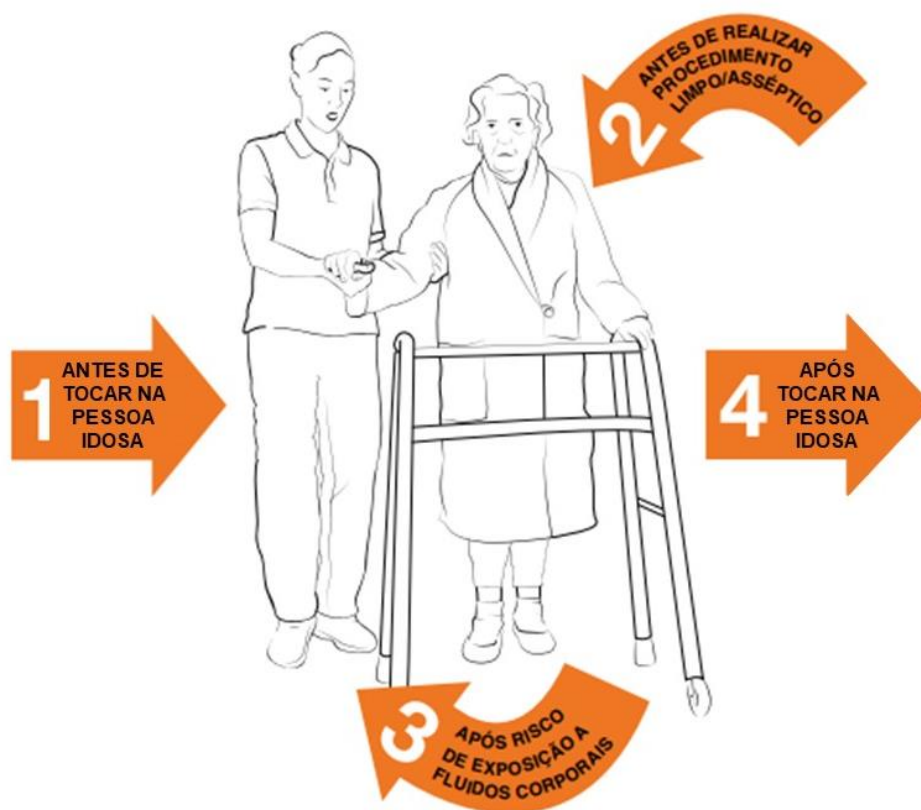
temática durante e após a graduação de forma continuada; avaliação e acompanhamento regular das práticas apreendidas; lembretes e a criação de um clima de segurança no ambiente de forma que a higienização das mãos seja uma prioridade no local de trabalho (OMS, 2014).

A figura 1 ilustra os quatro momentos preconizados pela OMS para higienização das mãos adaptado para os profissionais de saúde e cuidadores atuantes nas ILPIs: Antes de tocar a pessoa idosa; Antes de realizar procedimento limpo/asséptico; após risco de exposição a fluidos corporais e após tocar a pessoa idosa. Apesar disso, nessas instituições, a adesão à prática de higienização das mãos ainda é baixa, sobretudo quanto à indicação de ser realizada antes de tocar na pessoa idosa e quando o profissional usa luvas (SANDBEKKEN *et al.*, 2022).

Neste contexto, considera-se que para alcançar cuidados de saúde seguros é necessário que os pacientes/pessoas idosas sejam informados, envolvidos e tratados como parceiros em seus próprios cuidados. A segurança dos pacientes depende do seu pleno envolvimento sempre que possível e apropriado, enquanto usuários e indivíduos que estão mais familiarizados com sua própria jornada. A partir dessa compreensão, as pessoas idosas e suas famílias deveriam estar envolvidas em todos os níveis de cuidados de saúde, abrangendo desde a elaboração de políticas e planejamento, até a supervisão de desempenho, para consentimento plenamente informado e tomada de decisão compartilhada no atendimento em saúde (OMS, 2021).

Dada a relevância do tema e os benefícios de sua prática, existe uma data, instituída pela OMS, correspondente a 5 de maio - o Dia Mundial de Higienização das Mãos - para lembrar aos profissionais e instituições de saúde acerca da importância dessa ação tão simples e ao mesmo tempo tão eficiente no controle das IRAS. Nos últimos anos, o tema foi tratado com mais frequência, entre profissionais de saúde e usuários do serviço, e o 5 de maio ganhou significado mais abrangente, devido à pandemia de COVID-19, onde uma das medidas mais eficazes na prevenção da transmissão do novo coronavírus é exatamente a prática de higienização das mãos (OPAS, 2021).

Figura 1- Momentos para a Higiene das Mãos: Cuidados de Saúde em Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas. Natal, RN, 2023.



Fonte: Adaptado OMS, 2014.

Capacitar a equipe multiprofissional de saúde, cuidadores formais e informais, assim como a pessoa idosa e seus familiares na adesão à higienização das mãos requer estratégias de educação em saúde criativas, de fácil aprendizado e que sejam capazes de sensibilizar os envolvidos no cuidado quanto à importância dessa prática na prevenção de IRAS.

Valim *et al.*, (2019) reforçam que a educação em saúde tem demonstrado ser eficaz para elevar e manter as taxas de adesão à higienização das mãos, desde que permita aos sujeitos ressignificar comportamentos e assimilar informações relevantes. Assim, métodos inovadores devem substituir condutas conservadoras, a fim de transcender o domínio individual e considerar os componentes estruturais, organizacionais, educacionais e de gestão.

Além desses, outros elementos devem ser considerados no planejamento e execução da referida estratégia para aumentar adesão a essa prática e assegurar sua sustentabilidade, como o envolvimento e comprometimento da gestão com as ações de segurança e criação de uma cultura contínua de melhoria, o *feedback* individual e/ou coletivo e a utilização de metodologias ativas e permanentes para educação em saúde (VALIM *et al.*, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A higienização das mãos é uma prática simples e eficaz na redução de infecções associadas ao cuidado em saúde. Apesar disso, sua adesão ainda é baixa em ILPIs e observa-se a falta de conhecimento dos profissionais e cuidadores na sua execução de forma correta. É necessário fortalecer a cultura de segurança dentro das ILPIs, capacitando os profissionais quanto às práticas seguras como esta, assim como informar aos residentes e demais grupos em formação sobre seu papel no processo de cuidado.

Atividades de educação em saúde sobre o tema intensificaram-se ainda mais no período da pandemia de COVID-19 especialmente voltada às pessoas idosas, internados em serviços de saúde, e seus cuidadores, uma vez que constituem grupo de risco para a doença.

É válido salientar que o envolvimento da alta liderança, em especial nas instituições de longa permanência, é de extrema importância para a adesão da equipe multiprofissional nas ações de educação permanente em saúde. Ademais, a gestão deve garantir o fornecimento de insumos e estrutura mínima ao favorecimento da prática de higienização das mãos da equipe assistencial.

Com o aumento da expectativa de vida nos últimos anos, uma realidade constante é o crescimento do número de cuidadores de pessoas idosas que vem surgindo no mercado de trabalho. Nesse sentido, vale ressaltar que essas pessoas precisam ser bem treinadas e capacitadas para a função, sendo primordial sua compreensão quanto ao impacto que a prática de higienização das mãos pode trazer para a qualidade de vida deste grupo mais vulnerável.

Nesse contexto e conforme os estudos mais atuais sobre o tema, a prática de higienização das mãos salva vidas e deve ser realizada corretamente pelas equipes de assistência à saúde, mas também por toda a sociedade, desde as crianças até as pessoas idosas.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, J. A. *et al.* Atividades desempenhadas pelo cuidador destinadas ao idoso institucionalizado: revisão integrativa. **Kairós Gerontologia**, v. 25 n. 1, set. 2022. DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2022v25i1p137-150>. Acesso em: 11 fev. 2023.
- ALVES, M. M. *et al.* Educação em saúde: conhecimento de profissionais de saúde sobre IRAS e higienização das mãos. **Revista EDaPECI**, v. 19. n. 3, p. 73-84, set./dez. 2019. DOI: <https://doi.org/10.29276/redapeci.2019.19.312225.73-84>. Acesso em: 11 fev. 2023.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos**. Brasília: Anvisa, 2009. 105p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_servicos_saude_higienizacao_maos.pdf. Acesso em: 10 fev. 2023.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Prevenção de infecções por microrganismos multirresistentes em serviços de saúde: Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**. 2021a. Disponível em: <https://pncq.org.br/wpcontent/uploads/2021/03/manual-prevencao-de-multirresistentes7.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2023.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Programa Nacional De Prevenção e Controle De Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS) 2021 a 2025**. 2021b. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/pnpciras_2021_2025.pdf. Acesso em: 20 fev.2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada – 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, Brasília, 26 jul. 2013b.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Fundação Oswaldo Cruz. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: http://antigo.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=3507945&_101_type=document. Acesso em: 23 fev. 2023.
- COSTA, G. S.; BRASILEIRO, M. E. Percepção dos profissionais da saúde sobre a higienização das mãos no Pronto Socorro. **Rev Cient Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v.10, n.5, p. 71-82. 2020. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/higienizacao-das-maos>. Acesso em: 10 fev. 2023.
- FERREIRA, C. J. S *et al.* O cuidado ao idoso institucionalizado: perspectivas dos cuidadores e da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 5, maio de 2021. DOI: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/7230>. Acesso em: 11 fev. 2023.
- FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. **Higienização das mãos para prevenção de IRAS e emergência de bactérias multirresistentes**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/higienizacao-das-maos-para-prevencao-de-iras-e-emergencia-de-bacterias-multirresistentes/>. Acesso em: 20 fev. 2023.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Ignaz Semmelweis**: as lições que a história da lavagem das mãos ensina. 2020. Disponível em: <https://coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-as-noticias/1771-ignaz-semmelweis-as-lico-es-que-a-historia-da-lavagem-das-maos-ensina.html>. Acesso em: 10 fev. 2023.

GURGEL, M. C. et al. Higienização das mãos e sua relevância para prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 15, e303111537103, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i15.37103>. Acesso em: 11 fev 2023.

HAMMERSCHMIDT, J.; MANSER, T. Nurses' knowledge, behaviour and compliance concerning hand hygiene in nursing homes: a cross-sectional mixed-methods study. **BMC Health Serv Res**, v. 19, 547, 2019. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4347-z>. Acesso em 12 fev. 2023.

LOPES, N. A. P. **Adesão à higienização das mãos**: impacto de uma intervenção educativa em unidade de terapia intensiva neonatal. 2018. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, Ribeirão Preto, 2019. DOI:10.11606/T.22.2019.tde-20052019-195634. Acesso em: 2023-02-22.

MEDEIROS, A. *et al.* Segurança do paciente: adesão à higienização das mãos pelos profissionais de saúde, um grande desafio institucional. **Resid Pediatr**. v. 2, n. 1, p. 32-34, 2021.

NERI, M. F. S. *et al.* Determinantes de higienização das mãos de cuidadores informais em hospitais sob a perspectiva de Pender. **Rev bras Enferm**, v. 75, n. 1, e20210012, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0012>. Acesso em 10 de fevereiro de 2023.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Guidelines on Hand Hygiene in Health Care**: First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. Genebra: OMS, 2009. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906>. Acesso em: 15 fev. 2023.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Salve vidas: Higiene das Mãos na Assistência à Saúde Extra-hospitalar e domiciliar e nas Instituições de Longa Permanência**. Um Guia para a Implementação da Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higiene das Mãos e da Abordagem “Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos”. Brasília: OPAS; ANVISA, 2014. 73p. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/vigilancia-em-saude/ceciss/manuais-e-formularios/manuais-ceciss/9519-higiene-das-maos-na-assistencia-a-saude-extra-hospitalar-e-domiciliar-e-nas-instituicoes-de-longa-pe/file>. Acesso em: 10 fev. 2023.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Global Priority List of Antibiotic-Resistant Bacteria To Guide Research, Discovery, and Development of New Antibiotics**. Genebra: OMS, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/medicines/publications/global-priority-list-antibiotic-resistant-bacteria/en/>. Acesso em: 15 fev. 2023.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Plano de ação global para a segurança do paciente 2021-2030**: Em busca da eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde. Genebra: OMS; 2021. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/11/document.pdf>. Acesso em 16 fev. 2023.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **OMS pede melhor higienização das mãos e outras práticas de controle de infecções**. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2021-oms-pede-melhor-higienizacao-das-maos-e-outras-praticas-controle-infeccoes#:~:text=A%20OMS%20tamb%C3%A9m%20declarou%202021,as%20infec%C3%A7%C3%B5es%20durante%20o%20atendimento>. Acesso em: 10 fev. 2023.

SANDBEKKEN, I. H. *et al.* Students' observations of hand hygiene adherence in 20 nursing home wards, during the COVID-19 pandemic. **BMC Infect Dis**, v. 22, 156, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12879-022-07143-6>. Acesso em: 12 fev. 2023.

SOUZA, L. M. *et al.* Adesão dos Profissionais de Terapia Intensiva aos Cinco Momentos da Higienização das Mãos. **Rev Gaúcha Enferm**, n. 36, v. 4, p. 21-28, 2015.

VALIM, M. D. *et al.* Eficácia da estratégia multimodal para adesão à Higiene das Mãos: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm**, v. 72, n. 2, p. 578-92, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0584>. Acesso em: 10 fev. 2023.

Capítulo 10

Desafios e perspectivas da saúde bucal no cuidado à pessoa idosa institucionalizada

Allyne Costa Siqueira, Georgia Costa de Araújo Souza, Zamir Vidal de Negreiros Filho e Vilani Medeiros de Araújo Nunes

APRESENTAÇÃO

No Brasil, a busca da maioria da população pelos serviços de saúde bucal está relacionada à resolução dos problemas já existentes, o que reforça o modelo assistencialista odontológico. Esse modelo é diferente do contexto biopsicossocial preconizado pela integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS), que leva em consideração aspectos físicos, psicológicos e sociais do paciente. O modelo biomédico, também chamado de assistencialista, ainda é predominante na atualidade e está associado às limitações nos serviços odontológicos oferecidos na rede pública de saúde e perpetua a visão mutiladora da odontologia.

Nos últimos anos, o envelhecimento da população mundial tem se tornado um assunto bastante comum nas rodas de conversa, nos sistemas de saúde e sistemas previdenciários, merecendo atenção particular quando se trata das necessidades da população idosa e da qualidade de vida deste envelhecer. Assim, há que se valorizar o esforço da área técnica da saúde do idoso do Ministério da Saúde (MS) nas gestões seguintes à Política Nacional do Idoso ao procurar assegurar a inclusão da temática da saúde da pessoa idosa nos variados fóruns da instituição. Cabe destacar a agenda estratégica do MS para o período 2011-2015, que contemplou, textualmente, no objetivo estratégico 6, o cuidado com a população idosa em “garantir a atenção integral à saúde da pessoa idosa em todos os níveis de atenção, por intermédio do SUS” (BRASIL, 2013b, p. 21).

No que se refere ao enfrentamento das fragilidades na saúde das pessoas idosas, em maio de 2014, durante o XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, foi lançado o documento: Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral (BRASIL, 2014).

Segundo a lei nº 14.423, de 22 de julho de 2022 do Estatuto da Pessoa Idosa, o envelhecimento digno e saudável é caracterizado como um direito à vida, sendo inerente a todo cidadão brasileiro. Nesse sentido, o SUS, como componente Constitucional e representado pela equipe odontológica, apresenta-se como uma importante ferramenta na promoção do cuidado com a saúde bucal da pessoa idosa e consequentemente da garantia de um envelhecimento saudável (BRASIL, 2022). Com isso, a promoção do cuidado da saúde desse público, incluindo a saúde bucal, compõem a integralidade e a articulação intersetorial das equipes de saúde do SUS. Espera-se, dessa forma, que a promoção da saúde seja efetivada

em todos os níveis de atenção, assim como a prevenção das fragilidades apresentadas por essa parcela populacional a fim de transpor a mentalidade essencialmente curativa (OLIVEIRA *et al.*, 2023).

No processo do envelhecimento saudável, aumentam-se as necessidades de cuidados que precisam ser estendidos por toda a vida. Embora envelhecer não seja sinônimo de adoecer, as doenças crônicas não transmissíveis como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) podem levar à maior vulnerabilidade, com redução da capacidade funcional que interfere nas funções sociais e na autonomia do sujeito (CRUZ; BELTRAME; DALLACOSTA, 2019).

Diante das necessidades emergentes dos idosos no Brasil, tem-se observado a ampliação da procura pelas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), onde devem receber atenção voltada para as suas necessidades, com a presença de profissionais que estejam atentos e cuidadosos nas limitações, mas que estimulem suas potencialidades e a manutenção da vida saudável. Desse modo, considerando a importância dos cuidados com a saúde da pessoa idosa institucionalizada, torna-se essenciais ações de prevenção de doenças e agravos, assim como a promoção da saúde no ambiente das ILPI, como também uma atenção especial à saúde bucal.

A SAÚDE BUCAL NO ENVELHECIMENTO

As mudanças que ocorrem durante o processo de envelhecimento não estão restritas somente ao corpo, mas abrangem também a cavidade oral. Assim, tem-se o termo conhecido por “fragilidade oral” no que diz respeito a uma série de fenômenos e processos que levam a mudanças nas condições bucais associadas ao envelhecimento, como número de dentes, higiene bucal e funções orais, sendo acompanhadas por diminuição do interesse pela saúde bucal, redução da capacidade física e mental e disfunção alimentar (TANAKA *et al.*, 2018).

Dentre as alterações percebidas na cavidade oral da pessoa idosa, a doença periodontal, o edentulismo, a xerostomia, hipossalivação, a cárie dentária e as lesões nos tecidos moles são as que apresentam maior prevalência nessa população. Ademais, a deficiência nutricional e manifestações sistêmicas também constituem condições negativas que permeiam a saúde da pessoa idosa quando relacionada a uma má condição de saúde bucal (LOPES *et al.*, 2021).

A doença periodontal é considerada uma das mais frequentes patologias bucais, sendo caracterizada pela inflamação de tecidos gengivais podendo evoluir, nos casos mais avançados, para perda de tecido ósseo, afetando o suporte dentário (LUNA; CARDOSO, 2022). Essa doença pode estar ligada à perda dentária na população idosa devido a inadequada higienização, seja por dificuldade motora, como também pela atenção inadequada recebida pelos familiares e/ou cuidadores. Outrossim, é importante destacar que as condições periodontais têm uma relação direta com doenças crônicas, como DM e HAS, tornando o cuidado com a saúde bucal ainda mais fundamental na terceira idade (MELO *et al.*, 2022).

O edentulismo é caracterizado pela perda total ou parcial dos dentes sendo considerado um problema de saúde bucal, podendo ser um reflexo da negligência do cuidado com a cavidade oral durante o decorrer da vida (PENA *et al.*, 2019). A perda dentária acarreta inúmeros impactos no bem-estar e saúde das pessoas idosas, ocasionando problemas nutricionais ao manter uma dieta mais pastosa e rica em carboidratos decorrente da dificuldade da mastigação e como consequência o desenvolvimento de doenças sistêmicas como obesidade, HAS e DM. Somado a isso, pode ocasionar problemas na fala devido à ausência da estrutura dentária ter relação com alterações na fonética e até mesmo a perda de autoestima decorrente do cunho estético e anatômico que os dentes e os componentes estruturais que os permeiam proporcionam na face (RAPHAEL, 2017).

A hipossalivação é reconhecida na literatura como uma condição muito presente em idosos, sendo constatada pela diminuição da produção da saliva. Essa condição torna-se desagradável e acarreta dificuldade em simples ações do dia a dia (deglutição, fala, mastigação), além de dificultar o uso de próteses e contribuir com o surgimento de cárie dentária e infecções fúngicas. Ademais, a hipossalivação, além de ser algo comum em pessoas idosas devido a processos fisiológicos que envolvem a redução salivar, também é ocasionada decorrente do uso de medicamentos como anti-hipertensivos, antidepressivos, ansiolíticos e anticolinérgicos utilizados para comorbidades muito comuns nessa faixa etária populacional (SILVA *et al.*, 2016).

Embora a perda dentária seja um componente que acompanha o envelhecimento, é no imaginário popular que o envelhecer bucal passa necessariamente pela perda de dentes, o que expressa um corpo marcado com um valor negativo e indesejável (BITENCOURT; CORRÊA; TOASSI, 2019). Além da perda, outras condições bucais são associadas ao envelhecimento, como a exposição da raiz dentária, aumento da sensibilidade e dor, presença de lesões orais cariosas e não cariosas, doenças periodontais, mobilidade dentária, modificação da oclusão, diminuição da força muscular, reabsorção óssea, diminuição da retenção das próteses dentárias, dentre outros (WATANABE *et al.*, 2020).

Diante das condições apresentadas, o envelhecimento é um processo natural e pode ser mantido de forma saudável, mas a presença de comorbidades e uso concomitante de medicamentos, perda funcional e negligência de cuidadores, tornam a atenção com a saúde bucal essencial.

SAÚDE BUCAL E POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL

O cuidado com a saúde bucal é uma construção gradativa ao longo da vida e a formulação de políticas públicas deve ser concretizada por meio da implementação de ações na perspectiva do envelhecimento saudável, respeitando integralmente as demandas de todos os ciclos da vida.

A organização dos cuidados em saúde bucal no cotidiano dos serviços de saúde permanece centrada nos modelos biomédicos. Estes modelos, na área da odontologia, se concentram no cuidado voltado principalmente na cárie e na doença periodontal, sendo elas as doenças mais prevalentes na população no

geral. Para lidar com essas questões, ações de saúde coletiva como a escovação e palestras educativas são amplamente utilizadas. Práticas justificadas nesse modelo, como uma suposta promoção da saúde bucal associada à prevenção de doenças, muitas vezes são pontuais e ineficientes a longo prazo, pois não consideram fatores mais amplos como hábitos alimentares e condições socioeconômicas.

Nessa perspectiva em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), denominada Programa Brasil Sorridente, que se constituiu em uma série de medidas que visavam garantir ações de promoção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros com objetivo de reorganizar a prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, mediante a ampliação e a inclusão de procedimentos como a reabilitação protética, cuja necessidade é alta na população, voltada para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros por meio do SUS (BRASIL, 2016).

A PNSB pretende viabilizar a oferta da atenção secundária por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), que são estabelecimentos especializados em saúde bucal, com ênfase em diagnóstico do câncer de boca, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a pessoas com necessidades especiais (CHAVES *et al.*, 2010). Além disso, os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) integram um conjunto que visa a reabilitação oral, garantindo a dinâmica da dentição ao devolver as funções mastigatórias, estética e fonética.

Tendo em vista o compromisso da política com a integralidade do cuidado e com a Atenção Primária à Saúde (APS), ampliou-se as Equipes de Saúde Bucal (eSB) (cirurgião-dentista, técnico de saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal), de modo que estivessem articuladas às Equipes de Saúde da Família (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde) e distribuídas por todo o território nacional. O atendimento é realizado em Unidade Básica de Saúde (UBS) e os casos mais complexos são encaminhados aos CEOs (BRASIL, 2016).

De acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), é importante que haja integração entre a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e as ILPIs no território de atuação das UBS que compõem a ESF. Isso significa que as equipes de saúde das UBS possuem importante papel no fornecimento de suporte e intermédio do acompanhamento de todas as pessoas idosas que residem nessas instituições, usando a caderneta de saúde da pessoa idosa (CSPI), disponibilizada pelo Ministério da Saúde. A CSPI trata-se de um instrumento proposto para auxiliar as condutas na pessoa idosa, como um instrumento orientador para o idoso, sua família, cuidadores e para a equipe de saúde, buscando qualificar a atenção à pessoa idosa no SUS (BRASIL, 2018a).

A avaliação da saúde bucal também é proposta pela CSPI, a qual pode ser utilizada para registro dos hábitos nocivos, presença de lesões em mucosa, cárie, doença periodontal, consultas clínicas no consultório ou em domicílio, utilização e necessidade de próteses dentárias, e encaminhamento às especialidades odontológicas (BRASIL, 2018).

Contudo, apesar de compreenderem os benefícios para a atenção integral à saúde da pessoa idosa e melhor desempenho do SUS, o preenchimento e a utilização do acompanhamento da CSPI não é uma prática rotineira pelos profissionais de saúde, que demonstram dificuldade de adesão à utilização deste instrumento nos atendimentos. Esse fato é agravado devido aos idosos não receberem orientações sobre a importância do uso por parte dos profissionais e a falta de divulgação da sua importância pelo Ministério da Saúde (RAMOS; OSÓRIO; SINÉSIO NETO, 2019).

Deste modo, o cuidado efetivo com a pessoa idosa requer a implementação de políticas públicas que valorizem a cidadania e o estabelecimento de condutas apropriadas. Para alcançar esse objetivo, é crucial investir em formação profissional e educação permanente, permitindo que profissionais capacitados atuem de acordo com os preceitos de humanização, promovendo assim uma melhora real na qualidade de vida da população idosa.

ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NO CUIDADO À PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA

A abordagem em saúde bucal direcionada à população idosa é cercada de particularidades e difere da população em geral. Para além da diversidade biopsicossocial, há a complexidade clínica associada ao envelhecimento. Contudo, nem sempre se observa uma atenção prioritária nos serviços odontológicos a esse grupo etário, que considere suas singularidades e valorize o cuidado que este público requer dentro e fora do consultório odontológico. Isso se destaca no que diz respeito às pessoas idosas institucionalizadas, observando que os serviços de saúde oferecidos nas ILPIs são centrados na cura e reabilitação, não oferecendo recursos de promoção à saúde para manter a capacidade funcional do idoso (FONSECA, 2022).

Em se tratando dos que residem em ILPIs, observa-se uma crescente problemática em relação a condição de saúde bucal dessa população no Brasil, seja pela baixa frequência de escovação dentária, insuficiente assistência odontológica ou decorrente a antiga forma de tratamento predominante nos consultórios, em que se priorizava a extração de dentes cariados, no lugar de priorizar a realização de procedimentos restauradores (MELO *et al.*, 2022). Nesse contexto, estudos demonstram que a saúde bucal de idosos institucionalizados apresenta maior fragilidade em comparação com aqueles que residem com os familiares, podendo ser justificada pela situação de número insuficiente de cuidadores para essa população (COSTA; MACEDO; SOUZA, 2020).

A Resolução da Diretoria Colegiada - RDC N° 502/2021, cita que as ILPIs são instituições governamentais ou não governamentais, destinadas à moradia coletiva de pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, com ou sem suporte familiar (BRASIL 2021). Ou seja, não são classificadas como instituições prestadoras de serviço à saúde. Desse modo, a presença assídua da eSB nas ILPIs pode auxiliar os cuidadores em orientações e condutas para desenvolverem o melhor cuidado aos idosos, a

detecção precoce das doenças orais, com realização do tratamento o mais rápido e oportuno, de modo a não agravar a saúde desta população.

Com vistas à elaboração de estratégias que promovam a saúde da população idosa institucionalizada, torna-se necessário conhecer a real situação de saúde bucal dos longevos. Os determinantes da incorporação de práticas de higiene bucal nas ILPIs devem ser avaliados para direcionar ações para promovê-las, uma vez que favorecem a obtenção e a manutenção de boas condições de saúde. Métodos de acompanhamento e avaliação dos resultados devem ser incorporados para medir o impacto das ações de promoção e reabilitação da saúde e seus efeitos na qualidade de vida dos idosos (CAYETANO *et al.*, 2019).

Ademais, é na atenção integral que os cuidadores e profissionais de saúde devem amparar suas atividades, ressaltando-se a importância do trabalho da equipe interprofissional nas ILPIs, que deve estar atenta às condições de saúde bucal, de modo que não afetem outras condições sistêmicas nos idosos, atenta às ocorrências de sinais e sintomas que chamam a atenção e que podem indicar a necessidade de avaliação odontológica no idoso (BRASIL, 2016; NUNES *et al.*, 2021).

Sendo assim, a prática de promoção e educação em saúde para idosos institucionalizados mostra-se efetiva, e deve ser orientada a partir da realidade e da necessidade do grupo a ser assistido, possibilitando acesso a informações, promovendo a educação em saúde bucal e motivando o autocuidado (ALVES *et al.*, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das informações discorridas neste capítulo, torna-se possível observar os inúmeros desafios e perspectivas frente à saúde bucal da pessoa idosa institucionalizada. Assim, faz-se necessário o envolvimento de todos os profissionais da ILPI no sentido de estarem atentos aos sinais de alterações na cavidade oral e busquem o acompanhamento junto aos serviços oferecidos nas Unidades de Saúde do território para o agendamento e avaliação da equipe de saúde bucal. Além disso, é importante que haja uma conscientização sobre a relação direta entre doenças crônicas, como a HAS, o DM e as condições periodontais, de forma a incentivar práticas preventivas e um cuidado integrado à saúde geral. Ressalta-se ser urgente e fundamental o monitoramento das condições epidemiológicas da saúde bucal da população idosa residente em ILPI no Brasil, por meio instrumentos padronizados e instituídos por meio de políticas públicas, considerando que os mesmos carecem de cuidados familiares. Com essas medidas, surge uma nova perspectiva de melhora futura da saúde bucal da população idosa.

A implementação de políticas públicas é um processo complexo, que requer o envolvimento dos diferentes atores, entre eles, gestores, profissionais da saúde, pesquisadores, sociedade civil e gestores das ILPIs para que se possam alcançar ações destinadas a essa população vulnerável.

Recomenda-se agilidade na organização e estruturação de uma rede em diferentes níveis de atenção, contemplando medidas de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e agravos em uma lógica de atuação interdisciplinar que contemple as ILPIs. A rede de saúde bucal ainda se apresenta de forma inicial e deslocada das outras redes de atenção diante do cuidado da pessoa idosa institucionalizada. No entanto, o fortalecimento da atenção primária à saúde, com as eSB e a continuidade da atenção por meio dos CEO, vem contribuindo para essa estruturação. Além disso, é importante destacar o uso da CSPI como um instrumento que pode contribuir para a integração das informações das pessoas idosas atendidas na rede, permitindo um acompanhamento e avaliação longitudinal mais completa e efetiva do cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, T. S. *et al.* Relato de Experiências Educativas em Saúde Bucal para Idosos Institucionalizados. **Rev Bras Extensão Universitária**, v. 8, n. 3, p. 167-174, 2017. Disponível em <https://periodicos.uffs.edu.br/index.php/RBEU/article/view/5235/4430>. Acesso em: 19 fev. 2023.

BITENCOURT, F. V.; CORRÊA, H. W.; TOASSI, R. F. C. Experiências de perda dentária em usuários adultos e idosos da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 169 -180, 2019. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/vHXvCZHrsjJsCtJdCL8KTJH/abstract/?lang=pt#>. Acesso em 19 fev.2023.

BRASIL. **Lei nº 14.423, de 22 de Julho de 2022**. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para substituir, em toda a Lei, as expressões “idoso” e “idosos” pelas expressões “pessoa idosa” e “pessoas idosas”, respectivamente. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14423.htm#art1 Acesso em 19 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de saúde da pessoa idosa**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa_5ed.pdf. Acesso em: 19 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretoria Colegiada. **Resolução RDC nº 502, de 27 de maio de 2021**. Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. Ministério da Saúde: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2020/rdc0502_27_05_2021.pdf. Acesso em: 14 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 41 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf. Acesso em: 20 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm. Acesso em: 19 fev. 2023.

BRASIL. **Passo a passo das Ações da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. 20 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/Passo_a_Passo_Saude_Bucal_final.pdf. Acesso em: 11 fev. 2023.

BRASIL. **Planejamento estratégico do Ministério da Saúde 2011-2015**: resultados e perspectivas. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2013b. 160 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejamento_estrategico_ministerio_saude_resultados.pdf. Acesso em 19 fev.2013.

CAYETANO, M. H. et al. Política Nacional de Salud Bucal Brasileira (Brasil Sonriente): Un rescate de la historia, el aprendizaje y el futuro para ser compartidos. **Universitas Odontologica**, v. 38, n. 80, 2019.

CHAVES, S. C. L. et al., Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. Rev. Saúde Pública, 2010 44(6), dez. 2010. Disponível em

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/xdGYhm6GFVwcXg45q6DGyfM/abstract/?lang=pt#>. Acesso em 19 fev.2023.

COSTA, M. J. F.; MACEDO, L. P. V.; SOUZA, M. C. **Condições de saúde bucal de idosos institucionalizados no Brasil: revisão sistemática.** *Archives Of Health Investigation*, [S. l.], v. 9, n. 3, 2020. DOI: 10.21270/archi.v9i3.4786. Acesso em: 19 fev. 2023.

CRUZ, R. R.; BELTRAME, V.; DALLACOSTA, F. M. **Aging and vulnerability: an analysis of 1,062 elderly persons.** *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 22, n. 3, 2019. Disponível em <https://search.bvsalud.org/gim/resource/en/biblio-1042290>. Acesso em 19 fev.2023.

FONSECA, L. B. **Perfil da pessoa idosa institucionalizada e a assistência odontológica.** 2022. 68 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Centro Universitário Christus, Fortaleza, 2022. 39p. Disponível em <https://repositorio.unichristus.edu.br/jspui/handle/123456789/1473>. Acesso em 19 fev.2023.

LOPES, E. N. R. *et al.*, Prejuízos fisiológicos causados pela perda dentária e relação dos aspectos nutricionais na Odontogeriatria. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, e45810111730, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11730>. Acesso em 19 fev. 2023.

LUNA, A. A. S. P.; CARDOSO, R. L. C. Inter-relação do tratamento ortodôntico com a doença periodontal. **Braz J of Implantology and Health Sciences**, v. 4, n. 5, p. 29-41, 2022. DOI: 10.36557/2674-8169.2022v4n5p29-41. Acesso em: 20 fev. 2023.

MELO, C. B. *et al.*, Saúde Bucal de Idosos Institucionalizados: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 11, e476111133771, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i11.33771>

NUNES, V. M. A. **Boas práticas na gestão do cuidado e da segurança da pessoa idosa.** Natal/RN: EDUFRN, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/32540/1/Boas%20pr%C3%A1ticas%20na%20gest%C3%A3o%20do%20cuidado%20e%20da%20seguran%C3%A7a%20da%20pessoa%20idosa.pdf>. Acesso em 19 fev. 2023.

OLIVEIRA SILVA, I. J. *et al.*, Hipossalivação: etiologia, diagnóstico e tratamento. **Journal of Dentistry & Public Health**, v. 7, n. 2, 2016. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/odontologia/article/view/856>. Acesso em: 20 fev. 2023.

OLIVEIRA, L. M. *et al.*, Saúde bucal e promoção da saúde no envelhecimento: revisão narrativa. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 1, e4412139420, 2023. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/366911052_Saude_bucal_e_promocao_da_saude_no_envelhecimento_revisao_narrativa. Acesso em: 20 fev. 2023.

PENA A. C. A. *et al.* Edentulismo parcial: consequências biopsicossociais em adultos e idosos em rio branco–acre em 2019. **DêCiência em Foco**, v. 3, n. 2, p. 26-46, 2019. Disponível em: <https://revistas.uninorteac.com.br/index.php/DeCienciaemFoco0/article/view/319>. Acesso em: 19 fev.2023.

RAPHAEL, C. Oral health and aging. **American journal of public health**, v. 107, n. S1, p. S44-S45, 2017.

TANAKA, T. *et al.* Oral frailty as a risk factor for physical frailty and mortality in community-dwelling elderly. **The Journals of Gerontology: Series A**, v. 73, n. 12, p. 1661-1667, 2018.

WATANABE, Y. *et al.*, Oral health for achieving longevity. **Geriatrics & gerontology international**, v. 20, n. 6, p. 526-538, 2020.

Capítulo 11

Crerios de segurana para implantaao de um ncleo de prticas integrativas em instituio de longa permanncia para idosos

Ana Tnia Lopes Sampaio e Joyce Wadna Rodrigues de Souza.

APRESENTAAO

Os novos paradigmas no campo da sade e do cuidado com a pessoa idosa tm gerado no mundo inteiro, discusses sobre diferentes estratgias para garantir a segurana e a qualidade no mbito da sua ateno.

No Brasil, com a implantao do Sistema nico de Sade (SUS), conquistou-se o direito sade de forma universal e equitativa, sendo seus servios pautados no princpio da ateno integral (BRASIL, 1988). Junto com o SUS, caminham as polticas estruturantes do novo modelo de ateno. Destacamos, dentre elas, a Poltica Nacional de Humanizao (PNH) - HUMANIZASUS (BRASIL, 2013), a Poltica Nacional de Prticas Integrativas e Complementares em Sade (PNPIC) (BRASIL, 2006a) e a Poltica Nacional de Sade da Pessoa Idosa - (PNSPI) (BRASIL, 2006b).

A PNH foi instituda em 2003, para efetivar os princpios do SUS no cotidiano das prticas de ateno e gesto, qualificando a sade pblica no Brasil, incentivando trocas solidrias entre gestores, trabalhadores e usurios. J a PNPIC e a PNSPI foram institudas em 2006, respectivamente pelas Portarias GM/MS n 971, de 3 de maio e a Portaria GM/MS n 2.528, de 19 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2006c).

A PNH e a PNPIC apontam, do ponto de vista do cuidado integrativo e humanescente, que imperativa a necessidade de mudanas nas formas de produao de sade e conseqentemente no processo de cuidar das pessoas e de avaliar os servios. Devendo os atores que promovem ateno e cuidado – gestores e profissionais - exercerem o pensamento crtico e reflexivo, para prxis sensveis, seguras, transformadoras e de qualidade (BRASIL, 2013).

A PNSPI da seguimento a essas demandas, no contexto especfico da Pessoa Idosa, tendo em vista o cenrio de transio etria vivenciada no nosso pas, onde a populao est envelhecendo de forma rpida e intensa, demandando para esses profissionais e gestores, o desafio de estruturar servios especficos de ateno a Pessoa Idosa. Dentre os compromissos da PNSPI, est a implantao de poltica de ateno integral aos idosos residentes em Instituies de Longa Permanncia para Idosos (ILPI) (BRASIL, 2006b).

Segundo Pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatstica (IBGE), a populao brasileira manteve a tendncia de envelhecimento dos ltimos anos e ganhou 4,8 milhes

de idosos desde 2012, superando a marca dos 30,2 milhões em 2017. Em 2012, a população com 60 anos ou mais era de 25,4 milhões. Os 4,8 milhões de novos idosos em cinco anos correspondem a um crescimento de 18% desse grupo etário, que tem se tornado cada vez mais representativo no Brasil (IBGE, 2018).

Consequência deste cenário, temos um crescimento considerável das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) no Brasil. Em 2010 eram 3.548 cadastrados, passando para 7.292 em 2021, ou seja, um aumento de 105,52% no número de ILPI (ACCIOLY, 2021). Destarte, promover a atenção de forma integral, humanescente e segura à pessoa idosa em ILPI, atende as pautas das três políticas apontadas.

Neste sentido, o presente estudo apresenta critérios de segurança para a implantação de um Núcleo de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (NUPICS) no contexto das Instituições de Longa Permanência, tendo como norte critérios de segurança e qualidade para a normatização e garantia da experiência do cuidado com a pessoa idosa.

Os critérios adotados se baseiam em resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em pesquisa realizada no Laboratório de Práticas Integrativas e Complementares da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Lapics/UFRN) e na experiência de implantação do 1º Núcleo de Práticas Integrativas e Complementares (NUPICS) do Brasil, em uma ILPI, realizada no final de 2022, no Instituto Juvino Barreto, cidade do Natal/RN (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).

CONTEXTO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE

As práticas naturais, integrativas têm ganhado notoriedade mundialmente, principalmente a partir da implementação de novos paradigmas com enfoques na prevenção de agravos e promoção da saúde. Além disso, hoje existe uma maior sensibilização das opções de cuidado disponíveis pelos usuários do serviço de saúde, priorizando a qualidade e segurança da assistência.

As Práticas Integrativas e Complementares em saúde (PICS), como parte da Medicina Tradicional e Complementar, tem sua implementação no âmbito dos sistemas públicos de saúde cada vez mais incentivada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). As primeiras recomendações para implementação dessas práticas se difundiram globalmente com a Primeira Conferência Internacional de Assistência Primária em Saúde (Alma Ata, Rússia, 1978), onde a OMS criou o Programa de Medicina Tradicional, no intuito de incentivar o compromisso para formulação de políticas públicas no segmento da Medicina Tradicional, Complementar e Alternativa, assim como desenvolvimento de pesquisas sobre sua segurança, eficácia e qualidade.

AS PICS NO CENÁRIO DE SAÚDE BRASILEIRO

No cenário Brasileiro a legitimação e institucionalização das PICS se consolidaram com a publicação da PNPIC, em 2006. Inicialmente, com apenas seis modalidades de Práticas. Em 2017 foi publicada a Portaria GM/MS nº 849/2017 onde passou a contemplar mais 19 práticas, a saber: homeopatia; medicina tradicional chinesa/acupuntura; plantas medicinais e fitoterapia; observatórios de medicina antroposófica; termalismo social/crenoterapia; arteterapia; ayurveda; biodança; dança circular; meditação; musicoterapia; naturopatia; osteopatia; quiropraxia; reflexoterapia; reiki; shantala; terapia comunitária integrativa; e yoga (BRASIL, 2017).

Em seguida, essa Portaria foi alterada pela Portaria GM/MS nº 702, de 21 de março de 2018, na qual teve o intuito de avançar na institucionalização das PICS, incluindo mais 10 novas práticas à PNPIC: Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de Mãos, Medicina Antroposófica/Antroposofia Aplicada à Saúde, Ozonioterapia, Terapia de Florais e Termalismo Social/Crenoterapia. Atualmente, o SUS contempla 29 modalidades de PICS. (BRASIL, 2018).

As PICS podem ser concebidas como importante ferramenta terapêutica que se difere do modelo convencional de assistência à saúde – modelo biomédico, por considerar a pessoa integralmente. A sua procura ocorre por diversos motivos, desde fatores relacionados à baixa ocorrência de eventos adversos; ao efeito equilibrador, visto que atua no campo da energia humana, buscando a cura de dentro para fora por estímulos naturais; a complementação do tratamento com terapias alopáticas; a utilização de tecnologias leves do cuidado que respeite a multidimensionalidade do Ser; a sua aproximação com os valores, crenças e filosofias da pessoa; bem como a sua potencialidade para redução da medicalização.

AS PICS NO CONTEXTO DO CUIDADO DA PESSOA IDOSA NAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA

É evidente, nos estudos publicados, os bons resultados obtidos com a inserção das PICS no cuidado à pessoa idosa no Brasil, referindo o alto nível de satisfação dos idosos ao vivenciarem essas práticas, comprovando assim o custo benefício dessas ações, visto que sua maioria são tecnologias leves de práticas externas naturais que não exigem maiores aparatos tecnológicos.

Paralelo a isso, é preocupante a medicalização exagerada para a pessoa idosa. Parece ser obrigatório para todo idoso ter sua caixa com variados remédios. No entanto, o que os estudos apontam é que as terapêuticas medicamentosas sintomáticas, não são suficientes para proporcionar bem-estar e qualidade de vida nesta importante fase da nossa vida. Destarte, as PICS surgem como novas possibilidades são práticas que favorecem o equilíbrio, a harmonização corpo-mente e espírito,

promovendo bem-estar, elevando a autoestima, aumentando a imunidade, ampliando a produção de endorfinas, serotonina, favorecendo estados de felicidade (FARIA *et al.*, 2020).

Existem vários estudos que afirmam os benefícios que as PICS promovem em pessoas que vivenciam o processo de envelhecimento. Destaca-se a prevenção e tratamento de doenças crônico-degenerativas; melhora da mobilidade articular, manutenção da flexibilidade importante para uma boa postura e prevenção de afecções da coluna; aumento da força muscular, melhora da resistência física, aumento da densidade óssea, auxiliando na prevenção da osteoporose; aumento da capacidade respiratória; ativação da capacidade funcional e da autonomia, melhora do equilíbrio, coordenação; qualidade no ciclo de sono/vigília e relaxamento; melhora do humor, além da melhora da autoestima, maior sensação de bem-estar, redução do isolamento social e consequentemente, melhora significativa da qualidade de vida (PINTO, 2020; SARAIVA *et al.*, 2015; BRASIL, 2006).

Apesar das evidências dos benefícios das PICS nos idosos, em pesquisa nacional, os resultados revelaram baixa prevalência de uso das PIC em idosos nos serviços de saúde (MARQUES *et al.*, 2020). Essa situação se agrava quando olhamos para as ILPI. São poucas as publicações sobre uso das PICS em idosos institucionalizados. Os estudos publicados se referem a relatos de experiências com limitação temporal. Ou seja, projetos por tempo determinado. Não encontramos nenhuma publicação que apontasse a implantação de um serviço permanente de PICS em ILPI.

Neste sentido, considera-se essencial que os gestores e profissionais responsáveis pela atenção à pessoa idosa em ILPI possam ter um referencial com critérios de segurança e qualidade para implantação de serviços de PICS em seus estabelecimentos.

CRITÉRIOS/INDICADORES DE SEGURANÇA E QUALIDADES PARA UM NÚCLEO DE PICS EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA PESSOAS IDOSAS (ILPIs)

A OMS aponta como desafios para implantação das PICS nos países, às questões relativas à qualidade, no que tange a segurança do uso, eficácia, acessibilidade e utilização racional, bem como relacionada às questões políticas. A organização ainda ressalta a importância de uma Política a nível nacional, seu fortalecimento pela regulamentação, investimento e promoção do acesso equitativo e de qualidade a todo território, tendo em vista, a necessidade de legitimação, instrumentos normativos e definição de recursos financeiros e humanos (WHO, 2013).

Ao pensar em indicadores de segurança e qualidade, deve-se sempre colocar em evidência a experiência da pessoa como ponto essencial para o avanço da atenção. Nesse caso, centraremos a atenção na pessoa idosa. Ao contemplar os vários aspectos necessários para um serviço com qualidade e segurança em PICS, estima-se até que ponto os cuidados recebidos sejam qualificados, respeitosos e condizentes com as preferências, necessidades e valores individuais e coletivos. São elementos

fundamentais e que agregam essa avaliação, a situação da pessoa que está sendo atendida, juntamente com outros elementos a qualidade do cuidado em saúde, como a eficácia e a segurança da assistência (AHRQS, 2017), neste caso atenta-se para as necessidades do idoso em um cenário de PICS.

No Brasil, as PICS ainda são pouco exploradas em pesquisas, apesar de sua difusão e notório reconhecimento após a publicação da PNPIC, principalmente quando considera a gestão da qualidade dos serviços de saúde, algo primordial para efetivação e estabelecimento dos princípios do SUS nos serviços que oferecem essas práticas (SOUZA, 2021).

Ao estabelecer um critério de qualidade, define-se um padrão a alcançar na assistência prestada, ou seja, o critério é um requisito mínimo que representa a presença da qualidade, devendo ser: relevantes, realísticos, sem ambiguidades e aceito pelos profissionais. Percebe-se que sua construção e a correta seleção determinam o sucesso ou fracasso da intervenção para melhoria (SATURNO HERNÁNDEZ, 2017a).

Diversos critérios podem ser elencados, os quais correspondem a uma ou mais das dimensões da qualidade do serviço, e estão formados por dados relacionados tanto às questões estruturais, de processo e/ou resultado. A partir disso, pode-se gerar uma reflexão descritiva acerca da validade desses requisitos na avaliação da qualidade. Em outras palavras, ao verificar a presença desses critérios revela-se a qualidade do serviço avaliado, bem como seus valores e/ou níveis, incidindo diferentes níveis de qualidade (SATURNO HERNÁNDEZ, 2017b).

Como resultado da consolidação de referenciais normativos da ANVISA, da experiência de implantação de um Núcleo de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (NUPICS) em uma ILPI (SAMPAIO; NUNES, 2021) e dos critérios de segurança/qualidade (especificamente os critérios de resultados), construídos como parâmetros de aferição da qualidade, voltado a serviço que tem no seu escopo a implementação de PICS (SOUZA, 2021), apresentaremos abaixo um checklist norteador para o processo de implantação de um NUPICS em uma ILPI.

Importante destacar como prioritário para viabilização de um NUPICS, a intenção da gestão e o envolvimento da equipe, visto que trabalharemos com energia humana e assim a decisão da gestão e desejo de participação espontânea dos servidores, é indispensável. Jamais um NUPICS deverá ser implantado se não partir do desejo local. A partir desse desejo, emerge a consciência da necessidade de prover infraestrutura física, capacitar recursos humanos, disponibilizar equipamentos mínimos, insumos e materiais necessários à operacionalização das PICS.

Quadro 01. Critérios de segurança para implantação de um Núcleo de Práticas Integrativas em uma ILPI.

CRITÉRIO	ESCLARECIMENTOS	DIMENSÃO/ ASPECTO DA QUALIDADE
Ter uma sala específica, devidamente identificada e adaptada para atendimento com PICS.	Considera-se importante que seja uma sala sinalizada, arejada, organizada, bela, limpa, pintada de branco ou uma cor clara. Muito importante se tiver próximo, elementos da natureza (plantas, água, flores, cristais)	Ambiência (Estrutura)
Prover a sala de equipamentos mínimos para atendimento, considerando as PICS que serão ofertadas.	Que a sala tenha no mínimo, uma maca, escadinha, duas cadeiras, uma banca para escrever e um armário para colocar material. Se possível uma pia na sala, ou se não na sala, próxima.	Ambiência (Estrutura)
O ambiente humanescente para sala do NUPICS	É importante usar a criatividade para organizar o ambiente da sala. Prover um ambiente lúdico, com caixinha de som e música baixa de relaxamento. Manter a sala aromatizada e se possível cromatizada.	Ambiência (Estrutura)
O espaço deverá ser adequado para promoção da escuta qualificada, para análise e definição de oferta do cuidado com base na necessidade da pessoa idosa.	A ambiência é uma diretriz primordial para a execução de uma escuta qualificada, tendo em vista a promoção de um ambiente agradável onde a pessoa idosa/seu acompanhante fique à vontade para expressar suas demandas de saúde.	Ambiência (Estrutura)
O NUPICS deverá ter formulários para registro do atendimento das PICS.	Os Formulários deverão ser preenchidos de forma legível e assinado pelos profissionais que atenderem a pessoa idosa.	Efetividade
A Sala do NUPICS deverá ter um quadro com informações sobre o fluxo do atendimento, as terapias oferecidas e os horários de atendimento.	Considera-se a importância da pessoa idosa, seu familiar ou cuidador ser devidamente informados sobre o funcionamento do serviço. Importante também a disponibilização de informações por outros meios, como: cartilhas, boletins, banners, ações de Educação em saúde, dentre outros.	Sistema de Informação/Acesso/ Acessibilidade
Ter uma equipe de servidores devidamente treinada e identificada para atuar com PICS.	Pelo menos um servidor/cuidador capacitado em PICS/Turno para atuar no NUPICS	Eficiência
Toda pessoa idosa deverá passar por uma escuta qualificada no acolhimento humanescente.	O acolhimento deve ser afetivo, individualizado, levando em conta o nível de autonomia e demandas da pessoa idosa/acompanhante.	Atenção Centrada na Pessoa Idosa
Toda pessoa idosa deverá receber	O idoso deve ser tratado como pessoa,	Atenção Centrada na

atenção individualizada e sem rotulagem.	não como um incapaz ou um número, usando uma comunicação assertiva e fácil de entender.	Pessoa Idosa
Toda pessoa idosa/familiar/acompanhante deverá ser informada sobre a terapia recebida, autocuidado, seus riscos, benefícios, duração e alta	O servidor terapeuta deve prezar pelo envolvimento da pessoa idosa/acompanhante no atendimento, poder fazer perguntas, produzindo mais sensibilização e significado.	Efetividade/ humanescência
Toda pessoa idosa/acompanhante deverá ficar satisfeita com o tempo de atendimento, bem como ser tratado com cordialidade e respeito.	O tempo de realização do atendimento não poderá exceder, sendo suficiente para atender as demandas, e esse momento deverá ser aproveitado para realização de ações de educação em saúde e estimulação do autocuidado.	Satisfação das pessoas idosas atendidas
Toda pessoa idosa deverá ter a melhor experiência possível no NUPICS	A classificação da experiência no NUPICS deverá ser de satisfação, de prazer de melhoria	Atenção Centrada na Pessoa Idosa

Fonte: Autoria própria, 2023.

A partir desse parâmetro avaliativo construído especificamente para o contexto das PICS no âmbito de uma ILPI, emerge a importância de analisar cada experiência de implantação e socializar os resultados, visto que este processo oportuniza a discussão e a certificação de cada critério de segurança/qualidade construído e sua interface com a experiência da pessoa idosa em um NUPICS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se de grande importância o estudo realizado, visto que a única experiência de implantação de um NUPICS em uma ILPI no Brasil, foi a do Instituto Juvino Barreto/Natal/RN, no entanto, ainda está em fase inicial. Desta forma, é de fundamental importância a divulgação desses critérios norteadores da segurança/ qualidade.

Percebe-se como resultado do estudo a importância de um espaço, independentemente do tamanho, acolhedor, organizado, harmonizado, intrinsecamente relacionada à criação de espaços de expressão da subjetividade, da afetividade, favorecendo as práticas institucionalizadas adequadas para promoção do cuidado integrativo a pessoa idosa.

Outro fator fundamental para implantação dos NUPICS nas ILPI é a adesão voluntária e capacitação da equipe de servidores que atuará nas PICS. Atuar com a pessoa idosa já exige um *rapport* e atuar com PICS é uma questão de envolvimento vibracional, porque é um cuidado que vai além do físico, é multidimensional, é um cuidado ampliado que exige um desejo pessoal. Assim, esse processo é diferenciado e condição *sine qua non* para sua viabilização.

A partir dos critérios apresentados será possível identificar a viabilidade ou não de implantar um NUPICS em uma ILPI, ou seja, os critérios descritos poderão aferir as ferramentas para viabilizar as ações a serem desenvolvidas pelos profissionais e as providências serem tomadas pelos gerentes das Instituições.

É possível concluir que o planejamento e a definição de parâmetros que orientem os gestores, gerentes e profissionais a organizar e promover o cuidado integrativo da pessoa idosa em uma ILPI se faz indispensável e necessária no contexto atual da atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

ACCIOLY, M. **Panorama das ILPI no Brasil**. Grupo de Estudos, Pesquisas e Diagnóstico. Instituição de Longa Permanência Para Idosos (GPED-ILPI). Universidade de São Paulo (USP), Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Novembro/2021.

AHRQS. Agency For Healthcare Research and Quality. **What is patient experience?** Content last reviewed March 2017. Agency For Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/cahps/about-cahps/patient-experience/index.html> Acesso em: 12 fev. 2023.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 63**, de 25 de novembro de 2011, dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília - DF, 2011a.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada – 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, Poder Executivo, Brasília, DF, 2011b.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 11 fev. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Práticas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso** [Internet]. 2006a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 971**, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2528**, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 12 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 14 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria GM/MS nº 849**, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html Acesso em: 22 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria GM/MS nº 702**, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html Acesso em: 22 fev. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde** / Brasília: 2018. 180 p. ISBN 978- 85-334-2583-5.

CONASEMS. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS:** proposta de modelo de atenção integral. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2014. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Brasília: DF. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf. Acesso em: 04 fev. 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – Características dos Moradores e Domicílios.** 2017. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. Acesso em: 11 fev. 2023.

FARIA, Luana Batista *et al.* Benefícios da implementação de Práticas Integrativas e Complementares na qualidade de vida de idosos institucionalizados. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v.41, p.9768, 2022. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/cientifico/article/view/9768/5885>. Acesso em: 10 fev. 2023.

MARQUES, Priscila de Paula *et al.* **Uso de Práticas Integrativas e Complementares por idosos: Pesquisa Nacional de Saúde 2013.** *Saúde Debate*, v. 44, n. 126, p. 845-856, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/KhF5fQSCKGWbzqg4j7kTQPP/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 10 fev. 2023.

ROCHA, Bianca Nunes Guedes do Amaral *et al.* **As práticas integrativas e complementares em saúde nas instituições de longa permanência para idosos no município de Natal/RN.** Disponível em: https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/cneh/2016/TRABALHO_EV054_MD4_SA8_ID2086_10102016171434.pdf Acesso em: 10 fev. 2023.

SAMPAIO, Ana Tania Lopes.; NUNES, Vilani Medeiros de Araújo. Práticas integrativas e complementares na atenção à saúde da pessoa idosa. In: **Boas práticas na gestão do cuidado e da segurança da pessoa idosa** [recurso eletrônico] / organizadora Vilani Medeiros de Araújo Nunes. – Dados eletrônicos (1 arquivo: 7918 KB). – Natal, RN: EDUFRN, 2021. Disposto em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/1/6222>. Acesso em: 09 fev. 2023.

SARAIVA, Alynne Mendonça. *et al.* Histórias de cuidados entre idosos institucionalizados: as práticas integrativas como possibilidades terapêuticas. **Rev Enferm UFMS**, v. 5, n. 1, p. 131-140; Jan/Mar, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/14211/pdf> Acesso em: 12 fev. 2023.

SATURNO HERNÁNDEZ, Pedro Jesus. Planejamento de estudos sobre causas hipotéticas: unidade temática 6. In: Saturno Hernández, PJ *et al.* **Atividades básicas para melhoria contínua:** métodos e instrumentos para realizar o ciclo de melhoria: módulo II. Tradução de Zenewton André da Silva Gama; Organização de Pedro Jesus Saturno Hernández. Natal: SEDIS-UFRN, 2017a.

SATURNO HERNÁNDEZ, Pedro Jesus. Atividades de monitoramento: construção e análise de indicadores: unidade temática 1. In: Saturno Hernández, PJ. **Métodos e instrumentos de monitoramento da qualidade:** módulo IV. Tradução de Zenewton André da Silva Gama. Natal: SEDIS-UFRN, 2017b.

SOUZA, Joyce Wadna Rodrigues de. **Melhoria da qualidade em um serviço de práticas integrativas e complementares em saúde.** 2021. 74f. (Dissertação) Mestrado Profissional em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2021. Disponível em:

https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/45312/1/Melhoriaqualidadedeservico_Souza_2021.pdf
Acesso em: 12 fev. 2023.

PINTO, Grazielle Ferreira *et al.* **Uso de práticas integrativas e complementares para idosos.** Saúde e Pesquisa, Maringá (PR); v. 13, n. 2, p. 275-282; abr./jun. 2020. DOI: 10.17765/2176-9206.2020v13n2p275-282. 2020. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/7563/6271>

WHO. **Traditional Medicine Strategy: 2014-2023.** World Health Organization Geneva: 2013.

Capítulo 12

Ambiente seguro e acessibilidade em instituições de longa permanência: arquitetura inclusiva à pessoa idosa

Márcia Vieira de Alencar Caldas, Míria Mendonça de Morais, Ana Carolina Patrício de Albuquerque Sousa e Vilani Medeiros de Araújo Nunes.

APRESENTAÇÃO

O envelhecimento da população mundial está prestes a tornar-se um dos fenômenos mais significativos do século XXI com impacto em todos os segmentos da sociedade. É uma realidade que já vivemos e se acentuará cada vez mais no decorrer das próximas décadas que implicará para muitos países desafios na esfera dos sistemas públicos de saúde, previdência e proteção social para a população com faixa etária idosa (MENDES *et al.*, 2018; OLIVEIRA, 2019; PREVIATO *et al.*, 2021).

O processo de envelhecimento é complexo e varia de idoso para idoso, reunindo diversas alterações nas capacidades: de equilíbrio, mobilidade, fisiológicas, articulares e psicológicas. Dentre os vários sistemas acometidos pelo processo de envelhecimento, destacam-se o sistema músculo esquelético e ósseo com repercussões na diminuição da massa muscular, além de alterações no equilíbrio, na acuidade visual, olfato, paladar e perdas auditivas (PREVIATO *et al.*, 2021). Dessa forma, percebe-se que com o avanço da idade ocorre o aumento de diversos fatores, entre eles, a depressão, isolamento social, aumento da dependência física, improdutividade e principalmente o declínio funcional (VETRANO *et al.*, 2018), podendo também ocorrer o desenvolvimento de doenças crônicas e degenerativas, resultado de alterações fisiológicas e comorbidades que ocasionam a diminuição da expectativa de vida na população idosa.

Os estudos de Previato *et al.* (2021) destacam que além de ser acompanhado de contínua perda na capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, acomete os idosos tornando-os mais vulneráveis a eventos patológicos e, conseqüentemente, oferecendo riscos à sua saúde, ao seu bem-estar psicossocial e à sua capacidade funcional, sobretudo na possibilidade de viver realizando as Atividades de Vida Diária (AVD). Nessa perspectiva, as quedas são identificadas como a principal causa externa de morbidade e mortalidade entre essa população no mundo e é também um indicador de piora na qualidade de vida (PREVIATO *et al.*, 2021).

O declínio funcional de natureza física, cognitiva e/ou emocional é um importante preditor de saúde, capaz de detectar sarcopenia, além de operacionalizar a atenção à saúde do idoso para prevenção de complicações, como a incapacidade funcional, demências, quedas, morbimortalidade, hospitalização, entre outras. Nesse contexto, o conceito de capacidade funcional surge como um importante parâmetro de avaliação e de intervenção em busca de um envelhecimento ativo e saudável. (SILVA, 2019; SANT'HELENA *et al.*, 2020). Para Leite *et al.* (2020), a capacidade funcional (CF) se refere à maneira

que o indivíduo vive, com condições independentes e autônomas, além do modo de como se relaciona com seu meio.

A partir de 2015, a OMS propôs o conceito de capacidade intrínseca para delinear o que determina o envelhecimento saudável, considerando a capacidade intrínseca como resultado da soma e da relação das capacidades físicas e mentais do indivíduo e suas interações com os fatores ambientais relevantes (OMS, 2015).

O ambiente interfere diretamente na qualidade de vida do indivíduo, e se tratando da pessoa idosa institucionalizada, que vivencia a rotina cotidiana em um ambiente compartilhado, é necessário que este seja adaptado para lhes garantir segurança e acolhimento, de forma que sejam preservadas também as necessidades coletivas e individuais no que diz respeito tanto aos residentes quanto aos profissionais. Portanto, o ambiente em que a pessoa idosa está inserida é um importante influenciador do processo de envelhecimento e na qualidade de vida de todos os que participam do movimento (VILLAS BOAS *et al.*, 2021).

AS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA PESSOAS IDOSAS (ILPIs) COMO MODELO HABITACIONAL COMUNITÁRIO

De acordo com a legislação brasileira, especificamente o Estatuto da Pessoa Idosa em seu Artigo 3º:

"Art. 3o É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar à pessoa idosa, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária." (BRASIL, 2003, p.5)

São vários os motivos que levam os idosos a residirem em Instituição de Longa Permanência, a maioria deles está associada ao caráter socioeconômico, tais como: precariedade financeira, sequelas de doenças crônicas, incapacidade física e/ou cognitivas com dependência para realização das AVD, incapacidade para gerenciar a própria vida e saúde, entre outros. Em todas essas condições, a ausência do suporte familiar ou social é determinante para a institucionalização do idoso por opção pessoal ou indicação do ministério público (ALMEIDA, 2017).

Com o objetivo de estabelecer o padrão mínimo de funcionamento para ILPI a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) dispõe a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) N°502/2021 que determina a aplicabilidade da norma a toda ILPI, no que diz respeito ao monitoramento e avaliação da padronização adequada da infraestrutura física, de forma a proporcionar habitabilidade, higiene, salubridade, segurança, além de garantir acessibilidade a todas as pessoas que apresentem algum tipo de dificuldade de locomoção de forma a garantir os direitos da pessoa idosa institucionalizada (ANVISA, 2021).

A RDC N°502/2021 define ILPI como:

“instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania.” (ANVISA, 2021)

No entanto, as ILPIs são popularmente conhecidas a partir de um histórico de caridade para amparar os velhos, suprindo-lhes necessidades básicas de alimentação, moradia e cuidados básicos para sobrevivência. Contudo, deve-se observar que esses estabelecimentos prestam cuidados de saúde à pessoa idosa, integrando-se à rede de assistência à saúde, pois abriga idosos com necessidades de saúde diversas, que requer um cuidado ampliado baseado na atenção integral e que implica na segurança do paciente (CAMARANO; KANSO, 2010; LEITE *et al.*, 2020).

SEGURANÇA NO CONTEXTO DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA PESSOAS IDOSAS (ILPIs)

O Ministério da Saúde (MS) instituiu por meio da Portaria n° 529 de 1° de abril de 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que traz a definição e conceitos de segurança do paciente e que tem por finalidade a implementação de práticas de segurança e a redução de eventos que causem danos ao paciente, propondo estratégias de gestão de riscos. Dentre as ações de promoção à saúde contidas na PNSP que objetivam a melhoria da segurança do cuidado, está a redução de quedas (BRASIL, 2013).

Estudos revelam que a maioria dos residentes das ILPIs apresenta alto risco de queda, estando essas ocorrências associadas a fatores intrínsecos, como o déficit auditivo e a dependência para realização das AVD, e a fatores extrínsecos, que são fatores ligados ao próprio ambiente. A queda é reconhecida como um evento adverso modificável, portanto medidas devem ser tomadas para a diminuição da sua ocorrência. Sendo o ambiente um fator importante para a capacidade funcional do indivíduo e, conseqüentemente, para o processo de envelhecimento, os aspectos de segurança e acessibilidade precisam ser considerados nas ILPIs, sejam elas públicas ou privadas (ARAÚJO, 2018; ROSA, 2019; SILVA, 2021).

ACESSIBILIDADE

A Lei Federal N° 10.098, de 19 de dezembro de 2000, estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade e dá outras providências, já o Decreto N° 5.296 de 02 de dezembro de 2004, regulamenta a lei mencionada e orienta o uso de normas para direcionar as soluções que contemplem acessibilidade (BRASIL, 2000; BRASIL, 2004).

A acessibilidade vislumbra para o espaço público ou privado, de uso coletivo, a condição e oportunidade de alcance, percepção, compreensão para o uso seguro e com autonomia dos ambientes, internos e externos, informações e comunicações (ABNT, 2020). Proporcionar a segurança da pessoa com mobilidade reduzida e demais agentes que utilizam o espaço físico é possibilitar arquitetura inclusiva .

O uso das recomendações da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) como preceitos norteadores projetuais, contemplam as condições físicas das edificações tais como, vão de passagem em portas, largura dos corredores, uso de sinalização, dimensionamento de banheiros acessíveis, distanciamento adequado entre mobiliários e dentre outras orientações (ABNT, 2020).

ARQUITETURA INCLUSIVA E OS PARÂMETROS QUE INFLUENCIAM NO BEM ESTAR DAS PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS

A norma da ABNT 9050/2020 trata da Acessibilidade a Edificações, Mobiliário, Espaços e Equipamentos Urbanos, e expõem as diretrizes na promoção do alcance, aproximação, uso e fácil informação e preconiza a inclusão em qualquer fase da vida ou condição do usuário. O conceito norteador utilizado na norma, o Design Universal e seus princípios, vislumbram o atendimento pleno a maior diversidade de usuários e traz soluções para projetos às pessoas, independente da condição, quanto mais o ambiente acolher a variedade de necessidades, maior a promoção do conforto, segurança e autonomia (ABNT, 2020).

Quadro 1. Norma 9050/2020 caracterizações do usuário – medidas e orientações técnicas.

Caracterizações	Referência do usuário	Medidas	Promover
1 - Parâmetros antropométricos	Brasileiros com medidas selecionadas entre 5% a 95 %, os extremos correlatos a homens de estatura elevada e as mulheres de baixa estatura;	M.R. – Módulo de Referência de 0,80m x 1.20m – Espaço delimitado de pessoas em pé, e/ou, uso de uma bengala, duas bengalas, andador com rodas, andador rígido, muletas, muleta tipo canadense, apoio de tripé, bengala longa, sem órtese, uso de cão guia ou pessoa em cadeira de rodas.	Atender o deslocamento, os tipos de manobras, posicionamento, áreas de transferências, espaço e limites para aproximação;

2 - Parâmetros visuais	Pessoa sentada e em pé;	Campo de visão: 15° para o cone visual, o movimento inconsciente dos olhos, para o movimento consciente dos olhos o limite de 30° lateralmente, sendo limite para movimento natural da cabeça 45° e movimento consciente da cabeça de 60°;	O ângulo de visão é item importante para garantir a segurança e conforto;
3 - Parâmetros auditivos	A percepção do som para cada indivíduo vai sofrer interferências de acordo com diversos fatores - o ruído de fundo, a qualidade, as limitações físicas, sensoriais e cognitivas do ouvinte;	Variáveis suportáveis na frequência entre 20 Hz e 20000 Hz, intensidade entre 20 dB a 120 dB e duração mínima de 1s.	A sensação de desconforto e causa de dor se ocorridos acima das medidas;

Fonte: Adaptado pelas autoras da Norma ABNT 9050/2020.

Essas referências podem atender a diversidade dos usuários numa instituição de longa permanência e facilitar compreensão da adoção da norma como recomendação e ter a acessibilidade como balizador técnico na promoção da inclusão.

A INFRAESTRUTURA FÍSICA E A RESOLUÇÃO Nº 502/2021 PARA AS ILPI

O funcionamento adequado de uma ILPI contempla o uso da RDC nº502/2021 que orienta as condições de uso dos ambientes necessários a edificação desse tipo, a norma aponta padrão mínimo para funcionamento, itens de infraestrutura, desde a indicação do programa de necessidades, que compreende os ambientes, usos e dimensionamentos adequados. O projeto arquitetônico é o ponto de partida, a partir dele pode-se ter o plano e entendimento do dimensionamento, fluxos de circulação e disposição dos ambientes. As condições de habitabilidade, higiene e acessibilidade são pontos de atenção e orientação da resolução, o acompanhamento e fiscalização acontecem a partir desses condicionantes, antes da construção e no funcionamento. A infraestrutura física e as condições das instalações adotadas vão fazer a diferença quando planejadas desde a concepção do projeto arquitetônico. A metragem dos ambientes está relacionada ao número de moradores da instituição, a separação por sexo e condição em relação ao grau de vulnerabilidade identificado (ANVISA, 2021).

O ambiente de uma instituição de longa permanência presta serviços de assistência social, no sentido do acolhimento, tendo o caráter residencial, com a finalidade a moradia coletiva, segundo preconiza a RDC. Mesmo tendo como função o morar, sabe-se que muitas vezes são necessárias

estruturas de suporte ao idoso, o grau de dependência III, condição estabelecida para identificar a necessidade específica de autocuidado ou de comprometimento cognitivo do indivíduo institucionalizado, que requer assistência em todas as atividades. Porém, os encaminhamentos da RDC consideram o convívio coletivo, dimensionando as áreas mínimas, como a referência para a distribuição dos dormitórios e demais ambientes necessários para esse tipo de uso. A largura mínima das circulações indica quando a necessidade de uso do corrimão, vãos livres de portas e na sequência os ambientes necessários que deve possuir a instituição.

Outros aspectos importantes se referem aos pisos que tenham fácil limpeza e conservação e que sejam antiderrapantes, por exemplo. As instalações físicas devem oferecer segurança, higiene, acessibilidade e permitir por fim, as condições de habitabilidade necessárias para esse público, segundo a RDC nº 502/2021. Seguir as normas para uma edificação projetada para este uso traz vantagens estruturais, por já ser concebida utilizando os parâmetros e normas, quando o contexto é do isolamento social para a proteção de um público vulnerável, pode-se perceber que as responsabilidades serão as mesmas (ANVISA, 2021).

Ainda segundo a Resolução RDC nº 502/2021 da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), apresenta diretrizes norteadoras para garantir os direitos das pessoas idosas institucionalizadas. Em momento de pandemia, a responsabilidade das instituições de longa permanência sobre o cumprimento das recomendações, reforça a importância dos cuidados com o ambiente físico. A infraestrutura física compõe as orientações técnicas da RDC, quanto aos encaminhamentos em caso de construção, reformas, ou adaptação. Sabe-se que o perfil das instituições de cunho filantrópico, em sua maioria, sofre pela ausência de um projeto destinado para o fim, o de moradia coletiva. Com isso, aumenta o desafio em adequar os espaços às normas e as demandas que surgem diante de um contexto de isolamento social.

No contexto pandêmico, o Relatório Técnico realizado pela Frente Nacional apontou prerrogativas na implementação das medidas protetivas de controle a Covid 19, como o acesso às instituições, o controle da circulação e a necessidade de distanciamento e isolamento social evidenciando a importância do ambiente físico nesse cenário. A disposição de 08 eixos de atuação nas ILPIs, no acolhimento de enfrentamento à Covid, direcionou posturas e orientações que tinham a infraestrutura como suporte, no uso de quartos arejados, individuais e com banheiros, no reforço do distanciamento e isolamento em casos suspeitos de infecção. A população residente em uma ILPI em razão do grau de fragilidade e doenças crônicas é vulnerável e as boas práticas estabelecidas mencionam a preferência por lugares abertos e ventilados, evitar a circulação em ambientes fechados, como pontos de alerta para o enfrentamento a Covid-19 (VILLAS BOAS, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ILPI é um ambiente de domicílio coletivo, mas por ser também um local que abriga residentes que apresentam necessidades de cuidados à saúde, integra-se a rede de cuidados assistenciais, diante disso, exige-se que a mesma se adeque ao cumprimento das legislações pertinentes. No que se refere ao ambiente seguro para a pessoa idosa e trabalhadores, as normas estabelecidas referentes à estrutura e o ambiente apropriado para moradia e desenvolvimento das atividades relacionadas ao cuidado seguro deverão ser priorizadas.

Trazer a situação extrema de pandemia reforça o quanto o ambiente físico bem dimensionado, as especificações adequadas dos materiais potencializam a saúde, bem estar e a segurança dos moradores de uma ILPI. Por esse motivo, falar de ambiente seguro é a busca de referências técnicas que consolidam as ações preventivas no espaço físico em prol de uma arquitetura inclusiva.

Portanto, destaca-se a importância de que a ILPI atenda a legislação vigente e que haja um monitoramento para identificar possibilidades de melhorias e adequações quanto ao ambiente físico, identificando ainda os fatores que influenciam diretamente nesse processo, a fim de oferecer um ambiente confortável, seguro, inclusivo e saudável para os residentes, garantindo-lhes dignidade e respeito no âmbito individual e coletivo.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 9050:2020**. Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro, p. 147. 2020. Disponível em: https://www.caurn.gov.br/wp-content/uploads/2020/08/ABNT-NBR-9050-15-Acessibilidade-emenda-1_-03-08-2020.pdf. Acesso em: 11/02/2023.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 502, de 27 de maio de 2021**. Disponível em <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-502-de-27-de-maio-de-2021-323003775>. Acesso em: 11/02/2023.

ALMEIDA, D. G. *et al.* Idosos em instituições de longa permanência: contribuições ergonômicas para dormitórios em um estudo de caso. In: **Congresso internacional de ergonomia e usabilidade de interfaces humana tecnológica: produto, informações ambientes construídos e transporte**. 16. 2017, Florianópolis. Disponível em: <https://www.proceedings.blucher.com.br/article-details/idosos-em-instituies-de-longa-permanencia-contribuies-ergonmicas-para-dormitrios-em-um-estudo-de-caso-25793>. Acesso em: 11/02/2023.

ARAÚJO, C. C. **Comparação dos riscos e dos fatores de riscos para quedas em idosos ativos e sedentários**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Fisioterapia) Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

BRASIL. **Decreto Nº 5.296 de 02 de dezembro de 2004** - DOU de 03/12/2004. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm. Acesso em: 14/02/2023.

BRASIL. **Lei nº. 10.098, de 19 de Dezembro de 2000**. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília. Disponível em: https://www.presidencia.gov.br/ccivil_03/Leis/L10098.htm. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. **Lei nº 14.423 de 22 de julho de 2022**. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para substituir, em toda a Lei, as expressões "idoso" e "idosos" pelas expressões "pessoa idosa" e "pessoas idosas", respectivamente. Brasília, 2020.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Brasília, 2003.

BRASIL, **Portaria nº 529, de 1º de Abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Saúde Legis. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 11/02/2023.

CAMARANO, A. A. *et al.* As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista brasileira de estudos de população**, v. 27, n.1 São Paulo Jan./Jun 2010.

LEITE, A. K. *et al.* Capacidade funcional do idoso institucionalizado avaliado pelo KATZ: Functional capacity of the institutionalized elderly evaluated by the KATZ. **Rev. Enferm. Atual In Derme** [Internet]. 6º de abril de 2020. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/640>. Acesso em: 15/02/2023.

MENDES, J. L. V. *et al.* O Aumento da População Idosa do Brasil e o Envelhecimento nas Últimas Décadas: Uma Revisão de Literatura. **Revista Educação, Meio Ambiente e Saúde**, 2018.

OLIVEIRA, A. S. Transição Demográfica, Transição Epidemiológica e Envelhecimento Populacional No Brasil. **Hygeia - Rev Bras Geografia Médica e da Saúde**, [S. l.], v. 15, n. 32, p. 69–79, 2019. DOI: 10.14393/Hygeia153248614. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/48614>. Acesso em: 15/02/2023.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. Genebra, 2015.

PREVIATO, R. C. *et al.* Fortalecimento muscular no tratamento de alterações osteomioarticulares em idosos: uma revisão de literatura. **Arquivos do Mudi**. v. 25, n. 1, p. 128 - 144, 2021. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ArqMudi/article/view/58670/751375151944>. Acesso em: 14/02/2023.

ROSA, V. P. P. *et al.* Análise dos fatores de risco para queda em idosos institucionalizados. **Rev Bras Geriatria e Gerontologia**. 22 (01) 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180138>. Acesso em: 11/02/2023.

SANT'HELENA, D. *et al.* Capacidade funcional e atividades da vida diária no envelhecimento. In: SAMPAIO, Edilson Correia (Org.). **Envelhecimento Humano: desafios contemporâneos**. Guarujá: Científica Digital, 2020. p. 204-218. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.org/articles/200901493.pdf>. Acesso em: 18/02/2023.

SILVA, Laize Gabriele de Castro *et al.* Avaliação da funcionalidade e mobilidade de idosos comunitários na atenção primária à saúde. **Rev Bras Geriatria e Gerontologia**. 22 (5): e190086, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.190086>. Acesso em: 11/02/2023.

SILVA, Luiz Anildo Anacleto da *et al.* Gestão da segurança de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Braz J of Health Review**, 4 (5), 22.031–22.047. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n5-299>. Acesso em: 11/02/2023.

VETRANO, D. L. *et al.* Trajectories of functional decline in older adults with neuropsychiatric and cardiovascular multimorbidity: A Swedish cohort study. **Plos medicine**, v. 15, n.3, 2018.

VILLAS BOAS, P. J. F. *et al.* **Qualidade do cuidado em instituição de longa permanência para idoso**. Editores, Belo Horizonte (MG): ILPI, 2021. Disponível em: <http://www.frentenacionalilpi.com.br>. Acesso em: 11/02/2023.

Capítulo 13

Capacitação e educação permanente na segurança da pessoa idosa em instituições de longa permanência

Susana Cecagno, Rochelle Rufino Costa, Cássia Luíse Boettcher, Dione Lima Braz, Meiry Fernanda Pinto Okuno, Silvia Knorr Ungaretti Fernandes e Vilani Medeiros de Araújo Nunes.

APRESENTAÇÃO

É sabido que as alterações fisiológicas que ocorrem durante o processo de envelhecimento aumentam a suscetibilidade desta população ao desenvolvimento de doenças crônicas e incapacitantes que, por sua vez, aumentam o grau de dependência da pessoa idosa culminando na necessidade de cuidados de terceiros para a realização de atividades de vida diária e manutenção da qualidade de vida (AGUIAR *et al.*, 2021). A inexistência ou indisponibilidade deste cuidador na família é o principal motivo de institucionalização desta população (FAGUNDES *et al.*, 2017).

As pessoas idosas institucionalizadas normalmente apresentam capacidade funcional reduzida, multimorbidade, polifarmácia, maior fragilidade e complexidade assistencial de saúde que implica em maior demanda de cuidados (SILVA; GUTIERREZ, 2018). Essas características, associadas à grande variedade de processos desenvolvidos em Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas (ILPIs), representam forte argumento para que se trabalhe a temática de segurança do paciente nestes espaços.

Um ambiente de cuidados seguros deve garantir que os tratamentos e serviços prestados não causem danos, lesões ou complicações, além dos advindos do curso da própria condição de saúde do indivíduo. Por essa razão, as questões relacionadas à segurança do paciente são essenciais para a garantia da qualidade dos cuidados em saúde.

Nesse contexto, a incorporação da educação permanente se apresenta como uma importante estratégia para melhoria da qualidade assistencial e da segurança da pessoa idosa institucionalizada ao propor a execução de ações educativas baseadas na realidade do serviço, com reflexão das práticas no cotidiano.

Neste capítulo serão abordados os aspectos conceituais da educação permanente, sua interface com a segurança do paciente e a relevância destes na prática cotidiana das ILPIs.

O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E A SEGURANÇA DO PACIENTE

Com a redução de nascimentos e a queda do número de mortes surge um novo comportamento demográfico no Brasil, contribuindo para o envelhecimento progressivo da população, e com isso gerando

profundas transformações nos indivíduos, nas famílias e na sociedade como um todo. Um dos aspectos que sofre transformação é a assistência à saúde. Entretanto, embora a transição demográfica já esteja em curso, a rede de assistência à saúde no Brasil ainda é muito voltada para o atendimento às crianças que durante muitas décadas representavam uma parcela considerável da população. A população idosa apresenta demandas de saúde e sociais totalmente diferentes, tornando urgentes as adequações necessárias à nova realidade (OLIVEIRA, 2019).

No entanto, as pessoas idosas são institucionalizadas por doenças crônicas, dificuldades das famílias em manter seus idosos em casa e por vezes, por ausência de referência familiar (CARVALHO *et al.*, 2019). Frente aos desafios expostos, as ILPIs têm se tornado alternativas frequentes para manutenção do cuidado e assistência à saúde da pessoa idosa, destinada à moradia coletiva de pessoas com 60 (sessenta) anos ou mais, com ou sem suporte familiar.

Nesse cenário, a Resolução da Direção Colegiada (RDC) nº 283 de 26 de setembro de 2005, atualizada mais recentemente em 27 de maio de 2021 (RDC nº 502), dispõe sobre o funcionamento de todas as ILPIs, governamental ou não governamental, de caráter residencial estabelecendo o padrão mínimo para funcionamento das ILPIs, definindo quantitativo funcional, padrões de ambiência, entre outros aspectos diretamente relacionados à qualidade assistencial nestes serviços (BRASIL, 2005).

A partir de 2019, a segurança do paciente passou a ser compreendida como um quadro de atividades organizadas que cria culturas, processos e procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes no cuidado de saúde que, de forma consistente e sustentável, é capaz de: reduzir os riscos, diminuir a ocorrência de danos evitáveis, reduzir a probabilidade de erros e seu impacto (WHO, 2020).

Apesar das ILPIs não serem caracterizadas como estabelecimentos de saúde, torna-se importante e necessário que os referidos protocolos de segurança do paciente sejam aplicáveis a elas, constituindo medida fundamental para prevenção de agravos e fomentando uma assistência segura, no cenário dessas organizações.

Em estudo realizado por Ferraz e Silva (2021), verificou-se a urgência de ações educativas referentes à segurança do paciente nas ILPIs. Os profissionais participantes do estudo destacam a comunicação e a implementação da segurança do paciente por meio de ações educativas trabalhadas com as equipes. No entanto, esse estudo demonstrou que mesmo os profissionais atendendo diariamente o público idoso, muitos não possuem capacitação ou qualificação sobre envelhecimento. Ante essa realidade, observa-se a necessidade de uma equipe qualificada e capaz de reconhecer os fatores de riscos que desencadeiam os incidentes proporcionando estratégias de intervenção que previnam sua ocorrência e contribuam para a segurança da pessoa idosa institucionalizada.

A segurança do paciente deve ser uma atribuição de todos os profissionais com o objetivo de reduzir os danos desnecessários provocados pelos eventos adversos. Nesta perspectiva, Lima (2019) refere que a promoção da segurança do paciente pode ser feita através de mudança da cultura dos profissionais e dos

gestores da instituição, como salientar a importância de utilizar indicadores de qualidade, sistema de registros e as notificações, com o intuito de melhoria nos processos assistenciais.

Uma cultura de segurança do paciente é comumente definida como “*o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e grupais que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da gestão de saúde e segurança de uma organização*” (REE, 2019). A cultura de segurança do paciente é importante para os processos e resultados de segurança do paciente. Uma sólida cultura de segurança do paciente está associada a menos eventos adversos e experiências mais positivas do paciente (REE, 2019).

Uma revisão sistemática (BRAITHWAITE *et al.*, 2017) evidenciou que uma cultura positiva no local de trabalho estava relacionada a vários resultados desejáveis do paciente, como menos quedas e infecções, taxas reduzidas de mortalidade e maior satisfação do paciente. Esses achados foram consistentes em todos os países, ambientes e estudos, incluindo ILPIs.

Assim, para a prevenção de incidentes tem a necessidade da implementação de protocolos, atividades padronizadas, participação e adesão das equipes (MEDEIROS *et al.*, 2021). Essas ações requerem um empenho de todas as lideranças dos serviços de saúde, de modo que os processos de trabalho assistenciais sejam padronizados, fundamentados em evidências científicas e fomentem a uniformização do cuidado, com vistas ao gerenciamento de riscos, e a prestação do cuidado de forma segura e qualificada.

EDUCAÇÃO PERMANENTE NA QUALIFICAÇÃO E SEGURANÇA DO CUIDADO À PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA

A educação permanente em saúde surge como importante estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) formalizada pela Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 1997, sendo o conceito pedagógico que interpõem ações de ensino, serviços, gestão e desenvolvimento de instituições, ou seja, trata-se de importante aliada para formação, desenvolvimento e qualificação dos trabalhadores da área da saúde. Contribuindo para a construção do conhecimento, auxiliando na formulação de processos educativos capazes de transformar as práticas em saúde (MENESES *et al.*, 2019).

A definição adotada pelo Ministério da Saúde (MS) traz a Educação Permanente em Saúde (EPS) como aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A EPS se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais e acontece no cotidiano do trabalho.

Infelizmente, no cenário brasileiro, as atividades de EPS, mesmo no âmbito geral da assistência, não atingem o idealizado e proposto no contexto de rede de atenção. São muitos os entraves para a implementação bem-sucedida de estratégias de EPS. Dentre esta problemática, destacam-se as confusões de termos, desconhecimento por parte de gestores, falta de adesão por parte de profissionais e a

fragmentação do trabalho (FERREIRA *et al.*, 2019). Este cenário fica mais crítico quando se considera o cenário das ILPIs que necessitam de um olhar atento para as particularidades dos pacientes e profissionais.

Um aspecto que merece destaque no tangente à educação permanente na segurança da pessoa idosa em ILPI, é a força de trabalho. Estudo acerca das atividades realizadas pelo cuidador de pessoa idosa institucionalizada destaca um quantitativo importante de profissionais que não tem formação na área assistencial para cuidado com esse público. Boa parte do conhecimento é adquirido por experiências familiares ou repassadas por colegas informalmente durante o trabalho. Esse despreparo pode causar insegurança na execução das atividades e maior probabilidade de erro, o que pode desqualificar o cuidado e gerar risco à saúde dos pacientes (AGUIAR *et al.*, 2021).

Mesmo no contexto de profissionais com alguma formação, identifica-se a necessidade de alinhar o conhecimento à realidade enfrentada e ao perfil demográfico, evitando a reprodução de técnicas automatizadas, fragmentadas e mecânicas, sem a reflexão necessária e a observação de aspectos específicos da pessoa idosa, bem como sua participação ativa no processo de cuidado (DAMACENO; CHIRELLI; LAZARINI, 2019).

Nesta perspectiva, um programa de educação permanente em saúde que abranja as especificidades da população idosa e das ILPIs, e os pilares para uma assistência segura e de qualidade, torna-se indispensável para a evolução da assistência nestas instituições. Um trabalho que amplie os horizontes para além dos cuidados de manutenção básica de vida incluindo dimensões específicas da geriatria e gerontologia, e principalmente proporcionando reflexões sobre as práticas profissionais, diálogo, compartilhamento de dúvidas e sugestões, contribuindo para construção do conhecimento de forma coletiva.

A educação permanente em saúde deve auxiliar os cuidadores no desenvolvimento e aprimoramento de habilidades que colaborem na prestação de cuidados aos idosos institucionalizados como a empatia, a resolutividade, a disponibilidade, o interesse e a paciência, considerando, ainda, o desenvolvimento das habilidades técnicas (VILLAS BOAS *et al.*, 2021).

Para que todos esses objetivos sejam alcançados, as ações de capacitações precisam romper com o tradicional modelo de transmissão de conteúdo e utilizar-se de estratégias que promovam a participação ativa dos profissionais-alunos buscando a interação entre a teoria e a prática, tornando a aprendizagem significativa. A estas estratégias dá-se o nome de metodologias ativas de aprendizagem.

Jacobovski e Ferro (2021) em uma revisão sistemática integrativa subdivide a operacionalização das metodologias ativas em três subcategorias, a saber:

- 1) Trabalho em grupo e ações em rede: propiciam a resolução de problemas de forma conjunta, colaborativa e interdisciplinar. Exemplos: grupos focais, aprendizagem por pares ou times (Team Based Learning) e articulações intersetoriais entre instituições, órgãos e comunidade.

2) Experimentação e problematização da realidade: aprendizagem pela experiência real ou simulada para resolução de problemas práticos. Exemplos: abordagem baseada em problemas, dramatizações, observação participante e diagnósticos situacionais.

3) Seminários, diálogos, dinâmicas e oficinas: promovem o intercâmbio cultural entre os participantes. Exemplos: mesas-redondas, debates temáticos, relatos críticos de experiências e rodas de conversa.

Outra iniciativa que pode ser citada é a criação do Campus Virtual de Saúde Pública (CVSP) na Colômbia em 2003, concebido como uma rede de pessoas, instituições e organizações que compartilham cursos, recursos, serviços e atividades de educação, informação e gestão do conhecimento em ações de formação, com o propósito comum de melhorar as competências da força de trabalho e as práticas de saúde pública, mediante o aproveitamento e a inovação no uso das tecnologias de informação e comunicação para a melhoria contínua do desempenho dos programas de educação permanente em saúde pública (RINCÓN, 2022).

Os exemplos citados não esgotam as possibilidades sendo importante não se perder de vista que ações educativas, que subsidiem e reforcem a importância de olhar para a segurança dessa população são premissas básicas para a qualificação do cuidado à pessoa idosa. Estas ações atuam melhorando a resolutividade, a percepção de mudanças no estado de saúde, a identificação de fragilidades, e potencializando maior segurança e zelo com a população idosa assistida na ILPI (VILLAS BOAS *et al.*, 2021).

A qualificação da equipe de cuidadores de pessoas idosas institucionalizadas é uma importante ferramenta para a prestação de cuidados mais seguros e eficientes. Uma equipe fortalecida, esclarecida e atualizada irá prestar um cuidado qualificado, mais efetivo e seguro e a pessoa idosa que recebe um cuidado integral individualizado, focado em suas necessidades e fragilidades, diminui, também, a necessidade de hospitalizações decorrentes de incidentes ou falhas nos cuidados em saúde (MARTINS *et al.*, 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de envelhecimento é acompanhado por uma série de transformações na vida dos indivíduos, de suas famílias e da sociedade, imprimindo, com isso, a necessidade de mudanças de paradigmas dos sistemas de saúde, bem como a ressignificação do contexto de vida das pessoas. Requer uma série de transformações nos sistemas de saúde para que essa fase da vida seja vivenciada com dignidade.

Assim, a educação permanente tem um papel singular na formação de profissionais que atuam com pessoas idosas institucionalizadas, sendo estratégia eficaz na qualificação do ser e do fazer no dia-a-dia do trabalho assistencial. Profissionais com competências, habilidades e atitudes seguras, calcados em uma cultura de segurança do paciente fortalecida, promovem a redução dos riscos de eventos adversos e incidentes relacionados à assistência à saúde, e contribuem para a melhor qualidade de vida das pessoas idosas, de suas famílias e da própria sociedade.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, J. A. *et al.* Atividades desempenhadas pelo cuidador destinadas ao idoso institucionalizado: uma revisão integrativa. **Kairós-Gerontologia**, v.25, n.1, p.37-150, 2021. Disponível em: doi: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2022v25i1p137-150>. Acesso em: 12 fev. 2023.
- BRAITHWAITE, J. *et al.* Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: systematic review. **BMJ Open**, v.7, n.11, p.e017708, 2017. Disponível em: doi: 10.1136/bmjopen-2017-017708. Acesso em: 23 fev. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução - **RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 11 fev. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 10 fev. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Ministério da Saúde: Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 10 fev. 2023.
- CARVALHO, A. A. *et al.* Evento quedas: cuidados de enfermagem para a segurança do idoso hospitalizado. **Rev Enferm em Foco**, v.10, n.6, 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2100/658> Acesso em 11 fev. 2023.
- DAMACENO, D. G.; CHIRELLI, M. Q.; LAZARINI, C. A. A prática do cuidado em instituições de longa permanência para idosos: desafio na formação dos profissionais. **Rev Bras Geriat e Geront**, v. 22, n. 1, p. e180197, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.180197>. Acesso em: 13 de fev. 2023.
- FAGUNDES, K. V. D. L. *et al.* Instituições de longa permanência como alternativa no acolhimento das pessoas idosas. **Rev Saúde Pública**. v.19, n.2, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsap/2017.v19n2/210-214/>. Acesso em: 13 de fev. 2023.
- FERRAZ, C. R.; SILVA, H. S. A compreensão da equipe de enfermagem frente a segurança do paciente idoso hospitalizado. **Comunicação em Ciência da Saúde**, v.32, n.1, 2021. Disponível em: <https://revistaccs.escs.edu.br/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/770/486>. Acesso em: 10 fev. 2023
- FERREIRA, L. *et al.* Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Saúde debate**, v. 43, n.120, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>. Acesso em: 11 fev. 2023.
- JACOBOSKI, R.; FERRO, L. F. Educação permanente em saúde e metodologias ativas de ensino: uma revisão sistemática integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13391>. Acesso em: 10 fev. 2023
- LIMA, A. A. *et al.* Segurança do paciente idosos sob o ponto de vista do enfermeiro em uma ILPI. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v.8, n.4, p.407-415, 2019. Disponível em: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/446/345>. Acesso em: 13 fev. 2023.

MAIA, C. S. *et al.* Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.27, n.2, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/67kfbVWmYrCNSyZ5NmyXpjR/?format=pdf>. Acesso em: 10 fev. 2023.

MARTINS, P. F. Educação permanente em saúde com enfermeiros sobre o papel e a participação da família na vida de pessoas idosas institucionalizadas. **Research, Society and Development**, v.11, n.1, 2022. Disponível em <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i1.25235>. Acesso em: 13 fev. 2023.

MEDEIROS, A. C. L. L. *et al.* Assistência de enfermagem diante da segurança do paciente idoso. **Research, Society and Development**, v.10, n.17, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/24410/21323>. Acesso em: 10 fev. 2023.

MENESES, I. G. *et al.* Educação permanente em equipe multidisciplinar de um programa gerontológico: concepções, desafios e possibilidades. **ABCS Health Sci**, v. 44, n.1, p.40-46. 2019. Disponível em: [doi:https://dx.doi.org/10.7322/abcs.hs.v44i1.1257](https://dx.doi.org/10.7322/abcs.hs.v44i1.1257). Acesso em: 11 fev. 2023.

OLIVEIRA, A. S. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Rev bras Geografia Médica e da Saúde**, v.15, n.31, p. 69-79, 2019. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia> Acesso em: 14 fev. 2023.

REE, E. Employees' perceptions of patient safety culture in Norwegian nursing homes and home care services. **BMC Health Serv Res**, v.19, n1, p.607, 2019. Disponível em: [doi: 10.1186/s12913-019-4456-8](https://doi.org/10.1186/s12913-019-4456-8). Acesso em: 23 fev. 2023.

RINCÓN, E. H. H. *et al.* Desarrollo profesional permanente en salud por intermedio del Campus Virtual de Salud Pública en Colombia (2012-2019). **Rev Panam Salud Publica**, v.46, p.e105, 2022. Disponível em: [doi: 10.26633/RPSP.2022.105](https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.105). Acesso em: 23 fev. 2023.

ROSA, V. P. P.; CAPPELLARI, F. C. B. D.; URBANETTO, J. S. Análise dos fatores de risco para quedas em idosos institucionalizados. **Rev Bras Geriat e Geront**, v.22, p.2-11, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/x3Tr3jcxGL4mvvh8bFX3bPx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 fev. 2023.

SILVA, H. S.; GUTIERREZ, B. A. O. A educação como instrumento de mudança na prestação de cuidados para idosos. **Educar em Revista**, v. 34, n. 67, p. 283-296, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-4060.54049>. Acesso em: 14 fev. 2023.

VILLAS BOAS, P. *et al.* **Manual: qualidade do cuidado em instituição de longa permanência para idoso**. Belo Horizonte (MG): ILPI, 2021.

WHO. World Health Organization. **Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance**. Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2020.

Capítulo 14

Riscos sanitários nas instituições de longa permanência para idosos (ILPI)

Karla Cristina Giacomini.

APRESENTAÇÃO

Este capítulo aborda os riscos sanitários nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) e está dividido em 4 seções, a saber: a Introdução, os Riscos Sanitários, as Estratégias para redução dos riscos sanitários nas ILPI e as Considerações finais.

INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, a pandemia de COVID-19, causada pelo vírus Sars-Cov2, tornou evidente a vulnerabilidade das pessoas idosas, especialmente aquelas institucionalizadas, dada a elevada mortalidade observada em instituições de cuidados de longa duração (COMAS-HERRERA *et al.*, 2020) e as fraquezas (ou a falta) da base de dados nacional e das práticas de prevenção e controle de infecções (PCI) em ILPI (HANRATTY *et al.*, 2020). Contudo, no nosso meio, a pandemia também explicitou o quanto tais instituições são invisíveis para o Estado e para a sociedade brasileira (FERNANDES *et al.*, 2021).

A criação do movimento social “Frente Nacional de Fortalecimento às ILPI” (FN-ILPI) (www.frentenacionalilpi.com.br), inicialmente motivada pela pandemia de covid-19, visou apoiar essas instituições, ante o risco de alta mortalidade da população institucionalizada (HORTA *et al.*, 2021). Esse movimento tem produzido e divulgado gratuitamente material técnico-científico baseado nas melhores evidências. Além dessa atuação, reconhecida em nível nacional e internacional, a FN-ILPI realizou um censo a partir das informações disponíveis e identificou cerca de 8.000 ILPI em todo o país, com grande heterogeneidade em sua distribuição geográfica (DOMINGUES *et al.*, 2021).

De modo inédito, a FN-ILPI viabilizou a capacitação virtual de cerca de 13.500 gestores e técnicos de ILPI de todo o país e apoiou a Fundação Oswaldo Cruz, por meio do Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (PROQUALIS) e do Comitê de Saúde da Pessoa Idosa do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde - ICICT/Fiocruz, na oferta de um curso de Cuidados de Saúde e Segurança no contexto da COVID-19, para estes profissionais. Um Manual de Qualidade do Cuidado e da Gestão foi elaborado pela FN-ILPI abordando os 20 principais temas sugeridos pelos profissionais das ILPIs, durante a pandemia da COVID-19 e está disponível no site da FN-ILPI.

Embora não exista um consenso entre diferentes atores sociais quanto a conceito, tipo, natureza,

abrangência e qualidade dos cuidados prestados nesses espaços (WACHHOLZ *et al.*, 2022), indubitavelmente o maior risco sanitário para a população idosa institucionalizada é a falta de cuidado adequado. Assim, este capítulo tem como objetivo discutir os principais riscos sanitários envolvidos nessa modalidade de cuidado.

RISCOS SANITÁRIOS NAS ILPIs

A literatura aponta como principais razões para a ineficiência do cuidado institucional: a supervisão insuficiente das equipes de cuidado; a escassez e a falta de qualificação profissional das equipes; a baixa de autoestima e a desmotivação dos funcionários; a baixa remuneração e as técnicas ineficazes de premiação/punição para garantir o melhor desempenho dos profissionais (BREEN; MATUSIT; WAN, 2009). Além disso, com equipes desfalcadas, as pessoas tomam decisões que ultrapassam seu conhecimento e formação, e frequentemente desconhecem os problemas dos residentes, o que contribui para o cuidado redundante, irrelevante ou problemático (LEVENSON, 2010). As deficiências mais relevantes acontecem em atividades e atitudes do cotidiano das ILPI (BREEN; MATUSIT; WAN, 2009). (Quadro 1).

Quadro 1. Principais atividades realizadas com deficiências pelas equipes de cuidado das ILPI.

- Higiene alimentar	- Cuidado em geral
- Limpeza do ambiente	- Prevenção de acidentes
- Úlceras de pressão	- Protocolos profissionais
- Acidentes	- Planos de cuidado
- Controle de infecções	- Respeito à dignidade da pessoa

Fonte: Reproduzido de Giacomini e Couto (2010).

O cuidado institucional desejável deve ser ao mesmo tempo global e centrado na pessoa idosa. Contudo, a população institucionalizada costuma apresentar mais de uma condição clínica, funcional e/ou psicossocial e compartilha ambientes, equipamentos e cuidados. Além disso, a demanda por institucionalização é maior exatamente entre as pessoas mais idosas e mais frágeis. Portanto, atenção a normas de biossegurança é fundamental (WACHHOLZ *et al.*, 2022; HANRATTY *et al.*, 2020). Infelizmente, as equipes de cuidado em muitas ILPIs são formadas por cuidadores e técnicos sem a devida formação para exercer este cuidado.

Assim, para melhorar o cuidado nas ILPIs é fundamental assegurar a educação permanente, o incentivo ao trabalho mais comprometido e o estímulo ao vínculo e à redução das deficiências nas equipes. Isso significa cuidar de quem cuida. Os coordenadores deveriam ser capazes de reconhecer o esforço das pessoas, de elogiar e de oferecer melhores condições de trabalho, de modo que para cada tipo de cuidado requerido houvesse o recurso necessário correspondente (BREEN; MATUSIT; WAN, 2009).

O PAPEL DA FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA

Dos órgãos fiscalizadores espera-se que promovam – ou pelo menos não dificultem – todos os aspectos do processo de cuidado, uma vez que, na ILPI, “fazer a coisa certa da maneira certa” significa estar de acordo com as medidas de regulação (mas não focado exclusivamente nelas); ser cuidado por indivíduos qualificados, conhecedores de seus papéis e limites; e estar apoiado em um efetivo processo de gestão (LEVENSON, 2010).

Nesse sentido, ao discutir o papel dos Conselhos, do Ministério Público e da Vigilância Sanitária na fiscalização das ILPIs, Giacomini e Couto (2010), ressaltam que, historicamente, no Brasil, todos os processos de cuidado em uma ILPI - da admissão ao término – sempre ocorreram à revelia de qualquer olhar regulador. No caso da fiscalização sanitária, o principal objetivo deve ser eliminar ou minimizar o risco sanitário. Entende-se como risco sanitário qualquer perigo de dano à saúde.

A Vigilância Sanitária (VISA) é uma das competências do Sistema Único de Saúde – SUS (Lei nº 9782/99), organizada em um Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), presente em todas as esferas de governo, com atributos peculiares e intimamente relacionados à realidade dos cidadãos. Compete a este setor do Sistema Único de Saúde (SUS) definir as normas e padrões a serem cumpridos em todas as ações de interesse da saúde na produção, circulação e consumo de certos produtos, processos e serviços, inclusive as ILPIs (BRASIL (1999)).

Na inspeção sanitária é importante esclarecer as diferentes esferas de atuação:

- No âmbito Federal, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) é uma autarquia que dirige o Sistema de Vigilância Sanitária (SVS), em âmbito nacional, com maior autonomia administrativa nas decisões. Ela funciona e deve funcionar como um instrumento de Estado e não de Governo; atuando frente às entidades privadas e públicas. Cabe à ANVISA estabelecer os princípios gerais de atuação (políticas públicas), orientando, monitorando e limitando a ação tanto do Estado quanto da iniciativa privada, em prol do interesse da sociedade frente a um interesse particular que prejudique o da sociedade (Poder de Polícia¹). Ela pode complementar a norma superior, por meio de Resolução de Diretoria Colegiada (Lei nº 9782/99: Art. 9º);

- No âmbito Estadual/Distrital atua a VISA Estadual e no âmbito local, a VISA municipal. Ambas podem complementar a norma superior, inclusive de modo mais detalhado e adequado à sua realidade, desde que respeitem a diretriz proposta na norma federal.

Não há hierarquias entre as normas: as normas federais são de âmbito geral em relação a estados e municípios; as normas estaduais são suplementares às federais e as municipais prevalecem sobre as expedidas pelos outros entes naquilo em que for mais específico para cada município.

¹ Caso identifique situações de risco, a fiscalização sanitária pode exercer seu poder de polícia e de interdição temporária ou definitiva do local vistoriado, porém raramente se vale dele como primeira estratégia.

Em 2005, no vazio deixado pela não atuação da imensa maioria dos Estados e Municípios, a ANVISA publicou a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC/ANVISA nº 283) que tratava do Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as ILPIs (BRASIL, 2005). Em 2021, esta norma foi reeditada, sob o nº 502/2021, com alterações de forma, mas praticamente manteve seu conteúdo. Esta RDC vale para instituições de todas as naturezas jurídicas: filantrópicas e privadas com fins econômicos de diferentes padrões de hotelaria e de cuidado.

Conforme o grau de dependência dos idosos institucionalizados, ela define o número de cuidadores e de profissionais necessários para apoiá-los em suas necessidades de cuidado. Considera-se como Grau I, os idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda e define-se um cuidador para cada 20 idosos independentes, ou fração. As pessoas idosas de Grau II são aquelas com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada, com previsão de um cuidador para cada 10 idosos por turno. Define-se como Grau III os idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e/ou com comprometimento cognitivo e a norma prevê um cuidador para cada seis idosos por turno. Por sua vez, a relação entre os tipos de atividades e os profissionais/carga horária exigidos estão apresentados no Quadro 2.

Quadro 2. Relação entre o tipo de atividades, os recursos humanos necessários e a carga horária de trabalho segundo a RDC nº 502/2021 da ANVISA.

Tipo de atividade	Recursos humanos	Carga horária de trabalho
Serviços de limpeza	Um profissional/ 100m ² de área interna ou fração	Por turno/dia
Atividades de lazer	Um profissional com formação de nível superior/ 40 idosos	12 horas por semana
Serviço de alimentação	Um profissional/ 20 idosos	Dois turnos de 8 horas
Serviço de lavanderia	Um profissional/ 30 idosos ou fração	Diariamente

Fonte: Elaborado pela autora.

A norma sanitária exige um Responsável Técnico – RT - com formação de nível superior, não necessariamente na área da Saúde, para responder pela instituição junto à autoridade sanitária local. Caso haja profissionais de saúde, a entidade deve exigir o seu registro no respectivo Conselho de Classe. A cada dois anos, deve ser elaborado um Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes, em articulação com o gestor local de saúde, conforme os princípios do SUS. Este plano inclui a atenção integral à saúde, as rotinas e procedimentos escritos; o transporte do residente por um serviço de remoção e uma avaliação anual pela ILPI sobre a implantação e efetividade das ações previstas no plano, considerando, no mínimo, os critérios de acesso, resolubilidade e humanização.

A RDC nº 502/2021 também prevê requisitos de infraestrutura física, além daqueles estabelecidos em códigos, leis ou normas pertinentes, quer na esfera federal, estadual ou municipal e das normas

específicas da ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas – e outros documentos mais complexos, como o Plano Geral de Resíduos Sólidos em Saúde (PGRSS) (destinação dada ao lixo contaminado), o Projeto Arquitetônico e o Projeto do Corpo de Bombeiros. Ela define os indicadores do desempenho e padrão de funcionamento das ILPIs que devem anualmente, ser remetidos ao SNVS e os indicadores locais (taxa de mortalidade; ocorrência de escabiose/sarna, diarreia, desidratação, lesões de decúbito; prevalência de desnutrição, diabetes e notificação compulsória e imediata da ocorrência de eventos sentinela - queda com lesão ou tentativa de suicídio). No entanto, até o momento, a ANVISA e o SNVS não dispõem de nenhum mecanismo de publicização ou consolidação desses indicadores, em quaisquer dos níveis de governo (BRASIL, 2021).

ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DOS RISCOS SANITÁRIOS NAS ILPIs

Embora todos os entes federados pudessem legislar sobre as melhores práticas de cuidado em ILPI, somente um número ínfimo de municípios elaborou normas específicas². Portanto, o padrão de cuidados obtido com a fiscalização sistemática é proporcional ao envolvimento do órgão fiscalizador e à capacidade de entendimento e engajamento do responsável pela ILPI. A aplicação da lei e o respeito à norma acontecerão apenas se a fiscalização sanitária for sistemática, permanente e mais frequente. A fiscalização que acontece de forma não padronizada dificulta sobremaneira avaliar se a pessoa idosa teve ou tem, de fato, os cuidados adequados.

Outrossim, a profissionalização da gestão e a garantia de equipe de profissionais vinculada às instituições são condições *sine qua non* para apoiar o cuidado institucional. Na questão do cuidado institucional, a desigualdade social do país mais uma vez se revela: há ILPI para quem pode pagar por equipamentos com melhores condições de cuidado, acessibilidade, higiene e equipe multiprofissional bem treinada e há ILPI para a parcela mais pobre, cujas carências chegam a níveis tão básicos e intoleráveis que ferem a dignidade humana. A questão dos recursos humanos é mais crítica em ILPI que assistem populações menos favorecidas, sejam elas privadas sem ou com fins econômicos, pois falta profissionalismo das equipes de cuidado, a capacidade administrativa é frágil e o apoio da realização do cuidado por profissionais de saúde voluntários pode comprometer a qualidade e a regularidade desse cuidado.

Certamente há ILPI que até supere as exigências previstas na RDC nº 502/2021; todavia, fora do contexto das capitais e grandes cidades, fica difícil supor que esta norma esteja adequada à realidade da maioria dos mais de 5560 municípios brasileiros. Além disso, nenhuma norma conterà todas as ocorrências

² Vale citar a publicação da Portaria Municipal 052/2000 pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (MG), por iniciativa do CMI e de várias entidades que participaram da sua elaboração, por ter sido a primeira manifestação legal sobre ILPI e VISA, antes mesmo da RDC 283/2005. Posteriormente revista e atualizada na Portaria 012/2015. [https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/publicacoes-da-vigilancia-em-saude/cartilha-ilpi%20\(1\).pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/publicacoes-da-vigilancia-em-saude/cartilha-ilpi%20(1).pdf)

observadas no cotidiano institucional. Por exemplo, é impraticável determinar na lei o número e o horário da troca de fraldas ou definir especificamente onde os idosos mais dependentes devam ficar em uma ILPI, embora não seja raro encontrá-los totalmente isolados do convívio com os outros. São situações que devem contar com o bom senso de quem aplica a lei. Cabe à lei estabelecer os itens que garantam a segurança sanitária mínima indispensável ao funcionamento da entidade, os quais serão categorizados conforme o risco que representam para o bem-estar e a saúde dos idosos (GIACOMIN; COUTO, 2010). Os itens sobre fiscalização poderiam ser qualificados em imprescindíveis – aqueles cujo cumprimento condiciona a instituição a receber o alvará sanitário e serão 100% exigidos; os necessários – itens que não restringem a liberação do Alvará, mas reforçam a qualidade do cuidado; os recomendáveis que reduziriam ainda mais o risco sanitário, e os informativos, que ficariam a critério da ILPI aplicar ou não. Estes três últimos, de menor risco, poderão ser progressivamente conquistados e saneados, em um trabalho de parceria na busca de soluções pactuadas em saúde (COUTO; LAGES, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estima-se que apenas 1% dos idosos brasileiros resida em ILPI. Este número não é resultado do respeito ao artigo nº 230 da CR/1988 que prevê a partilha de responsabilidades entre a família, a sociedade e o Estado no amparo à pessoa idosa, em caso de necessidade, nem de uma vasta rede de cuidados como proposto na Lei 8842/1994 ou de vínculos familiares fortalecidos. A baixa oferta de vagas em ILPI revela a total falta de opções ou de apoio para o cuidado ao idoso frágil que pode ser explicada por diferentes tipos de preconceito: o idadismo, o sexismo, o familismo, além do preconceito social que culpabiliza quem institucionaliza o parente (WACHHOLZ *et al.*, 2022). Além disso, a crescente dependência familiar da renda da pessoa idosa também pode justificar a permanência no domicílio, uma vez que a institucionalização resulta no comprometimento de até 70% da renda da pessoa idosa para custear os serviços, mesmo quando ofertados por instituições filantrópicas (CAMARANO; BARBOSA, 2016).

Portanto, é patente a necessidade de construir uma Política Nacional de Cuidados Continuados, na qual cada instituição seja apoiada para realizar as melhores práticas na redução dos riscos sanitários e venha, de fato, a funcionar como um elo de uma rede de cuidados.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos**. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC 283, 2005 set 26.

BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

BRASIL. **Lei nº 9.782/1999**. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. **Resolução RDC nº 502, de 27 de maio de 2021**. Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. Diário Oficial da União: seção 1, p. 110, Brasília, DF, 31 maio 2021.

BREEN, G. M.; MATUSITZ, J.; WAN, T. T. The use of public policy analysis to enhance the Nursing Home Reform Act of 1987. **Soc Work Health Care**;48(5):505-18, 2009.

CAMARANO, A. A.; BARBOSA, P. **Instituições de longa permanência para idoso no Brasil: do que se está falando?** In: Alcântara AO, Camarano AA, Giacomin KC, organizadores. Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Ipea; 2016. p. 479-514.

COMAS-HERRERA, A. *et al.* **Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence**. LTCcovid.org; 2020. Disponível em: <https://ltccovid.org/2020/04/12/mortality-associated-with-covid-19-outbreaks-in-care-homes-early-international-evidence/%20International%20Long-Term%20Care%20Policy%20Network>

COUTO, E. C.; LAGES, E.A.S. **Análise da Elaboração do Código de Saúde de Belo Horizonte à Luz da Legística**. Disponível em: http://www2.almg.gov.br/opencms/export/sites/default/hotsites/legistica/docs/analise_elaboracao.pdf. Acessado em 11 fevereiro de 2023.

DOMINGUES, M. A. R. D. C. *et al.* Methodological description of the mapping of Brazilian long-term care facilities for older adults. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 15, p. 1-5, 2021.

FERNANDES, D. *et al.* Atuação de movimentos sociais e entidades na pandemia da COVID-19 no Brasil: O cuidado à pessoa idosa em Instituições de Longa Permanência. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 24, n. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 24, n.2, 2021.

GIACOMIN, K. C.; COUTO, E. C. **A fiscalização das ILPIs: o papel dos Conselhos, do Ministério Público e da Vigilância Sanitária**. In: Camarano AA, organizador. Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea; 2010.

HORTA, N. D. C. *et al.* Brazilian National Front for Strengthening Long-Term Care Facilities for Older People: history and activities. **Geriatr., Gerontol. Aging**, p.1-8, 2021.

LEVENSON, S. A. The Basis For Improving and Reforming Long-Term Care. Part 4: Identifying Meaningful Improvement Approaches (Segment 1). **J Am Med Dir Assoc**, v. 11, p.84–91, 2010.

WACHHOLZ, P. A. *et al.* Impacto do tamanho das instituições de longa permanência na adesão às orientações de prevenção de infecções por COVID-19. **Rev Lat-Am Enferm**, v. 30, 2022.

WACHHOLZ, P. A. *et al.* Reflections on the development of an integrated continuum of long-term care for older adults in Brazil. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 16, p. 1-11, 2022.

Capítulo 15

Perspectivas para o cuidado seguro em centros de dia para pessoas idosas: Experiência em Portugal

Ricardo Pocinho, Sara Gordo, Silvia Silva, Cristóvão Margarido e Rui Santos.

APRESENTAÇÃO

A prestação de cuidados nas organizações sociais e de saúde tem demonstrado ser um assunto em debate, pela necessidade emergente em responder aos desafios da população idosa, tanto do ponto de vista sociodemográfico como clínico.

Das respostas sociais para pessoas idosas destacam-se as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPIS), o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e o Centro de Dia (CD). Este último configura-se como uma resposta intermédia que visa suprimir um conjunto de necessidades que sejam capazes de evitar a institucionalização total em ERPI, aliviando desta forma a sobrecarga do sistema social e de saúde.

Para que se atinja esse objetivo, é necessário apostar num cuidado seguro, integrado e humanizado nos CDs, salvaguardando a qualidade de vida, o bem-estar e a permanência da pessoa idosa de forma autónoma e independente no seu domicílio.

OS DESAFIOS DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O envelhecimento sociodemográfico da população constitui um dos maiores desafios da atualidade. Em nível mundial estima-se que o número de idosos, com 60 anos ou mais, duplique até 2050 e mais do que triplique até 2100, passando de 962 milhões em 2017 para 2,1 mil milhões em 2050 e 3,1 mil milhões em 2100. Atualmente, a Europa tem a maior percentagem da população com 60 anos ou mais, sendo Portugal o quinto país mais envelhecido do mundo (PRB, 2019).

Dados do Instituto Nacional de Estatística Português (2019) indicam que num espaço de um ano a população com idade igual ou superior a 65 anos aumentou para 2.280.424 pessoas (mais 36.199), representando 22,1% da população total. Já a população idosa com uma idade mais avançada (idade igual ou superior a 85 anos) aumentou para 322.609 pessoas (mais 12.335), o que corresponde a 14,1% da população com 65 ou mais anos.

A par desta realidade ocorre igualmente um aumento do número de doenças e comorbidades clínicas que, por consequência, incrementa o índice de dependência de terceiros e a necessidade de ajuda de terceiros para o desempenho das atividades da vida diária (INE, 2019). Efetivamente o envelhecimento normal determina um déficite físico, mental e funcional, que implica a fragilidade da pessoa idosa em diversas áreas da sua vida individual e social ainda que com intensidade variável (PILOTTO *et al.*, 2020).

A fragilidade pode assim representar uma fase de transição entre o envelhecimento bem-sucedido e a incapacidade funcional e, conseqüentemente, a institucionalização (CESARI *et al.*, 2018; MELO *et al.*, 2018). Diversos são os fatores para se ter um envelhecimento saudável, uma vez que envelhecer com saúde deve ser prioridade nos planos de cuidado direcionado à pessoa idosa. Manter a independência e autonomia das pessoas idosas evita a sobrecarga da família e do Estado, considerando a probabilidade de constantes hospitalizações e processos de reabilitação poderão ser evitados com ações preventivas (VEIGA *et al.*, 2016).

Distintos estudos têm indicado um conjunto de fatores preditores de institucionalização como a sobrecarga física, emocional e financeira dos cuidadores, a falta de apoio sociofamiliar, o isolamento, a idade avançada, ser do sexo feminino, a baixa escolaridade, a presença de múltiplos diagnósticos, a polimedicação, as quedas e hospitalizações e as alterações neurocognitivas, psicopatológicas e funcionais (JEREZ-ROIG *et al.*, 2017; WANG *et al.*, 2018).

Importa referir que o próprio processo de institucionalização pode desencadear sentimentos de inadaptação, isolamento, desintegração social, perda de liberdade, sintomas ansiosos e depressivos, assim como pode acelerar o processo de envelhecimento patológico (RODRIGUES, 2018; SOUZA; INÁCIO, 2017).

Considerando os riscos associados à institucionalização no contexto demográfico e epidemiológico atual, nacional e mundial, torna-se assim fundamental repensar os paradigmas associados à prestação de cuidados, elegendo a manutenção da pessoa no seu domicílio, com autonomia/independência, evitando ou atrasando a opção de cuidados institucionais. No entanto, a permanência da pessoa idosa no seu domicílio obriga a uma compreensão do seu processo do envelhecimento, assim como do seu ambiente e contexto de vida. Para este ser bem-sucedido é necessário: (i) acesso à informação; (ii) a prestação de serviços diferenciadores no domicílio; (iii) contexto social em que se encontra inserido; (iv) condições habitacionais; (v) acessibilidades a lugares e serviços na sua área de residência; (vi) implementação de medidas inovadoras de carácter lúdico e tecnológico (WHO, 2015).

Neste âmbito, o CD configura-se como uma resposta intermédia capaz de atenuar as fragilidades físicas, psicológicas e sociais, através da prestação de um conjunto de serviços que assegurem a integridade e segurança da pessoa idosa e que atrasem ou evitem a institucionalização total.

A RESPOSTA SOCIAL DE CENTRO DE DIA (CD)

O CD é uma resposta social criada em 1986 em conformidade com o Guia Técnico do Centro de Dia da Direção Geral de Ação Social e com o Manual de Respostas Sociais da Segurança Social do Centro de Dia. De acordo com o Guia Prático de Apoios Sociais a Pessoas Idosas do Instituto da Segurança Social I.P. (2017), o CD é definido como um equipamento social que funciona durante o dia e que presta vários serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu domicílio e junto à sua comunidade.

Neste âmbito importa referir que constituem objetivos da resposta de Centro de Dia:

- i. Prestação de serviços que satisfaçam necessidades básicas, sobretudo, o tratamento de roupas, alimentação, higiene pessoal e habitacional, apoio na medicação e compras para a habitação;
- ii. Realização de apoio psicossocial;
- iii. Promoção das relações interpessoais entre diferentes grupos etários, combatendo o isolamento e a solidão.

Desta forma as principais atividades e serviços prestados de forma transversal pelo Centro de Dia são:

- i. Atividades socioculturais, lúdico-recreativas e de estimulação físico-motora e cognitiva;
- ii. Apoio na nutrição e alimentação, tendo em consideração as dietas e restrições alimentares, particularmente almoço e lanche;
- iii. Administração e preparação de fármacos quando prescritos;
- iv. Articulação com os serviços locais de saúde, quando necessário;
- v. Cuidados de higiene pessoal;
- vi. Tratamento de roupa;
- vii. Apoio psicossocial.

Os CDs podem ainda assegurar outros serviços facultativos tais como: cuidados de imagem; pequeno-almoço, jantar e refeições para o fim-de-semana; transporte e disponibilização de ajudas técnicas.

O CENTRO DE DIA COMO PROMOTOR DE UM CUIDADO SEGURO PARA PESSOAS IDOSAS

O Centro de Dia caracteriza-se como um espaço de convívio, segurança e cuidado para pessoas idosas que apresentam alguma limitação para a realização das tarefas do cotidiano e/ou que não dispõem de condições de permanecer todo o dia no seu domicílio, pois necessitam de cuidados e acompanhamento. Neste espaço a atenção é diária e nele são desenvolvidas um conjunto de ações e serviços que visam a melhoria da qualidade de vida e da integração social e comunitária.

O CD possibilita ainda uma maior “liberdade” aos cuidadores e familiares da pessoa idosa, criando as condições necessárias que permitam mantê-la no seu núcleo familiar sem sobrecarga para os restantes elementos desse núcleo. Através desta resposta social, reforça-se a sensação de autonomia, bem-estar e segurança, uma vez que as equipas de profissionais relacionadas a esta resposta social se encontram qualificadas com a formação e as competências técnicas e socioemocionais capazes de dar resposta às necessidades individuais e personalizadas de cada pessoa idosa (QUINTANA, 2014).

Neste sentido, fica clara a importância do CD para a promoção de um cuidado seguro à pessoa idosa. Ainda assim, estas estratégias devem ser reforçadas por ações específicas capazes de:

- i. Promover e garantir os direitos e necessidades de segurança social, física e financeira;
- ii. Promover intervenção eficaz que favoreça a segurança e proteção;
- iii. Enfatizar a resposta a situações de vulnerabilidade e fragilidade tais como o isolamento, a precariedade econômica e a doença mental ou psiquiátrica;
- iv. Desenvolver atividades com órgãos de segurança (exemplo: Bombeiros Voluntários) para formação e sensibilização ao nível da atuação para situações de quedas;
- v. Definir estratégias de intervenção em colaboração com as Unidades de Cuidados Primários e Saúde Pública em casos psiquiátricos mais complexos, nos quais pode ser colocada em cheque a integridade física do próprio ou de outrem;
- vi. Criar um banco de roupas, de ajudas técnicas (cadeiras de rodas, muletas, camas articuladas, andarilhos, colchão anti escaras e/ou materiais de contenção (MIMOSO, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso aos Centros de Dia pode entender-se como uma resposta fomentadora da qualidade de vida e autonomia das pessoas idosas, estimulando capacidades e mecanismos de segurança, prevenindo quedas e outros acidentes, diminuindo a necessidade de internamentos, hospitalizações, episódios de urgência e conseqüente perda da capacidade funcional (CHANG *et al.*, 2021). Contudo, estas estruturas estão muito longe de serem acessíveis a todos, e são atualmente incapazes de responder a todos os que delas necessitam. Torna-se assim necessário desenvolver alternativas que permitam a permanência da pessoa idosa no seu domicílio pelo maior tempo possível, por meio de estratégias de manutenção da autonomia e independência nas atividades da vida diária em segurança.

Neste sentido, a intervenção multidisciplinar nos CDs pode proporcionar ganhos em indicadores socioemocionais e cognitivos devido a atividades em grupo, pelo que é de extrema importância o desenvolvimento de práticas de estimulação, uma vez que estas constituem um fator protetor do desempenho funcional, físico-motor, cognitivo e socioemocional da pessoa idosa (ORELLANA; MANTHORPE; TINKER, 2020). Trata-se de promover o envelhecimento ativo e seguro, pois esta forma de envelhecer potencializa a expectativa de vida saudável e segura, garantindo qualidade de vida a indivíduos que possuam alguma fragilidade, incapacidade física ou necessitem de cuidados.

Se é verdade que o CD é uma resposta que evita a institucionalização, pode, também, ser entendida como resposta que potencializa uma melhor e mais segura transição da pessoa idosa para uma Estrutura Residencial. O foco não pode ser apenas naqueles que mantêm condições favoráveis à permanência no seu meio natural. O foco deve estar também naqueles que, por motivos econômicos, sociais, familiares e de saúde, ficam dependentes de maior apoio de terceiros, exigindo por isso uma maior atenção às mudanças que, se não forem devidamente acauteladas, podem ser potencializadoras de maior fragilidade e insegurança.

O desafio é hoje entender as necessidades inerentes ao ato de cuidar da pessoa idosa em segurança, (des)construindo o próprio conceito. É necessário um entendimento transversal de todo o processo, desde o acolhimento, ao cuidado e acompanhamento, até à avaliação e validação das respostas face às fragilidades e vulnerabilidades da pessoa idosa em CD. O cuidado passa pela responsabilidade das instituições na construção e manutenção de infraestruturas, na garantia da competência dos seus profissionais e pelo cumprimento das orientações normativas. Mas, a segurança nos cuidados passa também pela proteção dos direitos, pela satisfação das necessidades e expectativas, pela inclusão e reflexão conjunta, pela escuta atenta e voz ativa, pela programação cautelosa da intervenção com vista ao menor impacto emocional na vida das pessoas idosas no momento de integrar uma resposta social, pela atenção, pelo respeito e amor pelo outro. Na conjugação de todos os fatores encontraremos a segurança necessária e de qualidade na prestação de cuidados em Centro de Dia.

REFERÊNCIAS

- CESARI, M., *et al.* Evidence for the Domains Supporting the Construct of Intrinsic Capacity. **Journals of Gerontology A Biological Sciences Medical Sciences**, v. 73, n. 12, p. 1653-60, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1093/gerona/gly011>.
- CHANG, C. *et al.* Prevalence and Risk Factors of Sarcopenia among Older Adults Aged ≥ 65 Years Admitted to Daycare Centers of Taiwan: Using AWGS 2019 Guidelines. **International Journal of Environmental Research Public Health**, v. 18, n. 16, 8299, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18168299>.
- INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL I.P. **Guia prático apoios sociais à população idosa**. 2017. Disponível em: https://www.seg-social.pt/documents/10152/27202/N35_apoios_sociais_idosos/638b6f1a-61f6-4302-bec3-5b28923276cb.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. **Estatísticas demográficas, 2019**. Lisboa: INE, 2019.
- JEREZ-ROIG, J. *et al.* Dynamics of activities of daily living performance in institutionalized elderly: A two-year longitudinal study. **Disability and Health Journal**, v. 10, n. 2, p. 279–85, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.12.001>.
- MELO, E. *et al.* Síndrome da fragilidade e fatores associados em idosos residentes em instituições de longa permanência. **Saúde e Debate**, v. 42, n. 117, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811710>.
- MIMOSO, S. **Cuidados de saúde e bem-estar prestados em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas**. 2020. (Mestrado em Política Social) - Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa para obtenção do grau de Mestre em Política Social. 2020. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18168299>.
- ORELLANA, K.; MANTHORPE, J.; TINKER, A. Day centers for older people - attender characteristics, access routes and outcomes of regular attendance: findings of exploratory mixed methods case study research. **BMC Geriatrics**, v. 20, n. 158, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01529-4>.
- PILOTTO, A. L. *et al.* A multidimensional approach to frailty in older people. **Ageing Research Reviews**, v. 60, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.arr.2020.101047>
- PRB. **World Population Datasheet**. 2019. Disponível em: <https://www.prb.org/wp-content/uploads/2019/09/2019-world-population-data-sheet.pdf>.
- QUINTANA, J. **Centro dia para idosos: perspectivas para o cuidado em saúde**. 2014. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde) – Universidade Federal de Santa Maria Campus Palmeira das Missões Centro de Educação Superior Norte. 2014.
- RODRIGUES, T. **Envelhecimento e Políticas de saúde**. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Lisboa. Portugal, 2018.
- SOUZA, R.; INÁCIO, A. Entre os muros do abrigo: compreensões do processo de institucionalização em idosos abrigados. **Pesquisas e Práticas. Psicossociais**, v. 12, n. 1, p. 209-223, 2017.
- VEIGA, B. *et al.* Avaliação da funcionalidade e incapacidade de idosos longevos em acompanhamento ambulatorial utilizando a WHODAS 2.0. **Revista Brasileira de Gerontologia e Geriatria.**, v. 19, n. 6, p. 1015-21, 2016.

WANG, H. *et al.* Effect of Social support on changes in instrumental activities of daily living in elderly: A national population-based longitudinal study. **International Journal of Gerontology**, v. 13, p. 17–22, 2018. <https://doi.org/10.1016/j.ijge.2018.06.004>

WHO. World Health Organization. **World report on ageing and health 2015**. WHO: Geneva, 2015. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>

Capítulo 16

Núcleo de segurança em instituições de longa permanência para pessoas idosas: É possível?

Vilani Medeiros de Araújo Nunes, Gilson de Vasconcelos Torres, Susana Cecagno, Sandra Maria Soledade Gomes Simões de Oliveira Torres e Ana Elza Oliveira de Mendonça.

APRESENTAÇÃO

Este capítulo aborda uma temática ainda pouco conhecida entre os profissionais que atuam na atenção e assistência às pessoas idosas residentes em Instituições de Longa Permanência (ILPI) e está dividido em cinco seções, a saber: Introdução; Desafios à Integralidade do Cuidado e Gestão de Riscos Sanitários em ILPI; Elaboração e Monitoramento de Indicadores de acordo com a Legislação; Possibilidades de Implantação de Comitês Interinstitucionais também denominados de Núcleos de Estudos para Segurança do Cuidado às Pessoas Idosas e Considerações finais.

INTRODUÇÃO

A proporção de pessoas idosas no Brasil ultrapassa 13,5% da população, o que representa em torno de 28 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (IBGE, 2018). Apesar do processo de envelhecimento não ser uma temática nova, muitas das necessidades específicas dessa fase da vida ainda estão por ser identificadas e trabalhadas. Esse fenômeno mundial está associado à ausência de um número suficiente de estruturas e serviços de suporte, levando a crescentes dificuldades na gestão deste cenário (IBGE, 2018).

O crescimento expressivo da demanda por instituições que acolham pessoas idosas e o maior grau de dependência advindo com o avanço da idade geram a necessidade de serviços complexos do ponto de vista da assistência à saúde. Esse aspecto em particular, vem mostrando um panorama preocupante para as denominadas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), que são regulamentadas para amparar esse grupo populacional que incorporam os cuidados voltados à assistência social, emocional, às necessidades da vida diária e à assistência à saúde (GUIMARÃES *et al.*, 2020). Estas instituições incorporam os cuidados voltados à vida social, emocional, às necessidades da vida diária e à assistência à saúde (BRASIL, 2021).

Na literatura, existem diversas pesquisas voltadas à análise das ILPI (GUIMARÃES *et al.*, 2019; GUIMARÃES *et al.*, 2019), no entanto, a maioria desses estudos traz recortes específicos sobre a saúde das pessoas idosas residentes (MEDEIROS *et al.*, 2016). No Brasil, as ILPI são regulamentadas pela Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 502, de 27 de maio de 2021, que prevê a avaliação dos serviços

prestados por meio de alguns indicadores: as taxas de mortalidade e de incidência de doenças diarreicas, de escabiose, desidratação, úlcera de decúbito e desnutrição em pessoas idosas. Esses indicadores de resultado têm sido utilizados em estudos de avaliação que adotam majoritariamente medidas de qualidade focadas em cuidados médicos e condições clínicas dos residentes (BRASIL, 2021).

Considerando que nesses estabelecimentos apesar de não serem reconhecidos como instituições que prestam assistência à saúde, na realidade apresenta uma das maiores demandas devido aos diferentes cenários de morbimortalidade com o acometimento de doenças crônicas e síndromes geriátricas que necessitam de monitoramento e acompanhamento de indicadores de saúde na população residente.

Dessa forma, ao considerar as condições específicas dessas pessoas idosas, cabe a ILPI oferecer uma assistência voltada para as necessidades dos seus residentes. Para tanto, faz-se necessário que as instituições tenham acesso aos serviços de uma equipe multiprofissional qualificada para o trabalho na área gerontológica.

Os desafios para as ILPIs no Brasil são grandes e, na nossa experiência, a compreensão de que os problemas de segurança são sistêmicos e a participação dos gestores, profissionais de saúde e cuidadores nas discussões dos incidentes e eventos adversos, assim como, em investimentos para melhorias assistenciais, demonstram a necessidade de discussão e implantação de núcleo de segurança nessas instituições que cuidam de pessoas idosas.

DESAFIOS À INTEGRALIDADE DO CUIDADO E GESTÃO DE RISCOS SANITÁRIOS EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

A promoção da segurança do paciente tem recebido uma atenção global nos últimos anos, sendo considerada uma estratégia essencial para a qualidade da assistência à saúde. O cuidado seguro resulta tanto das características existentes no sistema institucional, com relação a estruturas e processos, quanto das condições dos profissionais de saúde, treinamento e formação deficiente, sobrecarga de trabalho e comunicação inadequada, que são aspectos cruciais para redução do aparecimento dos eventos adversos (CAVALCANTI *et al.*, 2016).

Tradicionalmente, a implementação das medidas de segurança é aplicada em serviços hospitalares. Todavia, com o aumento das ILPIs e a preocupação dos profissionais no contexto da assistência segura, verifica-se que ainda não temos disponíveis na literatura científica muitos estudos que apresentem protocolos relacionados às metas internacionais de segurança direcionada ao cuidado seguro na população idosa institucionalizada, o que dificulta uma melhor organização dos processos de trabalho entre os profissionais que atuam.

Todavia, considerando a situação de vulnerabilidade em que as pessoas idosas se encontram nas residências coletivas diante de quadros de multimorbidade e de riscos à saúde, torna-se importante um olhar

direcionado à essa população para que as ações de segurança possam ser adotadas em todos os serviços que prestam assistência de saúde e, além disso, nas instituições que atendem públicos que requerem cuidados de saúde específicos, como as instituições que abrigam pessoas idosas, abrigos assistenciais, entre outras.

Segundo dados do Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde da ANVISA, entre os anos de 2014 e 2022, foi prevalente a ocorrência de incidentes com maior dano na parcela da população entre os 66 e 75 anos, sendo as lesões por pressão a principal causa desses incidentes em serviços de saúde, exceto em hospitais, cuja primeira causa relaciona-se às falhas assistenciais (BRASIL, 2023).

Esses dados imprimem a necessidade de adoção de estratégias que fortaleçam as ações de promoção e prevenção da ocorrência de eventos adversos e gerenciamento de riscos, visando promoção da saúde das pessoas idosas e diminuição da morbimortalidade dessa parcela da população.

Neste cenário, especificamente quando se trata das ILPIs entende-se que as diretrizes preconizadas para a segurança do paciente possam ser de extrema importância para a prevenção de danos e de eventos adversos, uma vez que nestes espaços, seguramente há riscos que podem comprometer a segurança das pessoas idosas que residem nestes espaços (DA SILVA *et al.*, 2021).

No Quadro 1 são apresentados os problemas mais frequentes encontrados nas ILPI.

Quadro 1. Principais deficiências identificadas pelas equipes de cuidado das Instituições de Longa Permanência para Idosos.

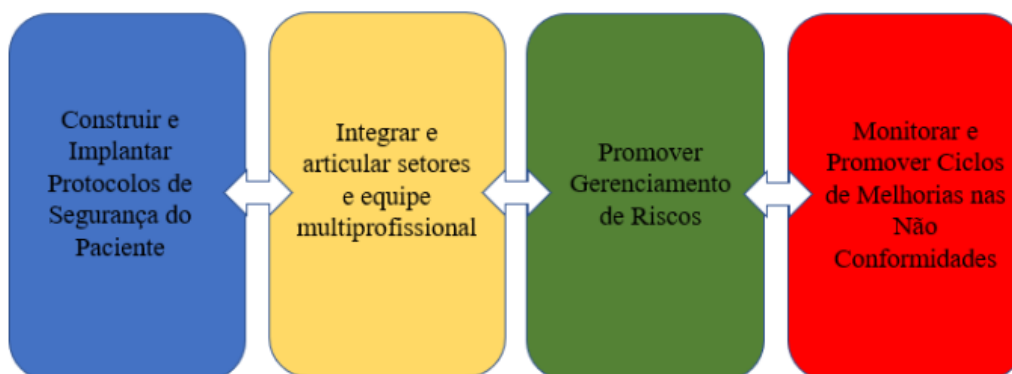
- Uso de diversos medicamentos e a complexidade dos processos a eles relacionados poderão acarretar em eventos adversos, reações iatrogênicas entre outros riscos tais como quedas;
- Escassez e a falta de qualificação profissional das equipes para lidar com as especificidades do envelhecimento, supervisão insuficiente das equipes de cuidado;
- Problemas de comunicação entre diferentes turnos de trabalho;
- Ausência de padrões na qualidade do cuidado;
- Falta de coordenação entre os profissionais de Saúde e da Assistência Social;
- Registro e compartilhamento insuficiente de informações relevantes diante das comorbidades;
- Ausência de procedimentos operacionais padrão (POP) e treinamento de profissionais para o desenvolvimento das práticas de saúde;
- Falta de padronização e apresentação do Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes;
- Falhas no monitoramento de indicadores de saúde.

Fonte: Elaborada pelos autores, 2023.

Diante desse cenário com tantos desafios do alcance a integralidade na atenção e assistência à saúde de pessoas idosas institucionalizadas torna-se necessária a ampliação do acesso, principalmente, daqueles que não podem pagar por meio da inclusão de equipamentos do tipo ILPI e Centros-dia nas redes de atenção à pessoa idosa, uma vez que a demanda de atendimento atrelada ao envelhecimento, em tempos modernos, vem se tornando uma questão de ordem pública, cabendo ao Estado à implementação das políticas públicas já implantadas anteriormente no país (BUCHERONI, 2015). Face a esse processo, o conjunto das políticas públicas e os serviços de saúde devem encontrar formas de organização que atendam a essa crescente demanda da população idosa com qualidade e resolutividade.

A partir das fragilidades apontadas no Quadro 1, serão abordadas possibilidades de melhoria diante do gerenciamento de riscos proposto na Figura 1.

Figura 1. Gerenciamento de Riscos em Instituições de Longa Permanência para Idosos.



Fonte: Autoria Própria, 2023

ELABORAÇÃO E MONITORAMENTO DE INDICADORES DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO

Considerando a vulnerabilidade da população idosa, tendo em vista condições psicossociais e fisiológicas, torna-se imprescindível a adoção de estratégias de monitoramento e avaliação das condições de saúde e de eventos adversos relacionados à assistência à saúde. Os riscos inerentes à assistência têm um importante impacto no sistema de saúde. Nesse contexto, torna-se importante o mapeamento dos riscos nas ILPIs com objetivo de identificar os fatores causais, permitindo dessa forma propor ações de melhorias para reduzir os riscos e assim garantir a uma assistência com qualidade.

Trabalhar com indicadores significa conhecer sobre a situação que se deseja modificar, estabelecer prioridades, escolher beneficiários, identificar objetivos e traduzi-los em metas, e, com isso, acompanhar com mais efetividade o andamento do trabalho, avaliar os processos e realizar os direcionamentos necessários, com fins de verificação de resultados e os impactos dos desfechos (BAHIA, 2021).

O desenho de indicadores e o seu monitoramento devem ser utilizados como direcionadores da atenção para resultados específicos, normalmente pré-definidos em planejamento prévio. Deve-se usar parâmetros que possibilitem a análise das tendências e comparações com referenciais internos e externos, fundamentais para consolidar e demonstrar as ações implantadas conforme exigências na área de atuação (CFF, 2017).

Neste sentido, a elaboração e monitoramento de indicadores possibilita a avaliação da produção, da qualidade do trabalho e da gestão dos processos, e oportuniza o planejamento de estratégias de prevenção de danos e gerenciamento de riscos. Ainda, favorece a participação e o empoderamento de todos os envolvidos que, com embasamento em informações, podem colaborar de fato com seus pontos de vista e

prioridades, fomentando, com isso, a melhoria da capacidade organizacional e da habilidade de articulação entre as partes (BAHIA, 2021).

A RDC nº 502/2021 prevê requisitos de infraestrutura física, além daqueles estabelecidos em normas pertinentes, quer na esfera federal, estadual ou municipal e das normas específicas da ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas – e outros documentos mais complexos, como o plano geral de resíduos sólidos em saúde (PGRSS) (destinação dada ao lixo contaminado) e os indicadores locais (taxa de mortalidade; ocorrência de escabiose/sarna, diarreia, desidratação, lesões de decúbito; prevalência de desnutrição, diabetes e notificação compulsória e imediata da ocorrência de eventos sentinela - queda com lesão ou tentativa de suicídio). No entanto, até o momento, a ANVISA e o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) não dispõem de nenhum mecanismo de publicização ou consolidação desses indicadores, em qualquer dos níveis de governo (BRASIL, 2021).

POSSIBILIDADES DE IMPLANTAÇÃO DE COMITÊS INTERINSTITUCIONAIS/NÚCLEOS DE ESTUDOS PARA SEGURANÇA DO CUIDADO À PESSOAS IDOSA

A partir da padronização de Protocolos para redução dos riscos sanitários direcionadas às especificidades das pessoas idosas institucionalizadas é possível adaptar as conhecidas metas internacionais de segurança do paciente à elaboração de protocolos estabelecidos às ILPIs.

Segundo Da Silva *et al.*, (2021), para prevenir eventos adversos, torna-se imprescindível a implementação de protocolos assistenciais que norteiam o cuidado, realização de ações formativas acerca da segurança do paciente para capacitação profissional e modificações estruturais nas instituições de saúde. Estas ações visam a padronização assistencial e a uniformização do cuidado multiprofissional, a redução de danos e a promoção da saúde da população idosa.

Neste sentido e, considerando a realidade das ILPIs nacionais, a constituição de comitês/núcleos de segurança do paciente que envolvam distintas instituições, cujo objeto de trabalho seja a promoção da saúde da pessoa idosa, é uma ferramenta importante para fomentar a cultura e a qualificação das práticas de cuidado integradas.

Os comitês e núcleos interinstitucionais destinam-se a conjugar esforços no sentido de implementar projetos e ações em prol da implantação dos protocolos nacionais de segurança do paciente balizado pelas metas internacionais propostas pela Organização Mundial da Saúde. Sua constituição e formalização devem levar em conta as necessidades dos usuários de determinado território de abrangência das ILPIs, as peculiaridades das instituições, a organização do processo de trabalho e os recursos disponíveis. O método de trabalho deve ser sustentado pelas práticas seguras e sustentáveis, baseado em evidências científicas, e o planejamento seja construído e desenvolvido de forma sistemática e não prescritiva.

Atribui-se aos comitês/núcleos de segurança:

- o planejamento e o acompanhamento de programas e ações estratégicas em saúde e segurança;
- a implantação de políticas permanentes em defesa da saúde;
- elaboração, implantação e monitoramento dos protocolos de segurança do paciente;
- a investigação de eventos adversos;
- planejamento de ações de gerenciamento e prevenção de riscos;
- análise e melhoria contínua dos processos de cuidado e uso de tecnologias;
- fortalecimento da cultura de segurança do paciente nas instituições envolvidas;
- a garantia das boas práticas de trabalho das ILPIs;
- fomentar ações educativas acerca das práticas e processos seguros;
- promover atividades de ensino e pesquisa.

Por fim, os comitês/núcleos de segurança do paciente constituem-se em espaços fundamentais junto às ILPIs, por possibilitarem a articulação dos processos de trabalho e das informações que impactam nos riscos ao paciente, além de conjugar diferentes áreas do trabalho, considerando o paciente como sujeito e objetivo final do cuidado em saúde. O paciente, distinto do local onde é assistido, precisa estar seguro, independente do processo de cuidado a que ele está submetido (BRASIL, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo como estão concebidas as ações relacionadas às questões de segurança da pessoa idosa residente em ILPI não são implementadas e necessitam de sua inserção nestes espaços, por considerar que uma vez que neles são realizados cuidados de saúde, a assistência precisa ser oferecida de forma segura aos longevos. Considerando a presença frequente de comorbidades, fragilidade e uso de polifarmácia, acometimento de quedas e presença de lesões por pressão demonstra a complexidade apresentada pelo cuidado às pessoas idosas institucionalizadas e reforçam a necessidade de adoção de atividades pertinentes à assistência híbrida não apenas no contexto social, mas em ações de proteção e recuperação da saúde em ILPIs, de modo a propiciar o maior controle dos medicamentos em uso na instituição, o bom relacionamento com a equipe multiprofissional e o alcance dos resultados esperados na prevenção de riscos, com manutenção do estado de saúde, redução de custos e cuidado seguro.

REFERÊNCIAS

- BAHIA, Leandro Oliveira. **Guia referencial para construção e análise de indicadores**. Brasília: Enap, 2021. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/6154/1/GR%20Construindo%20e%20Analisando%20Indicadores%20-%20Final.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2023.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde** – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2016. Disponível em: https://www.saude.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2017-09/2016-anvisa---caderno-6---implantacao-nucleo-de-seguranca.pdf. Acesso em: 23 fev. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 29: Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde – 2014 a 2022**. 2023. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/boletins-e-relatorios-das-notificacoes-de-iras-e-outros-eventos-adversos-1/BR_2014__2022.pdf. Acesso em: 13 fev. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. **Resolução RDC nº 502, de 27 de maio de 2021**. Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. Diário Oficial da União: seção 1, p. 110, Brasília, DF, 31 maio de 2021.
- BUCHERONI, PM. **Instituições de longa permanência para idosos: avaliação da assistência à saúde do idoso**, SP [Dissertação de Mestrado]. Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da CRH/SES-SP. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2015.
- CAVALCANTE, M. L. S. N. *et al.* Indicators of health and safety among institutionalized older adults. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 50, n. 4, p.600-6, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500009>. Acesso em: 23 fev. 2023.
- DA SILVA, L. A. A. *et al.* Gestão da segurança de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 5, p. 22031-47, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/37351>. Acesso em: 23 fev. 2023.
- GUIMARÃES, M. R. C. *et al.* Indicadores para avaliação das instituições de longa permanência para pessoas idosas: desenvolvimento e validação. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 23, n. 5, e200265, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200265>. Acesso em: 23 fev. 2023.
- GUIMARÃES, L. D. *et al.* Sintomas depressivos e fatores associados em idosos residentes em instituição de longa permanência. **Ciênc Saúde Colet.** v. 24, n. 9, p. 3275-82, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/141381232018249.30942017>. Acesso em: 23 fev. 2023.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua** – Características dos Moradores e Domicílios (PNAD). 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9127-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios.html?=&t=destaques>. Acesso em: 23 fev. 2023.
- MEDEIROS, P. A. *et al.* Instruments developed for the management and care of the Older Adults in longstay care institutions: a systematic review. **Ciênc Saúde Colet.**, v. 21, n. 11, p. 3597-610, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152111.09912015>. Acesso em: 23 fev. 2023.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Gilson de Vasconcelos Torres, Mayara Priscilla Dantas Araújo, Ana Elza O. Mendonça e Vilani Medeiros de Araújo Nunes.

O envelhecimento humano é uma evolução dinâmica, natural e individual que ocasiona alterações anatômicas, fisiológicas e funcionais no organismo, contribuindo para o desenvolvimento de fragilidade na pessoa idosa, deixando-a suscetível a redução ou perda de sua capacidade funcional. É necessário compreender esse processo e estimular a pessoa idosa a praticar sua independência e autocuidado. Contudo, caso isso não seja possível, é importante cuidar para que as necessidades do indivíduo sejam supridas, pois o envelhecimento motor modifica sua interação consigo mesmo, com as outras pessoas e com o mundo e, quando associado à outras dimensões como a emocional, mudanças de papéis sociais e alterações na renda pela aposentadoria, o envelhecimento propicia maior vulnerabilidade a essa população, implicando no aumento da demanda por acesso aos serviços de saúde e assistência social.

A família tem uma importância central na vida e na manutenção do bem-estar da pessoa idosa, pois pode ser considerada como uma fonte de suporte àqueles que necessitam de cuidados. Entretanto, o convívio entre gerações pode gerar conflitos e problemas de relacionamento, que podem se agravar quando os membros da família não são capazes de compreender o comportamento da pessoa idosa ou quando não conseguem desempenhar adequadamente a função de cuidador. Para aqueles que não dispõem do suporte familiar, resta a possibilidade de inserção em uma Instituição de Longa Permanência para Pessoas Idosas (ILPI).

As ILPIs têm como objetivo garantir a atenção integral às pessoas com mais de 60 anos, defendendo a sua dignidade e os seus direitos. São instituições que buscam prevenir a redução dos riscos aos quais ficam expostas as pessoas idosas que não dispõem de moradia. Também visam acolher e garantir a proteção integral da pessoa idosa, promovendo, protegendo, assegurando o reconhecimento e o pleno gozo e exercício, em condições de igualdade, de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais dessas pessoas.

Este livro abordou as premissas para segurança no cuidado à pessoa idosa em ILPIs, dando ênfase as metas internacionais de segurança do paciente que compreendem a identificação correta, comunicação efetiva entre a equipe de cuidados e a pessoa idosa, prescrição e administração de medicamentos, capacitação e educação permanente, cultura da segurança, prevenção de quedas, prevenção de lesões de pele, higienização das mãos na prevenção e controle das infecções, saúde bucal, critérios de segurança para implantação núcleo de práticas integrativas, ambiente seguro e acessibilidade, riscos sanitários e núcleo de segurança em ILPIs.

A segurança e o bem estar da pessoa idosa resultam da prevenção de danos e eventos adversos à saúde, que são considerados erros evitáveis, como você pode verificar neste livro. Alguns pontos essenciais foram discutidos nos capítulos, considerando desde ações próprias aos cuidadores da pessoa idosa até a adaptação correta de ambientes.

Para que uma ILPI se mantenha em funcionamento adequado e seguro, deve cumprir padrões mínimos exigidos pelas normas regulamentadoras, como horas semanais de assistência médica, de enfermagem, assistência psicossocial, nutricional, de reabilitação, entre outros. Apesar dessas condições estarem claramente definidas em termos legais, observa-se a inexistência de equipes multiprofissionais completas no âmbito das instituições e ausência de programas de educação permanente dos profissionais que reforcem a implementação e o cumprimento de protocolos para um cuidado seguro aos residentes dessas instituições.

Nesse sentido, ressalta-se que capacitar e desenvolver educação permanente dos profissionais de saúde, cuidadores e familiares das pessoas idosas sobre os aspectos de saúde geral e segurança nas ILPIs são contribuições relevantes discutidas neste livro para o campo da atenção à saúde da pessoa idosa, pois o leitor é convidado a uma reflexão crítica acerca dos cuidados necessários e as medidas de prevenção de lesões de pele, quedas, higienização e prevenção de infecções no contexto das ILPIs, o que contribuirá para o aprimoramento da qualificação dos profissionais de saúde e cuidadores que atuam nessas instituições desenvolverem suas habilidades de forma adequada.

A segurança da pessoa idosa é parte indissociável da elaboração de cuidados específicos nesta área, em especial a implementação de normas, rotinas, adequações físicas e funcionais nas ILPIs, a definição e implementação de Núcleos de Segurança e o desenvolvimento de ações educativas junto aos trabalhadores, visando diminuir o risco de eventos adversos e gerar a cultura de segurança e qualidade do serviço prestado. Pois, é de responsabilidade da equipe de saúde e cuidadores a proteção das pessoas idosas institucionalizadas, nos espaços de intervenção profissional, cabendo a esses a adoção de estratégias para a prevenção de danos e minimização de riscos.

Diante do exposto, consideramos que as premissas para segurança no cuidado à pessoa idosa em instituições de longa permanência abordadas nesta obra irão despertar nos gestores da área, profissionais de saúde, comunidade científica, cuidadores e familiares a necessidade de fortalecer a cultura da segurança, e que possam compreender que a implantação de estratégias de segurança da pessoa idosa residente em ILPIs são indispensáveis no sentido de minimizar riscos, danos e eventos adversos, e assim assegurar qualidade do cuidado ofertado, contribuindo para melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas institucionalizadas.