



Indicadores de saúde e a segurança do idoso institucionalizado

Indicators of health and safety among institutionalized older adults

Indicadores sanitarios y la seguridad del anciano institucionalizado

Maria Lígia Silva Nunes Cavalcante¹, Cíntia Lira Borges^{1,2}, Acácia Maria Figueiredo Torres de Melo Moura³, Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho⁴

Como citar este artigo:

Cavalcante MLSN, Borges CL, Moura AMFTM, Carvalho REFL. Indicators of health and safety among institutionalized older adults. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(4):600-606. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500009>

¹ Universidade Estadual do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, CE, Brasil.

² Faculdade Maurício de Nassau, Fortaleza, CE, Brasil.

³ Hospital Cesar Calls, Fortaleza, CE, Brasil.

⁴ Universidade Estadual do Ceará, Departamento de Enfermagem, Fortaleza, CE, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To identify the incidence of mortality, diarrheal diseases, scabies and falls; and the prevalence of pressure ulcers – all of which are related to the safety of institutionalized older adults. **Method:** This was a documentary retrospective study developed in a long-term residential care institution for older adults in the Northeast region of Brazil. The data were gathered from records of health assessment indicators filed between January 2008 and December 2015. Analysis included absolute case frequency; the sum of monthly prevalence and incidence rates; mean values of cases; and mean annual incidence and prevalence rates. **Results:** The incidence of mortality over these nine years ranged from 9% to 13%; of acute diarrheic disease from 13% to 45%; and scabies from 21% to 63%. The prevalence of pressure ulcers ranged from 8% to 23%. Between 2012 and 2015, the incidence rate of falls without injury varied from 38% to 83%, and with injury from 12% to 20%. **Conclusion:** Analysis of the health indicators revealed a high incidence of scabies and falls and a high prevalence of pressure ulcers. The identification of less than optimal rates for performance indicators can help improve the quality of nursing care.

DESCRIPTORS

Aged; Patient Safety; Homes for the Aged; Geriatric Nursing; Health of Institutionalized Elderly; Health Status Indicators.

Autor correspondente:

Maria Lígia Silva Nunes Cavalcante
Universidade Estadual do Ceará
Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi
CEP 60714-903 – Fortaleza, CE, Brasil
mlsnc14@gmail.com

Recebido: 18/02/2016
Aprovado: 06/06/2016

INTRODUÇÃO

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⁽¹⁾. A prestação do 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⁽²⁾.

O cuidado seguro deve ser valorizado como um direito do paciente e um compromisso ético dos profissionais em toda a rede de atenção à saúde. Entretanto, dentre os serviços, observa-se que os hospitais são os principais alvos das ações de segurança do paciente, em detrimento das unidades básicas de saúde, do domicílio, dos centros de apoio psicossocial e das instituições de longa permanência para idosos.

Todavia, a cultura da segurança do paciente deve ser reconhecida em todos os campos de prática. Diante disso, na última década, diferentes iniciativas surgiram para garantir cuidados de saúde mais seguros. Entre elas, destaca-se a criação dos indicadores de segurança que visam subsidiar o controle dos eventos adversos ocorridos durante a assistência⁽³⁾.

Na atual situação do país, há um aumento progressivo do número de pessoas idosas e, conseqüentemente, maior demanda por instituições de longa permanência, as quais se configuram como um espaço residencial com serviços socioassistenciais e de saúde para uma assistência integral⁽⁴⁾. Nestes locais, muitas vezes, os idosos ficam expostos a maiores riscos relacionados a inadequadas condições de estrutura física, recursos humanos e assistenciais, que contribuem para desfechos clínicos negativos, comprometendo seu estado de saúde.

Dessa forma, considerando-se a necessidade de prevenção e diminuição dos riscos à saúde, aos quais ficam expostos os idosos residentes em instituições de longa permanência, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) no Brasil estabelece indicadores que avaliam o desempenho e o padrão de funcionamento das instituições⁽⁴⁾. Um dos requisitos definidos pela ANVISA é a notificação de alguns indicadores de saúde e eventos sentinela, considerados obrigatórios para monitoramento dessas instituições, a saber: taxas de mortalidade, doenças diarreicas, escabiose, lesões por pressão, desnutrição, desidratação, quedas e tentativas de suicídio⁽⁴⁾. A avaliação desses indicadores, por meio dos registros mensais, é fundamental para se estabelecer metas de redução de riscos no contexto dessas instituições.

Destaca-se que a revisão retrospectiva das fichas de registro tem sido considerada o método de coleta de dados mais adequado para a avaliação dos eventos adversos. Diante disso, faz-se necessária a sua utilização para identificar a prevalência e a incidência desses eventos, com o intuito de conhecer os danos preveníveis e intervir para garantir a qualidade da assistência e a segurança do paciente.

A realização do presente estudo buscou aumentar as evidências científicas existentes acerca da temática, as quais são escassas e, normalmente, abordam cada indicador de saúde isoladamente. A hipótese é que a avaliação aprofundada dos indicadores de saúde, ao longo dos anos, permite uma visão ampliada dos aspectos que envolvem a segurança do paciente

idoso institucionalizado. Isso implica a elaboração de estratégias pela equipe de enfermagem e multidisciplinar para a segurança dos cuidados prestados e promoção da saúde.

Na prática clínica, o enfermeiro tem o papel de reduzir riscos e danos, incorporar boas práticas e fazer uso de indicadores de qualidade, por meio de um sistema de registro, a fim de favorecer a efetividade e o gerenciamento da assistência, e a mudança de cultura, alinhados com a política nacional de segurança do paciente⁽¹⁾.

Portanto, o estudo tem como objetivo identificar a incidência de mortalidade, doenças diarreicas, escabiose e quedas, e a prevalência de lesões por pressão para a segurança do idoso institucionalizado.

MÉTODO

Trata-se de um estudo documental, retrospectivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos, localizada no nordeste do Brasil.

A instituição, atualmente, atende 223 idosos com baixa, média e alta renda, prevalecendo os de condição socioeconômica baixa. A faixa etária varia de 60 a 101 anos, sendo a maioria do sexo feminino. Em relação à dependência, podem ser classificados em grau I (idoso autônomo), grau II (dificuldade para realizar no mínimo três atividades de vida, condição cognitiva preservada ou alteração cognitiva leve) e grau III (dificuldade para realizar todas as atividades de autocuidado e com alterações cognitivas)⁽⁴⁾.

Os dados para realização da pesquisa foram coletados por meio dos registros e relatórios administrativos e de saúde dos indicadores de avaliação da instituição, estabelecidos pela ANVISA, na Resolução da Diretoria Colegiada nº 283, de 26 de setembro de 2005⁽⁴⁾, arquivados de janeiro de 2008 a dezembro de 2015. Os anos anteriores não foram considerados no estudo, uma vez que as informações disponíveis sobre os indicadores de saúde eram incompletas.

Para o controle dos indicadores estabelecidos na resolução, a instituição selecionada possui uma ficha padronizada para o preenchimento mensal. Ressalta-se que os registros são encaminhados à Vigilância Sanitária Local, trimestralmente. É papel do enfermeiro coordenador da instituição o envio do relatório com os indicadores.

Neste estudo, os indicadores evidenciados foram taxa de mortalidade; incidência de doenças diarreicas e de escabiose; prevalência de lesões por pressão; e o evento sentinela quedas com lesão. Foi acrescentada a incidência de quedas sem lesão.

Sobre a detecção de escabiose, as observações de lesões suspeitas eram feitas pelos técnicos de enfermagem e cuidadores, que as informavam à enfermeira plantonista, a qual avaliava juntamente com a equipe médica, formada por médicos geriatras, os sinais e sintomas clínicos para estabelecimento do diagnóstico. Não foram realizados exames mais específicos, como raspado da pele ou dermoscopia.

Para identificação de diarreias, foram consideradas fezes amolecidas ou líquidas com mais de três episódios em 24 horas. Para determinação de lesões por pressão, o risco foi avaliado pela escala de Braden⁽⁵⁾, e a presença foi avaliada por enfermeiras da instituição, em lesões por pressão estágio 1, com aparecimento de eritema local, até estágio

4, com comprometimento mais profundo de tecidos, dano muscular e ósseo.

Para a notificação das quedas com e sem lesões, a instituição possui uma ficha de registro, que é anexada aos prontuários dos pacientes, e uma planilha eletrônica, gerada por meio do programa Microsoft Excel, de controle para inclusão das informações e detalhes das quedas a cada mês. Na ficha e na planilha constam os dados gerais do paciente; local e tipo da queda; caracterização da lesão; informações complementares e encaminhamentos necessários. A função da planilha é facilitar o acesso aos dados, durante a elaboração de relatórios de controle da instituição. Nesta pesquisa, foram considerados os registros das planilhas eletrônicas referentes aos idosos que caíram no período de 2012 a 2015, uma vez que a instituição não possuía informações anteriores a esses anos.

Apesar de a ANVISA não considerar, em sua avaliação, as quedas sem lesões, neste estudo, optou-se por incluí-las para uma interpretação da magnitude do problema no local. Além disso, o evento queda recorrente, mesmo sem lesão, é um indicador de fragilidade e de declínio da capacidade e desempenho funcional⁽⁶⁾.

O cálculo mensal de cada indicador é atribuído pela ANVISA, em sua resolução, de forma padronizada. Dessa forma, para a taxa de incidência, calculou-se o número de casos novos no mês/número de idosos residentes no mês x 100 (%); e para a de prevalência, calculou-se o número de idosos residentes que apresentaram o evento no mês/número de idosos residentes no mês x 100 (%).

Os dados obtidos foram armazenados e analisados no programa Microsoft Excel 2010. Para descrição dos resultados, foram utilizadas tabelas contendo a frequência absoluta dos casos; o somatório das taxas de prevalência e incidência mensais; a média de casos e das taxas de incidência e prevalência anuais.

Na discussão deste estudo, alguns eventos, dificuldades, limitações e vivências relacionados à instituição foram abordados, uma vez que as pesquisadoras trabalham no campo onde a pesquisa foi realizada, uma há 35 anos e as outras há 5 anos, com exceção de uma, que foi essencial para a análise neutra e confrontação dos dados coletados. A elaboração da discussão partiu da articulação de conhecimentos e vivências entre as profissionais, em diferentes períodos.

Foram respeitados os aspectos éticos para avaliação de documentos antigos e recentes, a partir da autorização do coordenador de saúde e do presidente da instituição, obedecendo à Resolução 466/12. A pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, obtendo alvitre positivo, CAAE: 12390513.8.0000.5534, número do parecer: 305.456, emenda: 501.611.

RESULTADOS

Na instituição estudada, a média da quantidade total de idosos institucionalizados no ano de 2008 foi de 236,2 ($\pm 5,1$); em 2009, 225,75 ($\pm 2,5$); em 2010, 225,8 ($\pm 5,8$); em 2011, 211,8 ($\pm 3,8$); em 2012, 217,3 ($\pm 2,38$); em 2013, 229,3 ($\pm 7,0$); em 2014, 222,2 ($\pm 1,7$); e em 2015, 228,7 ($\pm 6,0$).

A partir da análise das tabelas, foi possível constatar que a mortalidade foi maior no ano de 2010, média de três óbitos por mês; os casos de diarreia aguda foram mais presentes no ano de 2011, sendo uma média de oito casos por mês; a escabiose obteve maior incidência no ano de 2008 (62,9%); a taxa de prevalência anual de lesão por pressão foi maior em 2013 (22,6%). Com relação às quedas, o ano de 2014 registrou o maior número, com 204 quedas com e sem lesão; e o ano de 2015 revelou mais quedas com lesão (39) comparadas aos outros anos (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1 – Distribuição do número de casos novos e da taxa de incidência anual de mortalidade, diarreia aguda, escabiose; casos prevalentes e taxa de prevalência anual de lesão por pressão em uma instituição de longa permanência para idosos, entre os anos de 2008 a 2011 – Fortaleza, CE, Brasil, 2015.

| Indicadores de saúde | Período de registro | | | | | | | |
|--------------------------------|---------------------|-----------------|------|------|------|------|------|------|
| | 2008 | | 2009 | | 2010 | | 2011 | |
| | f ¹ | Tx ² | f | Tx | f | Tx | f | Tx |
| Mortalidade ³ | 27 | 11,4 | 28 | 11,1 | 36 | 11,4 | 25 | 11,7 |
| Diarreia aguda ³ | 32 | 13,5 | 45 | 19,7 | 55 | 24,8 | 96 | 44,8 |
| Escabiose ³ | 148 | 62,9 | 108 | 47,6 | 73 | 34,4 | 102 | 48 |
| Lesão por pressão ⁴ | 19 | 8,0 | 29 | 12,6 | 28 | 13,2 | 41 | 19,3 |

Legenda: 1: frequência absoluta de casos por ano; 2: soma total das taxas mensais*100; 3: número total de casos incidentes por ano e taxa total anual de incidência; 4: número total de casos prevalentes por ano e taxa total anual de prevalência.

Tabela 2 – Distribuição do número de casos novos e da taxa de incidência anual de mortalidade, diarreia aguda, escabiose e quedas; casos prevalentes e taxa de prevalência anual de lesão por pressão em uma instituição de longa permanência para idosos, entre os anos de 2012 a 2015 – Fortaleza, CE, Brasil, 2015.

| Indicadores de saúde | Período de registro | | | | | | | |
|----------------------|---------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 2012 | | 2013 | | 2014 | | 2015 | |
| | f | Tx | f | Tx | f | Tx | f | Tx |
| Mortalidade | 24 | 11 | 30 | 13,1 | 21 | 9,4 | 24 | 10,4 |
| Diarreia aguda | 33 | 15,2 | 49 | 21,6 | 87 | 39,3 | 23 | 10,2 |
| Escabiose | 54 | 25 | 51 | 22,2 | 48 | 21,7 | 50 | 21,3 |
| Lesão por pressão | 26 | 12 | 52 | 22,6 | 37 | 16,6 | 30 | 13,1 |
| Quedas sem lesão | 85 | 38,9 | 132 | 57,9 | 184 | 82,8 | 98 | 43,0 |
| Quedas com lesão | 27 | 12,4 | 33 | 14,4 | 20 | 9,0 | 39 | 17,1 |

Nas Tabelas 3 e 4, observa-se que a média total de óbitos por ano é semelhante em todo o período (dois óbitos/mês), com exceção dos anos de 2010 (três óbitos/mês) e 2014 (um óbito/mês). Com relação à média de casos de diarreia, foi maior nos anos de 2011 (oito casos/mês) e 2014 (sete casos/mês). A taxa média de incidência de escabiose, entre os anos de 2008 e 2015, foi de 3,0%, acima deste valor considera-se uma taxa acima da média. Desta forma, os anos de 2008 (5,25%), 2009 (3,9%) e 2011 (4%) obtiveram maiores taxas de escabiose. Referente à prevalência de lesões por pressão, percebe-se que as taxas anuais não foram discrepantes, com taxa média em torno de 1% em todo o período.

Tabela 3 - Distribuição da média de casos e das taxas de prevalência e incidência anuais dos indicadores de saúde em uma instituição de longa permanência para idosos, entre os anos de 2008 a 2011 - Fortaleza, CE, Brasil, 2015.

| Indicadores de saúde | Período de registro | | | | | | | |
|--------------------------------|---------------------|--------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | 2008 | | 2009 | | 2010 | | 2011 | |
| | \bar{x}^5 | $\bar{T}x^6$ | \bar{x} | $\bar{T}x$ | \bar{x} | $\bar{T}x$ | \bar{x} | $\bar{T}x$ |
| Mortalidade ⁷ | 2,2 | 0,9 | 2,3 | 0,9 | 3,0 | 0,9 | 2,0 | 0,9 |
| Diarreia aguda ⁸ | 2,6 | 1,1 | 3,7 | 1,6 | 4,6 | 2,0 | 8,0 | 3,7 |
| Escabiose ⁸ | 12 | 5,2 | 9,0 | 3,9 | 6,1 | 2,8 | 8,5 | 4,0 |
| Lesão por pressão ⁹ | 1,5 | 0,6 | 2,4 | 1,0 | 2,3 | 1,1 | 3,4 | 1,6 |

Legenda: 5: média total de casos por ano; 6: média total das taxas por ano*100; 7: média anual da taxa de mortalidade*100; 8: média anual da taxa de incidência*100; 9: média anual da taxa de prevalência*100.

Tabela 4 – Distribuição da média de casos e das taxas de prevalência e incidência anuais dos indicadores de saúde de uma instituição de longa permanência para idosos, entre os anos de 2012 a 2015 – Fortaleza, CE, Brasil, 2015.

| Indicadores de saúde | Período de registro | | | | | | | |
|----------------------|---------------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | 2012 | | 2013 | | 2014 | | 2015 | |
| | \bar{x} | $\bar{T}x$ | \bar{x} | $\bar{T}x$ | \bar{x} | $\bar{T}x$ | \bar{x} | $\bar{T}x$ |
| Mortalidade | 2,0 | 0,9 | 2,5 | 1,0 | 1,7 | 0,7 | 2,0 | 0,8 |
| Diarreia aguda | 2,7 | 1,3 | 4,0 | 1,8 | 7,2 | 3,3 | 2,0 | 0,8 |
| Escabiose | 4,5 | 2,1 | 4,2 | 1,8 | 4,0 | 1,8 | 4,2 | 1,7 |
| Lesão por pressão | 2,2 | 1,0 | 4,3 | 1,9 | 3,0 | 1,4 | 2,5 | 1,1 |
| Quedas sem lesão | 7,1 | 3,2 | 11 | 4,8 | 15,3 | 7,0 | 8,1 | 3,6 |
| Quedas com lesão | 2,2 | 1,0 | 2,1 | 0,9 | 1,6 | 0,8 | 3,2 | 1,4 |

Na Tabela 4, quanto às taxas médias de quedas, os anos de 2013 (4,8%) e 2014 (7,0%) obtiveram maiores índices de quedas sem lesão. Entretanto, nos anos de 2012, 2013 e 2015 a média de casos novos de quedas com lesão permaneceu acima de 2,1, com exceção do ano de 2014 (1,6).

Ressalta-se que há diferença entre os gêneros com relação ao número de quedas nos anos de 2013 a 2015. No ano de 2012, foram registrados 56 (Tx : 25,71%) casos de quedas entre os homens e 56 (Tx : 25,66%) entre as mulheres. No ano de 2013, foram notificados 74 (Tx : 32,37%) casos de quedas com e sem lesão em idosos do sexo masculino, e 91 (Tx : 40,01%) do sexo feminino. O ano de 2014 terminou com 93 casos entre homens (Tx : 41,91%) e 111 entre mulheres (Tx : 49,93%); e 2015 com 66 casos (Tx : 28,90%) entre idosos, e 71 (Tx : 31,24%) entre idosas.

DISCUSSÃO

A taxa média da incidência de mortalidade na instituição, nos últimos 8 anos, foi de 11,2%, considerada elevada quando comparada com uma pesquisa realizada na Coreia do Sul, na qual a taxa média anual foi de 8,0%. A mortalidade em idosos institucionalizados pode estar associada a

diversos fatores de risco, entre eles a presença de distúrbios cognitivos e de comportamento, incapacidade, comorbidades, lesão por pressão e transtornos nutricionais⁽⁷⁻⁸⁾.

Deve-se considerar que os idosos recém-admitidos em instituições apresentam um risco elevado para morte devido ao aumento da probabilidade de hospitalização⁽⁸⁾. As condições de saúde que aceleram esse processo são semelhantes às dos idosos que já são residentes há mais tempo, destacando-se a dispneia, desnutrição, desidratação e perda de peso⁽⁷⁻⁹⁾.

A avaliação dos fatores preditivos de morte em idosos institucionalizados é complexa, porém clinicamente útil e valiosa⁽⁷⁾. Para a enfermagem, analisar os marcadores precursores é essencial para se definir um plano de enfermagem em longo prazo, a fim de reduzir a incidência de morte em um estágio inicial e fornecer informações sobre os fatores de risco para a equipe multiprofissional⁽⁷⁾. O cálculo da taxa de mortalidade é um indicador clínico para segurança do paciente, que contribui para verificação e investigações mais detalhadas de problemas desencadeantes e para otimização dos cuidados prestados.

Em instituições de longa permanência, no Brasil e em outros países⁽¹⁰⁾, um indicador importante para avaliação das condições de saúde é a incidência de diarreias agudas. A diarreia aguda pode ser de menor ou de maior gravidade; apesar de seus indícios clínicos, é de difícil etiologia; e evolui conforme o período de incubação, os hábitos alimentares, os riscos ocupacionais, o uso de antibióticos, a institucionalização e o *status* imunológico⁽¹¹⁾.

A diarreia em instituições para idosos pode representar um problema iatrogênico significativo relacionado a altas taxas de infecção por contaminação cruzada, especialmente, devido à lavagem inadequada das mãos, à má higienização de utensílios compartilhados, às condições sanitárias inadequadas e ao uso indevido de medicamentos, com destaque para antibióticos. Ela pode ter múltiplas causas, sendo aguda ou crônica; de origem infecciosa viral e/ou bacteriana; associada a intolerâncias ou alergias alimentares; a imunodeficiências; secundária ao fecaloma e à polifarmácia. Além disso, uma das principais causas de diarreia, sobretudo, entre idosos institucionalizados é aquela ocasionada pela bactéria *Clostridium Difficile*, responsável por elevados índices de mortalidade⁽¹²⁾.

Na instituição do estudo, a taxa média da incidência de diarreia nos 8 anos resultou em 23,6%, semelhante a outro estudo nos Estados Unidos, com taxa de 27,4% em 16 anos⁽¹³⁾. Destaca-se, nessa instituição, um surto que houve em 2014 de conjuntivite e diarreia viral aguda, causada por Rotavírus. Acredita-se que a situação foi agravada por má higienização das mãos e uso incorreto de equipamentos de proteção individual. Neste ano, funcionários e idosos adoeceram massivamente.

É necessário que a diarreia aguda seja notificada a fim de se elaborar estratégias para redução das taxas de infecção em instituições de longa permanência e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Entre as ações, recomenda-se a avaliação clínica e laboratorial imediata em casos de surtos; e o início da terapia de reidratação oral e de dieta sem restrições⁽¹⁰⁾, com exceção dos idosos com desidratação grave, os quais devem ter os cuidados redobrados.

A população idosa pode ignorar hábitos de higiene seja por falta de recursos, por comprometimento cognitivo, depressão ou deficiência física⁽¹⁴⁾. Isso pode se potencializar em instituições de longa permanência, uma vez que muitos idosos dependem do cuidador ou da equipe de enfermagem para orientação e supervisão do banho. Porém, nestes locais é comum um profissional para cada 10 a 15 pacientes com grau de dependência elevado, tornando o banho e a hidratação da pele um trabalho automatizado, esquecendo-se de sua importância para prevenção de infecções de pele e dermatoses secundárias.

Doenças de pele e mucosas são indicadores importantes para detecção de infecções em instituições de longa permanência. Entre elas, celulites, lesões por pressão, escabioses, lesões mucocutâneas fúngicas, infecções por herpes vírus e conjuntivites⁽¹⁰⁾ são as mais comuns e que mais acometem idosos. Neste estudo, a incidência de escabiose é tão elevada quanto outro estudo realizado na Inglaterra em sete lares para idosos, nos quais a taxa variou de 2 a 50%, sendo 95% em idosos com demência, 79,5% com incontinência e 61,5% com problemas de mobilidade⁽¹⁵⁾.

A escabiose é uma condição dermatológica contagiosa causada pelo artrópode *Sarcoptes Scabiei*, que acomete o homem causando reações inflamatórias e de alergia em punhos, cotovelos, costas, nádegas, órgãos genitais externos e dedos⁽¹⁴⁾. É conhecida como sarna e atinge facilmente idosos institucionalizados pela facilidade de transmissão pele a pele ou por fômites, acarretando infecções secundárias e piora considerada da qualidade de vida, principalmente devido ao desenvolvimento de grave prurido. A escabiose é responsável por elevada taxa de morbidade, estando associada fortemente ao aparecimento de impetigo, abscessos e celulites, os quais podem levar a complicações sistêmicas, como sepse, doença renal, doença cardíaca reumática⁽¹⁶⁾.

Nesta pesquisa, percebe-se que entre o período de 2008 a 2011, os índices atingiram mais da metade dos idosos institucionalizados. Entre 2012 e 2015, nota-se uma diminuição da incidência anual. A redução deve-se à melhoria das condições sanitárias; à melhora do procedimento de higienização das vestimentas dos pacientes; ao aumento da quantidade de cuidadores nas alas de enfermagem; e à vermifugação periódica, a cada 6 meses, com medicações antiparasitárias. Apesar disso, ainda é precário o hábito de higienização das mãos e a troca de vestuário entre os residentes, o que contribui para manutenção das altas taxas de escabiose.

A sarna é um problema negligenciado, debilitante e desagradável. Assim sendo, há necessidade urgente de apoio para o reconhecimento precoce dos surtos; e recursos dedicados ao treinamento da equipe para diagnóstico e prática de suporte para gestão, incluindo o apoio de serviços de dermatologia, de diretrizes para delinear claramente os papéis e responsabilidades de cada profissional envolvido e melhora de cuidados básicos e primários⁽¹⁵⁾.

As lesões por pressão representam um dos grandes problemas de saúde e econômico enfrentado nas instituições de longa permanência para idosos⁽¹⁷⁾. Os índices elevados apontam a necessidade de investigação desse evento, uma vez que, na maioria dos casos, as lesões podem ser evitadas

por meio da identificação precoce dos fatores de risco e da implementação de medidas preventivas⁽¹⁸⁾. Enfatiza-se que a qualidade da assistência prestada tem sido avaliada de acordo com o aparecimento de lesões de pele, sendo os serviços mais reconhecidos aqueles que as previnem do que aqueles que as tratam⁽¹⁹⁾.

Um dos fatores considerados de risco para o aparecimento dessas lesões é a idade avançada⁽²⁰⁾. Além disso, doenças crônico-degenerativas, limitações físicas, sarcopenia, desnutrição, fragilidade, incapacidade e dependência são elementos que podem restringir esses pacientes ao leito, tornando-os mais susceptíveis ao comprometimento da pele. É atribuição do enfermeiro conhecer os fatores de risco causadores desse agravo, possibilitando o planejamento das ações de promoção da segurança dos pacientes mais vulneráveis para qualificação da assistência de enfermagem⁽¹⁸⁾.

A identificação da prevalência de lesão por pressão é um indicador essencial para a avaliação dos cuidados de enfermagem. A taxa de prevalência de lesão por pressão nesta pesquisa foi semelhante à de outra realizada na região Nordeste, que variou de 11,1 a 23,2%⁽²¹⁾, e considerada elevada quando comparada com outra realizada na Holanda, na qual a taxa foi de aproximadamente 5%⁽²²⁾.

Na instituição onde foi realizado o estudo, alguns desafios são encarados, diariamente, para a implementação de ações que reduzam o surgimento de lesões por pressão. Entre eles, um quantitativo reduzido de profissionais da equipe de enfermagem para a assistência de idosos com severo grau de dependência; o uso precário de materiais de higiene pessoal; a nutrição inadequada; a dificuldade para a introdução de protocolos e escalas de classificação e tratamento das lesões; a falta de treinamento e de motivação para o cuidado continuado.

Os idosos com lesão por pressão apresentam maior catabolismo, que leva à desnutrição e a maiores riscos de desenvolver infecção, contribuindo para altas taxas de mortalidade⁽²³⁾. Nota-se que é uma cascata de eventos sinérgicos; e suas taxas são indicadores de segurança do paciente. Dessa forma, é importante o estabelecimento simultâneo de diretrizes e orientações para prevenção de lesão por pressão, quedas, desnutrição e infecções, no intuito de otimizar os cuidados básicos de enfermagem e assegurar o monitoramento de eventos adversos e erros⁽²⁴⁾.

Outro evento, considerado sentinela, que necessita de atenção no contexto das instituições de longa permanência para idosos, são as quedas. Também considerada como indicador de segurança do paciente⁽²⁵⁾. A literatura comprova que um em cada três idosos acima de 65 anos de idade caem pelo ou menos uma vez ao ano⁽²⁶⁾.

Na instituição estudada, a taxa média de incidência de queda com lesão, nos últimos quatro anos foi de 1,0%, e de quedas sem lesão foi de 4,6%. Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado na Alemanha, que registrou uma taxa total de quedas, nos últimos 7 anos, de 4,6% nos lares para idosos⁽²⁷⁾. Os principais fatores de risco compilados estavam associados à mobilidade limitada, ao comprometimento cognitivo, ao histórico de quedas e à incontinência urinária⁽²⁷⁾. Além disso,

o sexo feminino possui maior predisposição para o risco de quedas. Acredita-se que esse fato ocorre em virtude do melhor estado funcional das mulheres em comparação com os homens, dessa forma, maior é a sua exposição à ocorrência de quedas⁽²⁸⁾.

Os fatores de risco relacionados ao número aumentado de quedas podem ser classificados em dois tipos, os fatores predisponentes do indivíduo (intrínsecos), como: a idade, a condição clínica, os distúrbios de marcha e equilíbrio, o declínio cognitivo e a diminuição da acuidade visual; e os fatores ambientais (extrínsecos), como: a iluminação insuficiente, os degraus inadequados, a ausência de barras de apoio em corredores e banheiros, as superfícies molhadas, entre outros⁽²⁸⁾.

Na instituição estudada, observa-se que os principais fatores de risco para a ocorrência desse evento estão relacionados aos fatores ambientais, como superfícies molhadas, iluminação insuficiente e ausência de barras de apoio em alguns corredores. Associado a isso, o número de profissionais é insuficiente para atender à demanda de idosos, o que dificulta o monitoramento dos pacientes mais independentes pela equipe de saúde. Os mesmos possuem um grau de atividade maior, tornando-os mais expostos ao risco de queda.

A prática da enfermagem na gestão de riscos para prevenção de quedas, muitas vezes, não é suficiente⁽²⁹⁾. Deve contemplar, além disso, um ambiente de bem-estar e valorização da dignidade do idoso, reconhecendo a complexidade da promoção da segurança entre as pessoas idosas institucionalizadas⁽²⁹⁾.

A partir de um estudo realizado na Suécia foi possível constatar que os eventos quedas, desnutrição e lesões por pressão foram ausentes em, somente, 4% de idosos institucionalizados⁽³⁰⁾. Resultado esperado, considerando-se a dependência e fragilidade da maioria dos idosos residentes em instituições de longa permanência. Enfatiza-se a importância da assistência de enfermagem quanto ao monitoramento dos indicadores de saúde, sem dissociá-los dos outros determinantes da vida do idoso, no intuito de definir *status* de riscos e ações preventivas e corretivas para segurança do paciente e promoção da qualidade de vida.

A implementação de protocolos para a avaliação multifatorial dos riscos é uma das estratégias mais eficazes no desenvolvimento de intervenções para a prevenção e para a redução da incidência desses eventos em instituições de longa permanência para idosos⁽²⁹⁾. Concomitantemente a essa avaliação, outra ferramenta valiosa é a promoção das ações de educação em saúde, que tem como objetivo estimular a responsabilidade do autocuidado desses indivíduos⁽²⁸⁾. Entretanto, essas estratégias não são rotinas na instituição estudada e a sua prática ainda é considerada um desafio.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu identificar a alta incidência de escabiose e de quedas e a elevada prevalência de lesões por pressão entre idosos institucionalizados. A ocorrência desses eventos foi influenciada por fatores comuns: precárias condições sanitárias, reduzido quadro de profissionais da equipe de enfermagem e de cuidadores para a assistência, e falta de treinamento de pessoal.

A partir do exposto, destaca-se a importância da realização da educação permanente dos profissionais e o estabelecimento simultâneo de diretrizes e orientações para prevenção, no intuito de aperfeiçoar os cuidados básicos de enfermagem e assegurar o monitoramento de eventos adversos.

As limitações do estudo se referem à falta de variáveis intervenientes, como grau de dependência, idade e comorbidades, que não possibilitou a realização de testes para examinar correlações e identificar possíveis fatores confundidores entre as variáveis e os indicadores de saúde estudados.

Ressalta-se a importância da realização de novos estudos sobre a identificação das ações de segurança do paciente no contexto das instituições de longa permanência para idosos. Os elevados índices dos indicadores de saúde oneram o sistema, contudo podem ser facilmente reduzidos ou evitados. Desta forma, a investigação precoce dos fatores de risco e a implementação de medidas preventivas poderão contribuir substancialmente para otimizar o serviço prestado, a assistência de enfermagem e a qualidade de vida dos idosos residentes.

RESUMO

Objetivo: Identificar a incidência de mortalidade, doenças diarreicas, escabiose e quedas, e a prevalência de lesões por pressão para a segurança do idoso institucionalizado. **Método:** Estudo documental, retrospectivo desenvolvido em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos, localizada no nordeste do Brasil. Os dados foram coletados por meio dos registros dos indicadores de avaliação de saúde, arquivados de janeiro de 2008 a dezembro de 2015. A análise incluiu a frequência absoluta dos casos; o somatório das taxas de prevalência e incidência mensais; a média de casos e das taxas de incidência e prevalência anuais. **Resultados:** Observa-se que a incidência de óbitos nos nove anos considerados variou de 9 a 13%; de doenças diarreicas agudas, de 13 a 45%; e de escabiose, de 21 a 63%. A prevalência de lesão por pressão oscilou de 8 a 23%. Entre os anos de 2012 a 2015, a taxa de incidência de quedas sem lesão variou em torno de 38 a 83%, e com lesão, de 12 a 20%. **Conclusão:** A análise da amplitude dos indicadores de saúde permitiu identificar a alta incidência de escabiose e de quedas e a elevada prevalência de lesões por pressão. A identificação do comprometimento dos indicadores contribui para otimização da qualidade da assistência de enfermagem.

DESCRIPTORIOS

Idoso; Segurança do Paciente; Instituição de Longa Permanência para Idosos; Enfermagem Geriátrica; Saúde do Idoso Institucionalizado; Indicadores Básicos de Saúde.

RESUMEN

Objetivo: Identificar la incidencia de mortalidad, enfermedades diarreicas, escabiosis y caídas y la prevalencia de lesiones por presión para la seguridad del anciano institucionalizado. **Método:** Estudio documental, retrospectivo, desarrollado en un Institución de Larga Estancia para Ancianos, ubicada en el nordeste de Brasil. Los datos fueron recogidos por medio de los registros de indicadores de evaluación sanitaria, archivados de enero de 2008 a diciembre de 2015. El análisis incluyó la frecuencia absoluta de los casos; el sumatorio de las tasas de prevalencia e incidencia mensuales; el promedio y las tasas de incidencia y prevalencia anuales. **Resultados:** Se observa que la incidencia de defunciones en los nueve años considerados varió del 9 al 13%; de enfermedades diarreicas agudas, del 13 al 45%; y de escabiosis, del 21 al 63%. La prevalencia de lesión por presión osciló del 8 al 23%. Entre los años de 2012 a 2015, la tasa de incidencia de caídas sin lesión varió alrededor del 38 al 83% y con lesión, del 12 al 20%. **Conclusión:** El análisis de la amplitud de los indicadores sanitarios permitió identificar la alta incidencia de escabiosis y caídas y la elevada prevalencia de lesiones por presión. La identificación del compromiso de los indicadores contribuyó a la optimización de la calidad de la asistencia de enfermería.

DESCRIPTORES

Anciano; Seguridad del Paciente; Hogares para Ancianos; Enfermería Geriátrica; Salud del Anciano Institucionalizado; Indicadores de Salud.

REFERÊNCIAS

- Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. *Esc Anna Nery*. 2014;18(1):122-9.
- Reis CT, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(7):2029-36.
- Asgari H, Esfahani SS, Yaghoubi M, Javadi M, Karimi S. Investigating selected patient safety indicators using medical records data. *J Educ Health Promot*. 2015; 4:54.
- Brasil. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos [Internet]. Brasília; 2005 [citado 2015 dez. 18]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html
- Paranhos WY, Santos VL. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden, na língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 1999 [citado 2015 dez. 18];33(n.esp):191-204. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/799.pdf>
- Borges CL, Silva MJ, Clares JW, Bessa ME, Freitas MC. Frailty assessment of institutionalized elderly. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(4):318-22.
- Sung K. Predictive factors associated with death of elderly in nursing homes. *Asian Nurs Res*. 2014;8(2):143-9.
- Thomas JM, Cooney LM Jr, Fried TR. Systematic review: health-related characteristics of elderly hospitalized adults and nursing home residents associated with short-term mortality. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61(6):902-11.
- Brink P, Kelley ML. Death in long-term care: a brief report examining factors associated with death within 31 days of assessment. *Paliat Care*. 2015;9:1-5.
- Stone ND, Ashraf MS, Calder J, Crnich CJ, Crossley K, Drinka PJ, et al. Surveillance definitions of infections in long-term care facilities: revisiting the McGeer criteria. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2012;33(10):965-77.
- Farthing M, Salam MA, Lindberg G, Dite P, Khalif I, Salazar-Lindo E, et al. Acute care diarrhea in adults and children: a global perspective. *J Clin Gastroenterol*. 2013; 47(1):12-20.
- Chopra T, Goldstein EJC. Clostridium difficile infection in long-term care facilities: a call to action for antimicrobial stewardship. *Clin Infect Dis*. 2015;60 Suppl 2:S72-6.
- Scallan E, Crim SM, Runkle A, Henao OL, Mahon BE, Hoekstra RM, et al. Bacterial enteric infections among older adults in the United States. *Foodborne Pathog Dis*. 2015;12(6):492-9.
- Panuganti B, Tarbox M. Evaluation and management of pruritus and scabies in the elderly population. *Clin Geriatr Med*. 2013;29(2):479-99.
- Hewitt KA, Nalabanda A, Cassell JA. Scabies outbreaks in residential care homes: factors associated with late recognition, burden and impact. A mixed methods study in England. *Epidemiol Infect*. 2015;143(7):1542-51.
- Romani L, Koroivuetu J, Steer AC, Kama M, Kaldor JM, Wand H, et al. Scabies and impetigo prevalence and risk factors in Fiji: a national survey. *PLoS Negl Trop Dis*. 2015;9(3):e0003474.
- Olsho LE, Spector WD, Williams CS, Rhodes W, Fink RV, Limcangco R, et al. Evaluation of AHRQ's on-time pressure ulcer prevention program: a facilitator-assisted clinical decision support intervention for nursing homes. *Med Care*. 2014;52(3):258-66.
- Santos CT, Almeida MA, Oliveira MC, Victor MAG, Lucena AF. Development of the nursing diagnosis risk for pressure ulcer. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2015 Dec 18];36(2):113-21. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v36n2/1983-1447-rge/v36-02-00113.pdf>
- Campanili TCGF, Santos VLCC, Strazzieri-Pulido KC, Thomaz PBM, Nogueira PC. Incidence of pressure ulcers in cardiopulmonary intensive care unit patients. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [cited 2015 Dec 18];49(n.spe):7-13. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe/en_1980-220X-reeusp-49-spe-0007.pdf
- Moraes GLA, Araújo TM, Caetano JA, Lopes MVO, Silva MJ. Evaluation of the risk for pressure ulcers in bedridden elderly at home. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(n.spe 1):7-12.
- Freitas MC, Medeiros ABF, Guedes MVC, Almeida PC, Galiza FT, Nogueira JM. Lesão por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32(1):143-50.

22. Meesterberends E, Halfens RJ, Spreeuwenberg MD, Ambergen TA, Lohrmann C, Neyens JC, et al. Do patients in Dutch nursing homes have more pressure ulcers than patients in German nursing homes? A prospective multicenter cohort study. *J Am Med Dir Assoc.* 2013;14(8):605-10.
23. Martins AS, Rezende NA, Torres HOG. Sobrevida e complicações em idosos com doenças neurológicas em nutrição enteral. *Rev Assoc Med Bras.* 2012;58(6):691-97.
24. Van Gaal BC, Schoonhoven L, Mintjes-de Groot JA, Defloor T, Habets H, Voss A, et al. Concurrent incidence of adverse events in hospitals and nursing homes. *J Nurs Scholarsh.* 2014;46(3):187-98.
25. Clancy A, Mahler M. Nursing staffs' attentiveness to older adults falling in residential care: an interview study. *J Clin Nurs.* 2016;25(9-10):1405-15.
26. Morrison A, Fan T, Sen SS, Weisenfluh L. Epidemiology of falls and osteoporotic fractures: a systematic review. *Clinicoecon Outcomes Res.* 2013;5:9-18.
27. Lahmann NA, Heinze C, Rommel A. Falls in German hospitals and nursing homes 2006-2013. Frequencies, injuries, risk assessment, and preventive measures [abstract]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2014;57(6):650-9.
28. Gomes EC, Marques AP, Leal MC, Barros BP. Factors associated with the danger of accidental falls among institutionalized elderly individuals: an integrative review. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014;19(8):3543-51.
29. Álvarez Barbosa F, Del Pozo-Cruz B, Del Pozo-Cruz J, Alfonso-Rosa RM, Sañudo Corrales B, Rogers ME. Factors associated with the risk of falls of nursing home residents aged 80 or older. *Rehabil Nurs.* 2016;41(1):16-25.
30. Lannering C, Ernsth Bravell M, Midlöv P, Östgren CJ, Mölsted S. Factors related to falls, weight-loss and pressure ulcers - more insight in risk assessment among nursing home residents. *J Clin Nurs.* 2016;25(7-8):940-50.