

Práticas de enfermagem relativas à segurança no cuidado a idosos em serviços de saúde

Nursing practices related to safety in the care of elderly persons in health services

Luiz Anildo Anacleto da Silva ¹✉, Marinês Tambara Leite ¹, Leila Mariza Hildebrandt ¹,
Taís da Rocha Giovenardi ², Aline Piacessi Kolvaski ³

¹Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Campus de Palmeira das Missões, RS, Brasil.

²Secretaria Municipal de Saúde de Frederico Westphalen, RS, Brasil.

³Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa, RS, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Identificar as ações de segurança a pacientes idosos atendidos em unidades básicas de saúde e em serviços hospitalares na concepção de enfermeiros.

Materiais e Métodos: Estudo de abordagem descritiva e qualitativa, desenvolvido em dois municípios do Rio Grande do Sul. Foram sujeitos do estudo, 28 enfermeiros atuantes em unidades básicas de saúde e serviços hospitalares.

Resultados: Os dados oriundos do estudo permitiram a construção de duas categorias: Segurança de idosos na prevenção de quedas; segurança de idosos na administração e uso de medicação.

Conclusão: Para a minimização dos riscos e a geração de segurança de idosos, necessita-se a implementação de múltiplas estratégias, como a reestruturação dos serviços, a reorganização da assistência e, de forma especial, a reconfiguração do processo de trabalho em saúde.

Palavras-chave: enfermagem; segurança; gestão da segurança; políticas de saúde; idoso.

ABSTRACT

Objective: To identify the safety actions to elderly patients attended at health basic units and at hospital services in the nurses' conception.

Materials and Methods: Study with a descriptive and qualitative approach, developed in two cities of Rio Grande do Sul. The study subjects were 28 nurses that worked at health basic units and hospital services.

Results: The data from the study allowed the construction of two categories. Safety of the elderly in preventing falls and safety of the elderly in the administration and use of medication.

Conclusion: In order to minimize risks and generate safety for elderly, it is necessary to implement multiple strategies, such as the restructuring of services, reorganization of care and, especially, the reconfiguration of the health work process.

Keywords: nursing; safety; safety management; health policies; elder.

✉ Correspondência:

LUIZ ANILDO ANACLETO DA SILVA
Av. Independência, 3751
98300-000, Palmeira das Missões, RS, Brasil
E-mail: luiz.anildo@yahoo.com.br



INTRODUÇÃO

A segurança aos usuários dos serviços de saúde vem sendo tema de inúmeras abordagens, discussões, proposições e desenvolvimento de estratégias por parte de pesquisadores, trabalhadores em saúde e gestores. Tais debates têm como objetivo minimizar riscos de eventos adversos e a redução de danos, tendo como parâmetro a qualificação dos serviços, com objetivo precípuo da segurança dos usuários. Contemporaneamente, a concepção e a produção de segurança nos serviços de saúde são essenciais e necessitam estar instituídas nas estratégias assistenciais. Para ser implementados, os programas de segurança necessitam de recursos estruturais, materiais, equipamentos, profissionais e a reorganização do processo de trabalho, sobretudo, a integralidade de ações da equipe multidisciplinar. No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) tem por objetivo promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, tendo por base a implantação de unidades de gestão de riscos e de núcleos de segurança do paciente nas instituições de saúde¹.

O programa também define os conceitos de segurança do paciente, danos e eventos adversos. Segurança do paciente é acentuada como sendo ações de redução de riscos a índices mínimos de exposição, na prestação da atenção pelos serviços de saúde. Técnica e conceitualmente, os danos referem-se ao comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesões, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico. Já os eventos adversos referem-se aos incidentes que possam resultar em dano ao paciente. Contiguamente, o manual para profissionais da saúde, criado pela Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – REBRANESP², que propõe 12 estratégias de segurança. Destas, as que mais implicam na segurança do idoso constam da higienização das mãos dos profissionais; identificação do paciente; comunicação efetiva, haja vista, os problemas auditivos e visuais; prevenção de quedas; administração segura de medicamentos; uso seguro de dispositivos intravenosos. Concebe-se também a inclusão dos preceitos que regem a segurança do paciente na formação em saúde, para tanto, é auspicioso os preceitos educativos que englobem estratégias de segurança².

No que se refere à segurança de forma geral e, especificamente, para com os idosos, as ações de saúde precisam ser efetivas e de acordo com as necessidades dos usuários, com a seguridade de procedimentos eficazes diante do conjunto com as necessidades de saúde. Para tanto, a

resolubilidade destes está vinculada à implantação de novos serviços, utilização de equipamentos, a adoção de novas tecnologias, a reorganização do processo de trabalho, entre outras estratégias/procedimentos a serem adotados³.

Desse modo, a segurança física dos idosos está relacionada a adaptações ambientais e estratégias assistenciais, que podem incluir o uso de grades nas camas, piso antiderrapante, barras e sistema de abertura das portas nos banheiros e permanência de acompanhante durante a internação. Portanto, o estabelecimento de diagnóstico de riscos e prescrição de cuidados específicos a estes usuários precisam considerar as particularidades da população idosa⁴. Um dos principais riscos aos idosos refere-se a quedas, principalmente naqueles que possuem algum tipo de alteração neurológica, mobilidade física prejudicada, idade mais avançada e efeitos adversos das condições ambientais. As internações mais frequentes dos idosos são decorrentes de doenças cardiovasculares, endócrinas, neurológicas, neoplásicas, renais e urinárias, do trato gastrointestinal, respiratórias e reumatológicas^{3,4}.

Os pacientes idosos com potencial degeneração neurológica podem apresentar alterações do nível de consciência e sensoriais, mobilidade prejudicada, hipotensão ortostática, história prévia de quedas e alterações vesicais ou intestinais, fatores que os tornam mais suscetíveis às quedas, úlceras por pressão e infecções. Aqueles com distúrbios cardiovasculares apresentam riscos de queda em razão do débito cardíaco diminuído, o que pode levar à redução do fluxo cerebral e ao declínio cognitivo, considerado fator de risco para quedas. Outros sintomas característicos das doenças cardiovasculares são: tontura, vertigem, dispneia e náuseas, que também podem influenciar para a ocorrência de quedas em idosos⁵.

No ambiente hospitalar, os idosos podem estar suscetíveis a quedas em função da altura do leito, no turno da noite, no quarto ou no banheiro, muitas vezes, diante da presença de acompanhantes. O uso de medicações que alteram o sistema nervoso central, como benzodiazepínicos, sedativos e hipnóticos, pessoas com idade superior a 60 anos, dificuldade de marcha, são fatores de risco para quedas⁶. Outro elemento contribuinte para a ocorrência de quedas refere-se à presença de infecção em idosos hospitalizados, cuja média de exposição a riscos pode interferir no processo de recuperação, assim como estendem o tempo de internação⁶.

Outro fator que se interpõe no tempo médio de permanência de idosos relaciona-se às infecções hospitalares, razão que a ocorrência destes eventos aumenta os riscos e prolonga o tempo médio de internação⁶. Os idosos hospitalizados adquirem infecções que podem estar

localizadas em um, dois e até mais sítios. As mais comuns são as infecções respiratórias, urinárias e de feridas cirúrgicas. Os idosos são mais vulneráveis às infecções, razão que os índices de infecção são mais elevados neste segmento⁷.

Embora a portaria ministerial¹ preconize o desenvolvimento de segurança do paciente, independente de situação clínica ou faixa etária, o estudo se justifica pela necessidade de conhecer e analisar as estratégias de segurança preconizadas e desenvolvidas com os idosos em unidades de atenção básica e em serviços hospitalares. A questão de pesquisa buscou elucidar: Quais as ações de segurança instituídas na assistência aos pacientes idosos que são atendidos em unidades básicas de saúde e em serviços hospitalares? Neste direcionamento, o objetivo deste estudo foi identificar as ações de segurança aos pacientes idosos atendidos em unidades básicas de saúde e em serviços hospitalares na concepção de enfermeiros.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo de abordagem qualitativa, descritiva, desenvolvido em dois municípios da região norte/noroeste do estado do Rio Grande do Sul. Os participantes da pesquisa foram enfermeiros atuantes em unidades básicas de saúde e em instituições hospitalares.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas gravadas digitalmente, com uma questão norteadora, que versava sobre as ações de segurança aos usuários idosos, adotadas na unidade de trabalho a que o participante estava vinculado. As entrevistas foram previamente agendadas e realizadas em locais e horários distintos, as quais foram gravadas em sistema digital e, posteriormente, transcritas e analisadas. Considerou-se como critério de inclusão, estar na função há pelo menos 1 ano e ter idosos sob sua responsabilidade nos respectivos espaços de trabalho.

Os dados foram considerados saturados por unidade pesquisada⁸, quando se averiguou que os tipos de enunciados estavam suficientes e a coleta de novas entrevistas, supostamente, não agregaria novos elementos para a discussão em relação aos dados já existentes⁸. Utilizou-se como critério de inclusão dos participantes: ser enfermeiro, estar na função há mais de um ano, trabalhar em unidades básicas de saúde e/ou unidades hospitalares que atendessem idosos. A população alvo do estudo foram enfermeiros atuantes em dois serviços de atenção básica e dois serviços hospitalares. Entrevistaram-se enfermeiros de diferentes unidades básicas de saúde e de distintos turnos, critério também utilizado nos serviços hospitalares. A coleta de dados ocorreu de maio a dezembro de 2017.

Para a apreciação e interpretação dos dados, utilizou-se o método da análise de conteúdo, apresentados na

forma de categorias. A organização da análise ocorreu cronologicamente, composta por: pré-análise com a exploração do material, tratamento dos resultados, inferência, interpretação, codificação e categorização⁹.

Todos os aspectos éticos foram observados, conforme a legislação em vigor. O estudo foi submetido, avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, conforme consta no Parecer Consubstanciado nº 1.416.141. Em razão da garantia de manutenção do sigilo e anonimato, os participantes estão identificados pelo código que mescla letras e números. Para os entrevistados que trabalham no hospital, utilizamos o código E (enfermeiro) H (hospital), com o numeral correspondente. Para os entrevistados vinculados a unidades de atenção básica, utilizamos o código E (enfermeiro) e AB (atenção básica), com sequência numérica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes do estudo foram constituídos por 28 enfermeiros, dois do sexo masculino e 26 do sexo feminino, 14 são solteiros, dez casados, dois em união estável e dois divorciados. A média de idade é de 33 anos, com desvio padrão de ± 8 anos. A média do tempo de formação é de 10 anos, com desvio padrão de ± 8 anos. Em relação ao tempo de atuação no local em que está vinculado é de 8 anos e desvio padrão de ± 7 anos. Foram entrevistados 14 enfermeiros de unidades básicas de saúde e 14 enfermeiros que atuam em dois hospitais.

Os participantes do estudo engajaram-se em programas de pós-graduação *Latu sensu* em áreas de saúde da família (7); saúde pública (6); urgência e emergência (5); saúde coletiva (4), gestão pública de saúde (3), educação em saúde (3); saúde do trabalhador (2); terapia intensiva (2); administração hospitalar, saúde do idoso, gerenciamento em enfermagem, segurança no trabalho (1); materno-infantil (1), saúde mental (1), sendo estes 3 últimos em fase de desenvolvimento do curso de pós-graduação no período da coleta de dados. Alguns participantes frequentaram mais de um curso de pós-graduação *Latu sensu*. Somente três entrevistados participaram de algum tipo de atividade educativa, sejam cursos, capacitações ou equivalentes na área de segurança do paciente.

A partir das informações obtidas no campo empírico da pesquisa, evidenciou-se uma série de cuidados relativos à segurança a serem implementados. Contudo, feitos os recortes necessários, destes, emergiram quatro categorias. Entretanto, somente duas categorias temáticas apresentadas neste estudo: Segurança dos idosos na prevenção de quedas; segurança dos idosos na administração e uso de medicação.

Segurança dos idosos na prevenção de quedas

Os participantes do estudo elencaram entre os eventos adversos mais destacados, o cuidado com as quedas. Entre os cuidados gerais e específicos aos idosos, incluem-se os riscos de quedas, tanto nos serviços hospitalares, quanto em unidades básicas de saúde. Os cuidados gerais com as quedas incluem prover os serviços de saúde de infraestrutura condizente com as necessidades dos usuários. Os cuidados com idosos incluem especificidades como a acessibilidade e a organização de infraestrutura que facilitem a locomoção dos idosos, referidas pelos entrevistados. Entre estes, constam:

Atendemos todos os pacientes da mesma forma, cuidar a acessibilidade, risco de trauma, risco de queda, piso escorregadio. A gente tem cuidado maior ainda com a acessibilidade dos idosos. Cuidar para paciente não cair do leito, erguer as guardas da cama do paciente (E1H1).

A estruturação e organização dos serviços por parte dos gestores, são mecanismos efetivos para a minimização dos riscos de quedas dos idosos, tanto nos hospitais, quanto na atenção básica em saúde.

Solicitamos para o gestor um acesso melhorado e nos banheiros também para ter maior segurança. A gente não tem essa adaptação e eu acho que peca tanto no acesso de deficientes, assim como dos idosos que são um público cada vez maior que a gente atende, a expectativa de vida está aumentando e a gente ainda não se preparou e qualificou para atender esse público (E2AB1).

Como referido a construção de rampas de acesso, permite não somente aos idosos a facilitação da locomoção, mas também aos usuários que de uma maneira em geral se utilizam de cadeiras de rodas para sua locomoção.

Os pacientes idosos então, a gente tem o cuidado de ter sempre rampas de acesso porque a gente não tem muitos cadeirantes, mas tem bastante idosos que utilizam a bengala ou outros materiais para ajudar na condução (E4AB1).

A estruturação e organização dos serviços incorre em repensar também a planta física dos serviços de saúde e, assim, obter melhores condições assistenciais aos idosos que precisam acessar estes serviços. Isso está contemplado nas asserções abaixo descritas.

Melhoria da atenção e a gente percebe que falta algumas coisas, mas assim a gente já a aboliu o uso de

cera na unidade para que não dificulte a deambulação deles não fique de risco, tentar não deixar o piso úmido e não fazer a limpeza do local no período que tem maior fluxo de idosos que é mais cedo no período da manhã para que também evite o risco de acidentes, o acesso então, ser amplo, as portas serem amplas, a gente não tem corrimão, mas poderia ter alguns corrimões para ajudar que eles se firmem bem (E7AB1).

A locomoção dos idosos nos serviços de saúde, muitas vezes incorrem em sérias dificuldades, em especial a aqueles que se utilizam de cadeiras de rodas ou macas, e mesmo aqueles que conseguem deambular, necessita-se que o piso preferentemente continuo e antiderrapante. O auxílio na mobilidade dos idosos fazem parte dos cuidados, para a prevenção de quedas.

Precisa ter paciência porque eles têm uma dificuldade de deslocamento, de acomodação na maca, que a gente vê. Eles precisam de auxílio para levantar e sentar, ou as vezes até, em cadeira de rodas para se direcionar ao consultório médico e após fazer alguma medicação, também a gente tem que ter todo um cuidado enfim porque eles são mais frágeis (E1AB2).

A utilização de cadeiras de rodas e escadinhas, andadores e muletas são instrumentos que auxiliam na mobilidade dos idosos, contudo, precisam ser utilizadas de forma adequada para que os riscos sejam minimizados.

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

Para a prevenção de quedas dos idosos, uma série de cuidados precisam de adequações nos serviços de saúde, olhares mais efetivos podem revelar uma série de riscos que podem se interpor na segurança dos idosos.

Os pacientes idosos da mesma forma também a questão de abordar questões num local privado, mas evitando também a questão desde os locais, por exemplo, algumas idosas a maioria delas fazem ainda o preventivo então toda a questão de tapetes porque é também uma questão de segurança de evitar quedas e tudo o mais (E7AB2).

Outro risco de quedas refere-se à mobilidade do paciente da cama para a maca e vice-versa, razão que neste momento tem-se que tomar cuidado para que não haja quedas. Na atenção básica, o cuidado é semelhante quando se diz que

Dependendo do procedimento que vai ser feito ao paciente, posiciona ele, ajuda subir na maca se for o caso de um procedimento, principalmente se for um paciente idoso ou se estiver fazendo um curativo porque as vezes ele se desequilibra (E3AB1).

O cuidado com o idoso carece de profissionais especializados, efetivamente comprometidos e dispostos a estabelecer vínculos. Portanto, para ser eficaz, precisa transcender as habilidades técnicas e incluir ações como a intencionalidade, o envolvimento e a vontade, como forma de estabelecer vínculos⁴. O índice de quedas entre os idosos brasileiros é significativamente alto. Estudos relatam que aproximadamente 20% dos idosos que vivem na comunidade são expostos a quedas a cada ano. Mostra, ainda, percentual de 77,6% de recorrência de quedas entre os idosos, mais frequente no sexo feminino, faixa etária superior a 70 anos e com baixa escolaridade¹⁰.

Alguns fatores estão associados ao aumento dos riscos de quedas¹⁻⁷. Estes podem ser classificados como intrínsecos, extrínsecos ou comportamentais. Os riscos intrínsecos são decorrentes da própria condição do idoso, entre eles, idade, capacidade funcional, história prévia de queda, sexo feminino, distúrbios da marcha e equilíbrio, comorbidades, acuidade visual e dificuldades de locomoção^{1,7,11}.

Os riscos são maiores em idosos mais velhos, razão do processo de senescência que produz alterações que comprometem o desempenho das atividades motoras¹⁰. Os riscos extrínsecos são decorrentes do ambiente em que se encontra o idoso como: pisos escorregadios, degraus inadequados, ausência de barra de apoio nos banheiros, prateleiras inadequadas, roupas e calçados inapropriados, tapetes, iluminação deficiente. Já os riscos comportamentais referem-se à percepção do espaço e à capacidade funcional do idoso¹¹.

Pesquisa sobre quedas, realizada com mais de duas centenas de idosos, adscritos a uma Unidade Básica de Saúde, evidencia que os episódios de quedas entre este segmento populacional foram de 68,2% entre mulheres, em que a maioria apresentava mais de 70 anos de idade. Destaca-se que as variáveis de gênero, presença de comorbidades, doenças osteoarticulares e diabetes *mellitus* foram significativamente associadas aos episódios de quedas⁷.

As normas de segurança do paciente recomendam que se incluam, no histórico clínico do idoso: a frequência e os sintomas no momento da queda, lesões e outras consequências; medicamentos em uso e dosagens, alterações agudas e crônicas de saúde, marcha e equilíbrio, alterações cognitivas, força muscular, acuidade visual, frequência e níveis pressóricos alterados. Recomenda-se, também, a

avaliação dos pés e calçados, o uso de bengalas, muletas e andadores e a capacidade de percepção dos idosos².

A prevenção de quedas também está relacionada ao ambiente seguro. Para tanto, sugere-se utilizar camas na altura adequada que permita ao idoso apoiar os pés no chão, sistema de travamento de rodas, organização e iluminação adequada, manutenção dos objetos de uso do paciente em locais de fácil acesso, piso de material antiderrapante, limpo e seco, camas e macas com grades de proteção, banheiro com pontos e/ou barra de apoio, cinto de segurança nas cadeiras de roda².

Tendo como base as normas de segurança do paciente, recomenda-se que se estabeleça um programa de avaliação de riscos de quedas com a utilização da escala de avaliação de riscos *Morse Fall Scale*¹² traduzida para o português; individualizar a prevenção de quedas para cada paciente; a equipe multiprofissional deve ter um papel ativo na prevenção das quedas; informar e orientar pacientes e familiares; orientar o uso de calçados antiderrapantes; dissuadir o uso de chinelos; estar atentos à utilização de medicamentos como sedativos, antidepressivos, anti-psicóticos, anti-hipertensivos¹²⁻¹⁴.

Além disso, preconiza-se manter pacientes com riscos de quedas internados próximos do posto de enfermagem. Indica-se também que estes sejam identificados com uso de pulseira de cor amarela. Ainda, é importante que a instituição crie um indicador de quedas a partir de um sistema de notificação e gerenciamento destes eventos adversos⁷.

Segurança dos idosos na administração e uso de medicação

A utilização segura dos medicamentos constitui-se em um dos preceitos importantes no que tange à segurança do paciente, em especial aos idosos. O uso dos fármacos exige conhecimentos específicos, por parte dos profissionais de saúde. Na concepção dos entrevistados, a segurança dos idosos em relação ao uso de medicamentos está vinculada a uma série de cuidados. O cuidado com a identificação do paciente é primordial para a segurança dos pacientes, isso se observa nas afirmações:

A segurança do paciente é tudo aquilo que a gente faz em prol do paciente. Desde administração de medicação, punção, os cuidados (E5H2).

O cuidado envolve detalhes a serem observados pela equipe de enfermagem, no que se refere as medicações, conferir sempre o leito, nome do paciente, pela estratégia da segurança na medicação (E6H2).

Algumas técnicas, como as punções venosas em idosos, necessitam de cuidados especiais, em razão da fragilidade

da pele e dos vasos sanguíneos, assim como a reconstituição e diluição dos medicamentos, que necessitam que sejam administrados nas concentrações recomendadas e na velocidade de infusão adequadas.

O cuidado com a punção venosa e a dosagem dos medicamentos pode ser evidenciado quando se afirma a gente tem cuidado na assepsia do cateter flexível e acessos venosos (E2H1).

Como referido acima, um dos problemas referentes a segurança na administração de medicamentos, refere-se à prevenção de flebites, assim como de extravasamento e infiltração de medicamentos nos tecidos subjacentes que podem trazer uma série de complicações locais e sistêmicas. A alusão a medicação errada está vinculada a uma série de fatores. Não são somente a troca de medicações, que no caso já salientemente séria e grave.

A gente verifica acessos venosos para não desenvolver flebites e para não introduzir uma medicação errada (E2H2).

A utilização de cateteres flexíveis diminui os riscos nas punções venosas, contudo, cresce-se a esta a necessidade de cuidados com a pele, no momento da antisepsia e, principalmente, na fixação dos dispositivos intravenosos, haja vista, a fragilidade da pele.

Procuramos ter cuidado com a pele do paciente idoso para que no momento que for punccionar para não machucar porque a pele deles é bem mais sensível (E3H1).

Até um acesso venoso a gente tem mais dificuldade em função permeabilidade das veias, da textura da pele, mas enfim a gente procura fazer aquela assistência (E3AB2).

O uso correto de medicamentos por idosos, na atenção básica, precisa ser de conhecimento do usuário ou familiar, principalmente no que tange à indicação, dosagem e horários. A falta de informações por parte dos familiares e dos pacientes pode trazer sérias consequências, inclusive o agravamento do quadro clínico, em função de que muitos pacientes fazem uso de mais de um medicamento¹⁵. O mesmo estudo mostra que aproximadamente 50% dos usuários idosos apresentaram níveis de compreensão considerados insuficientes relativo ao uso de medicação, incorrendo em riscos sobre a efetividade terapêutica e sua segurança¹⁵.

Por outro lado, evidencia-se que a administração segura de medicamentos está associada à organização do trabalho pela equipe de enfermagem. Os riscos relacionados à segurança do paciente no que tange à administração de

medicamentos são elevados, assim como altos custos das medicações incorrem na revisão do processo de trabalho, razão da necessidade de encontrar soluções que minimizem os eventos adversos e os danos aos pacientes. Fatores como carga de trabalho, alta demanda de procedimentos, são fatores predisponentes a erros. Os erros mais comuns referem-se a doses, troca de medicamentos, horários. Desta forma, alvitra-se o desenvolvimento de estrutura e organização dos serviços, dentro da concepção de práticas seguras¹⁶. Segundo os entrevistados, as estratégias de segurança incorrem no uso de algumas regras, tais como:

A gente procura ao máximo sempre antes de aplicar um medicamento ou fazer alguma intervenção estar observando esses cinco certos que a gente aprendeu na própria formação (E2AB2).

Na sistematização da assistência de enfermagem, aos usuários idosos, no que se refere a terapia medicamentosa, inclui uma série de cuidados, específica no que tange ao medicamento propriamente dito, assim como os horários, doses e aos possíveis efeitos adversos. A minimização dos riscos, incluem a organização dos medicamentos, colocando em locais diferentes conforme os horários. A orientação dos familiares é de uma importância para redução dos erros, assim como o acompanhamento do pessoal de enfermagem nas visitas domiciliares, que precisa fazer um *feedback* para assegurar-se que as recomendações estão sendo seguidas.

A preocupação com segurança na questão de medicamentos está associada ao uso de protocolos, que permeiem, que esclareçam, que sejam práticos no sentido de não haver riscos de fazer administração de medicamentos (E7AB2).

Existe a preocupação com a administração de medicamentos pelos idosos ou familiares, pois podem confundir medicamentos, doses e horários, embora seja bem explicado para eles (E3AB1).

Entre as causas para não-adesão de medicamentos constam as dificuldades com a leitura de bulas e instruções da medicação, esquema posológico, acesso aos medicamentos e esquecimento das doses. O déficit cognitivo é outro fator de risco ao uso da medicação por idosos¹⁰. Entre usuários idosos com déficit cognitivo que residem sozinhos, o índice de não-adesão ao tratamento é maior, por isso a importância de seu acompanhamento por parte de cuidadores e familiares³. A faixa etária e o déficit cognitivo podem influenciar na adesão ao tratamento farmacológico, necessitando monitoramento contínuo dos cuidadores e familiares¹⁷. Uma estratégia de resolução à não-adesão ao tratamento farmacológico necessita da participação da equipe multidisciplinar, com

avaliação dos riscos e adoção de medidas de promoção à saúde¹⁸.

São considerados fatores potenciais de riscos de eventos adversos os medicamentos com grafias semelhantes, letra ilegível e uso de siglas e abreviaturas. Com o passar dos anos, os idosos apresentam declínio cognitivo, o que pode impactar na manutenção de sua capacidade funcional e, também, na sua autonomia. Em unidade de atenção básica, usuários e familiares precisam de acompanhamento e monitoramento da equipe multidisciplinar, indispensáveis na prevenção de eventos adversos e na geração de segurança¹⁸.

Os erros na administração de medicamentos podem ser decorrentes da prescrição incompleta (dose, via, intervalo), omissão por falta de medicação na instituição, falhas no aprazamento e intervalos de doses, prescrição de medicação não-padronizada, administração de medicamentos suspensos, dose extra, nome do fármaco ilegível, omissão, atraso, administração de droga em paciente alérgico¹⁹. Outro fato refere-se à fase de prescrição em relação aos eventos adversos. Embora as unidades básicas de saúde e os serviços hospitalares sejam distintos, as regras de segurança devem ser obedecidas¹⁹.

A cultura de segurança tem como base valores individuais e coletivos, a adoção de atitudes e competências e, principalmente, o compromisso com a segurança nas instituições de saúde. A gestão e administração de medicamentos são cada vez mais complexas na organização da assistência aos pacientes e, conseqüentemente, demandam mais trabalho das equipes de enfermagem. O transporte, a organização, o armazenamento, preparo e a administração chegam a consumir 40% do tempo de trabalho da equipe de enfermagem e representam uma das mais importantes atividades das escalas de mensuração da carga de trabalho. A relação de quantidade de pessoal é determinante na minimização de riscos, dado que, nas áreas onde a alocação de pessoal é adequada, os índices de eventos adversos são menores^{16,20}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mostra o estudo que a estruturação, organização dos serviços e a implementação de estratégias de segurança aos idosos internados nos serviços hospitalares e na atenção básica, precisam efetivamente serem melhorados, para que se obtenha a minimização dos riscos, e conseqüentemente maior segurança aos idosos. Embora seja evidente o comprometimento com a segurança dos idosos por parte dos sujeitos do estudo e a implementação de cuidados, denota-se a não sistematização destes cuidados, ou seja, precisa-se transcender-se para um modelo de atenção integrativa e sistematizada, que tenha por base, os preceitos que regem a segurança.

A segurança dos idosos nos serviços de saúde incorre na modelagem dos riscos, na redução de atos inseguros nos processos assistenciais e no uso das melhores práticas, garantindo o melhor resultado possível e, conseqüentemente, a qualificação da atenção. Dentre os profissionais da equipe multidisciplinar, evidencia-se que a enfermagem assume o protagonismo na geração de segurança. Contudo, ações de segurança do paciente envolvem todos os profissionais, os familiares e o próprio paciente, dependendo de suas condições. Este estudo indica que a maioria dos enfermeiros possui conhecimento parco e pouco aplica as regras de segurança aos usuários. A segurança dos idosos está vinculada a um problema de saúde pública, já que a queda, tem sérias conseqüências em razão das lesões e fraturas, que interferem nas condições de saúde, podendo levar a conseqüência nefastas, por ruptura da estabilidade na situação de saúde dos idosos.

A administração de medicamentos representa um sério desafio, no que tange a segurança, decorrente da necessidade de maiores cuidados nas punções venosas, na reconstituição e diluição dos fármacos. No caso de idosos que estão em suas residências, precisa-se que a enfermagem preconize e desenvolva estratégias de minimização de riscos e maximizem ações de segurança. Portanto, a educação em saúde dos usuários e de seus familiares são imperativas para obter os resultados esperados. Os serviços de saúde precisam fazer alterações nos espaços físicos que proporcionem maior segurança aos usuários de forma geral e, também, para usuários com algum tipo de deficiência. Precisa-se rever o processo de trabalho em saúde, concebendo e desenvolvendo as ações, tendo como parâmetro as estratégias de segurança. Há que se ratificar que a implantação de programas de segurança precisa ser desenvolvida institucionalmente, seja nos hospitais, serviços de atenção básica e, também, em unidades asilares. A constituição de núcleos de segurança e a implementação de medidas efetivas de segurança precisam ser acompanhadas de ações educativas à redefinição do processo de trabalho.

Neste contexto, os idosos requerem um olhar mais atento, em virtude de sua condição de maior vulnerabilidade, em relação a sua segurança. O idoso hospitalizado tende a perder sua principal referência em relação ao ambiente, em razão da carga emocional que representa a hospitalização, a preocupação com a doença e a exposição de fragilidades próprias de sua condição clínica e de sua faixa etária, assim como as necessidades de adaptação a novas rotinas. Este estudo foi de suma importância para responder o objetivo delineado de identificar as ações de segurança aos pacientes idosos atendidos em unidades básicas de saúde e em serviços hospitalares na concepção de enfermeiros, entendendo a

necessidade da implementação de múltiplas estratégias, como a reestruturação dos serviços, a reorganização da assistência e, de forma especial, a reconfiguração do processo de trabalho em saúde incluindo os princípios que regem a segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNP) [internet]. Brasília: Ministério da saúde; 2013 [capturado em 11 out. 2019]. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/portaria-529>. <https://doi.org/10.22420/rde.v11i20.774>
2. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2013. <https://doi.org/10.7476/9788575415948.0009>
3. Quinderé PHD, Jorge MSB, Nogueira MSL, Costa LFA, Vasconcelos MGF. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(7):2157-66. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700031>
4. Prochet TC, Silva MJP, Ferreira DM, Evangelista VC. Afetividade no processo de cuidar do idoso na compreensão da enfermeira. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(1):96-102. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000100013>
5. Izaias EM, Dellarosa MSG, Rosaneis MA, Belei RA. Custo e caracterização de infecção hospitalar em idosos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(8):3395-402. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.12732013>
6. Luzia MF, Almeida MA, Lucena AF. Nursing care mapping for patients at risk of falls in the Nursing Interventions Classification. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(4):632-40. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000400009>
7. Correa AD, Marques IAB, Martinez MC, Laurino PS, Leão ER, Chimentão DMN. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(1):67-74. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000100009>
8. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(2):388-94. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>
9. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
10. Abreu DROM, Azevedo RCS, Silva AMC, Reiners AAO, Abreu HCA. Fatores associados à recorrência de quedas em uma coorte de idosos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(11):3439-46. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152111.21512015>
11. Morsch P, Myskiw M, Myskiw JC. A problematização da queda e a identificação dos fatores de risco na narrativa de idosos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(11):3565-74. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152111.06782016>
12. Urbanetto JS, Creutzberg M, Franz F, Ojeda BS, Gustavo AS, Bittecourt HR, Steinmetz QL, Farina VA. Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(3):569-75. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000300007>
13. Pasa TS, Magnago TSBS, Urbanetto JS, Baratto MAM, Morais BX, Carollo JB. Risk assessment and incidence of falls in adult hospitalized patients. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2017;25:e2862. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1551.2862>
14. Baixinho CRSL, Dixe MACR. Quedas em instituições para idosos: caracterização dos episódios de quedas e fatores de risco associados. *Rev Eletr Enf*. 2015;17(4):1-9. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.31858>
15. Pinto IVL, Reis AMM, Almeida-Brasil CC, Silveira MR, Lima MG, Ceccatto MGB. Avaliação da compreensão da farmacoterapia entre idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte, MG, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(11):3469-81. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152111.19812015>
16. Magalhães AMM, Moura GMSS, Pasin SS, Funcke LB, Pardal BM, Kreling A. Processos de medicação, carga de trabalho e a segurança do paciente em unidades de internação. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(esp):43-50. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000700007>
17. Aiolfi CR, Alvarenga MRM, Moura CS, Renovato RD. Adesão ao uso de medicamentos entre idosos hipertensos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(2):397-404. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14035>
18. Arruda DCJ, Eto FN, Velten APC, Morelato RL, Oliveira ERA. Fatores associados à não adesão medicamentosa entre idosos de um ambulatório filantrópico do Espírito Santo. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(2):327-37. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14074>
19. Azevedo Filho FM, Pinho DLM, Bezerra ALQ, Amaral RT, Silva ME. Prevalência de incidentes relacionados à medicação em unidade de terapia intensiva. *Acta Paul Enferm*. 2015;28(4):331-6. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-01942015000056>
20. Souza MJ, Real DSS, Cunha ICKO, Bohomol E. Práticas seguras para administração de medicamentos: construção e validação de instrumento. *Enferm Foco*. 2017;8(3):20-5. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n4.973>

Autores:

LUIZ ANILDO ANACLETO DA SILVA
Enfermeiro. Doutor em Enfermagem, área de concentração filosofia, saúde e sociedade. Docente do Curso de Enfermagem, Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Campus de Palmeira das Missões, RS, Brasil.
Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-0651-7804>
E-mail: luiz.anildo@yahoo.com.br

MARINÉS TAMBARA LEITE

Enfermeira. Doutora em Gerontologia Biomédica. Docente do Curso de Enfermagem, Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Campus de Palmeira das Missões, RS, Brasil.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3280-337x>

E-mail: tambaraleite@yahoo.com.br

LEILA MARIZA HILDEBRANDT

Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Curso de Enfermagem, Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Campus de Palmeira das Missões, RS, Brasil.

Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-0504-6166>

E-mail: leilahildebrandt@yahoo.com.br

TAÍS DA ROCHA GIOVENARDI

Enfermeira. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Frederico Westphalen, RS, Brasil.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6931-031X>

E-mail: taisgovernardi@hotmail.com

ALINE PIACESKI KOLVASKI

Enfermeira. Enfermeira residente na Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa, RS, Brasil.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1052-8340>

E-mail: alinepkovalski@hotmail.com