

Segurança da pessoa idosa nos serviços de saúde

 <https://doi.org/10.56238/sevened2024.001-030>

Simone Rodrigues da Silva Araújo

Doutora em Gerontologia, Câmara Legislativa do Distrito Federal

Jardel Robert Henning Rodrigues de Magalhães

Especialista em Psiquiatria e Saúde Mental, Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal

Camila Ribeiro Frazão

Acadêmica de Medicina, Universidade de Rio Verde

Graziele de Fátima Moreira Santos

Especialista em Unidade de Terapia Intensiva, Secretaria de Saúde do Distrito Federal

Sanderli Dionísio Pereira Borba

Especialista em Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente, Secretaria de Saúde do Distrito Federal

Lorena Arraes Borssari

Especialista em Urgência e Emergência, Ministério da Justiça e Segurança Pública

Rebeca Viana Porfírio Mileski

Acadêmica de Medicina, Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos

Sarah Tavares de Lima

Especialista em Clínica Médica, Secretaria de Saúde do Distrito Federal

Flavia de Sousa Campos

Especialista em Dermatologia e Estética, Secretaria de Saúde do Distrito Federal

Athos de Brito Barros

Acadêmico de Medicina, Universidade de Rio Verde

RESUMO

O envelhecimento é definido pela Organização Pan-Americana de Saúde como sendo um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal e não patológico, próprio a todos os indivíduos de uma espécie. Com o avanço da idade, há maior ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, por conseguinte, as pessoas idosas se tornam dependentes de cuidados. Assim, os sistemas de saúde se deparam com diversos desafios para consolidar uma assistência efetiva, segura, equânime e integral. O objetivo desta revisão narrativa foi analisar e revisar os principais artigos disponíveis sobre segurança da pessoa idosa nos serviços de saúde. É possível instituir serviços de saúde com práticas gerenciais seguras e eficazes, compatíveis com as necessidades das pessoas idosas, visto ser um direito do indivíduo e um compromisso ético dos profissionais envolvidos no cuidar.

Palavras-chave: Segurança do paciente, Idoso, Serviços de saúde.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é definido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) como sendo um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal e não patológico, próprio a todos os indivíduos de uma espécie (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006c). Consiste em um processo de progressivas modificações biológicas e sociais ao longo da vida do indivíduo. Nesse contexto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que idoso é a pessoa com idade maior ou igual a 60 anos, isso para os países em desenvolvimento, e 65 anos para os desenvolvidos (SOUSA et al., 2020).

Quanto à população mundial acima dos 80 anos, dados da Organização das Nações Unidas (ONU) projetam um crescimento em ascensão, que chega a 434 milhões em 2050, o que corresponde mais que o triplo dos 125 milhões registrados em 2015 (BRASIL, 2021).

Ainda, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam que uma pessoa que nasceu no Brasil, em 2019, tem expectativa de vida em média de 76,6 anos, o que representou um aumento de três meses em comparação a 2018 (76,3). A expectativa de vida dos homens passou de 72,8 para 73,1 anos e a das mulheres foi de 79,9 para 80,1 anos (IBGE, 2020).

Esse cenário impacta os serviços de saúde, pois com o avanço da idade, há maior ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, por conseguinte, as pessoas idosas se tornam dependentes de cuidados. Assim, os sistemas de saúde se deparam com diversos desafios para consolidar uma assistência efetiva, segura, equânime e integral (SILVA et al., 2021).

Dessarte, considerando as especificidades da pessoa idosa e o fato de a segurança do paciente ser uma estratégia importante que avalia a qualidade de assistência à saúde, uma vez que consiste em um leque de ações para prevenir os riscos e os danos, ou pelo menos reduzi-los, justifica-se a realização deste estudo, visto que tanto o envelhecimento da população quanto o cuidado seguro são temáticas que precisam ser consideradas.

Portanto, o objetivo desta revisão narrativa foi analisar e revisar os principais artigos disponíveis sobre segurança da pessoa idosa nos serviços de saúde.

2 MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura. Este tipo de pesquisa aborda os assuntos de forma ampliada. Em vista disso, pode-se compilar conteúdos de diversas obras, a fim de apresentar para o leitor de maneira clara, compreensiva e baseada em evidências. Desse modo, é possível descrever, refletir e incluir vários tipos de informação e de fonte. Para tal, exige habilidades críticas e reflexivas por parte do pesquisador (RIBEIRO, 2014).

Devido a isso, a revisão narrativa é constituída de seis etapas, a saber: 1) escolha do tema; 2) busca na literatura; 3) seleção de fontes; 4) leitura transversal; 5) redação e; 6) referências. Este tipo de pesquisa está presente em todas as áreas, inclusive na interdisciplinar (SOUSA et al., 2018).

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Durante vários anos, o envelhecimento foi visto apenas como um processo de declínio acompanhado de perdas, favorecendo a existência de estereótipos e preconceitos com a pessoa idosa. Entender esse período levando em consideração apenas os aspectos negativos impossibilita a percepção de fenômenos importantes, que são vividos nessa etapa, como a experiência evidenciada por uma visão mais ampla e geral da existência humana. O envelhecimento acontece de forma singular e complexa e não está associado à incapacidade funcional, dependência ou ausência de vivências sociais, pois mesmo diante de perdas, é possível viver esse processo bem-sucedido com boa saúde física e mental e envolvimento com a vida (GATTI; PINTO, 2019).

Para tanto, em 2002, em Madrid, foi realizada a Assembleia Mundial sobre envelhecimento, coordenada pela ONU, cujo tema foi “uma sociedade para todas as idades”. Diretrizes estratégicas foram definidas para orientar na formulação de políticas públicas para a população idosa. O plano de ação evidenciou três prioridades: a necessidade de a sociedade ajustar suas políticas e instituições para que as pessoas idosas sejam uma força produtiva; a promoção da saúde e do bem-estar para todo ciclo de vida; e a criação de contextos que promovam políticas voltadas à família e à coletividade com base no envelhecimento seguro. Desse evento resultaram propostas baseadas em uma nova ideia de velhice, construída no conceito de envelhecimento ativo e saudável (CHINA et al., 2021).

Faleiros (2018) afirma que o envelhecimento é um processo pessoal bem como social e, difere portanto, de época para época. Sendo assim, não é igual para todos os indivíduos e culturas, alcançando não apenas a pessoa, mas também a família e toda a sociedade.

Nesse mesmo sentido, Caparrol et al (2020) aponta que o ser humano envelhece de acordo com cada etapa anterior vivida e reage as angústias e dificuldades de cada uma delas, muitas vezes, da mesma maneira. Os aspectos culturais e sociais são capazes de interferir no envelhecer e no modo como a pessoa idosa irá se estabelecer nesse processo.

Apesar de esse processo estabelecer fenômenos próprios do ser humano, a vivência desse período e a forma como as pessoas idosas lidam com o envelhecimento são influenciadas por aspectos psicossociais, históricos, políticos, econômicos, geográficos e culturais, bem como por diferenças que se relacionam ao contexto de vida cotidiana, às crenças e às características individuais, tornando-o específico e único para cada pessoa (CAPARROL et al., 2020).

Esses aspectos, por muito tempo, não eram considerados pertinentes. Entretanto, com o elevado número de pessoas idosas e o aumento da expectativa de vida, o interesse em compreender o processo de envelhecimento e as relações que o cercam a fim de garantir qualidade de vida a esses indivíduos também aumentou. Nessa perspectiva, faz-se necessário destacar que até meados do século passado, os estudos sobre envelhecimento valorizavam demasiadamente as perdas, os desgastes e a

desvalorização nessa fase da vida, os quais eram considerados como exclusivos dessa idade (FERREIRA; MEIRELES; FERREIRA, 2018).

Como a expectativa de vida foi aumentando, novas pesquisas começaram a mostrar a possibilidade da relação entre os declínios evidenciados na velhice relacionados ao estilo de vida, hábitos e comportamentos adotados durante toda a vida. Assim, detectar as particularidades de um envelhecimento bem-sucedido tem sido o foco de investigação de diversas áreas do saber. Dessa forma, permitir que a própria pessoa idosa seja protagonista desse processo e valorizar suas percepções e dificuldades enfrentadas no cotidiano são estratégias necessárias e eficazes para se obter dados que contribuem de fato para o conhecimento desse fenômeno (OLIVEIRA, 2019).

Nesse contexto, o processo de envelhecimento suscita questionamentos sobre as condições e as expectativas de vida dos diferentes grupos sociais, o que contribui para o entendimento dessa etapa diante das modificações da sociedade moderna e valoriza o conhecimento e as experiências das pessoas idosas. Além disso, permite que políticas públicas sejam formuladas para o enfrentamento das novas demandas decorrentes das mudanças que esse fenômeno desencadeia, pois os idosos devem ter garantias plenas de direitos fundamentais, para que possam envelhecer com dignidade (FERMENTÃO; THOMAZINI, 2021).

3.2 A VELHICE

Embora o envelhecimento se caracteriza por um processo continuado, sendo inseparável da condição humana, ser velho ou estar velho é um estágio de vida pessoal e social caracterizado pelo avanço da idade, bem como por suas condições socioculturais (DARDENGO; MAFRA, 2018).

No que se refere à sua heterogeneidade, a velhice é complexa, dada a combinação de perdas e ganhos, assim como a inexistência de uma resposta social única, pois o significado de ser velho se relaciona a crenças e a valores culturais na sociedade contemporânea (FALEIROS, 2018).

Nesse sentido, é possível dizer que há muitos padrões de envelhecimento e diversas formas de vivê-lo, cujos aspectos de natureza fisiológica, patológica, psicológica, social, cultural, ambiental e econômica devem ser amplamente considerados, pois cada pessoa idosa é um ser único (CHINA et al., 2021).

Assim, a velhice é caracterizada pela maneira que uma sociedade determina e compreende o envelhecimento e isso é mais evidente do que a própria percepção da pessoa idosa, situação que nem sempre corresponde de fato ao seu estado de velhice (FALEIROS, 2018).

Considerando os termos velhice e envelhecimento, destaca-se que, enquanto este é um processo fisiológico de modificações do ser humano devido ao tempo, aquele é um fenômeno universal, em que as características pessoais e a influência do meio são decisivas para o envelhecer. Por isso, é possível

concluir que o termo velhice foi construído pela sociedade, logo pode ser evidenciado como uma invenção social (DARDENGO; MAFRA, 2018).

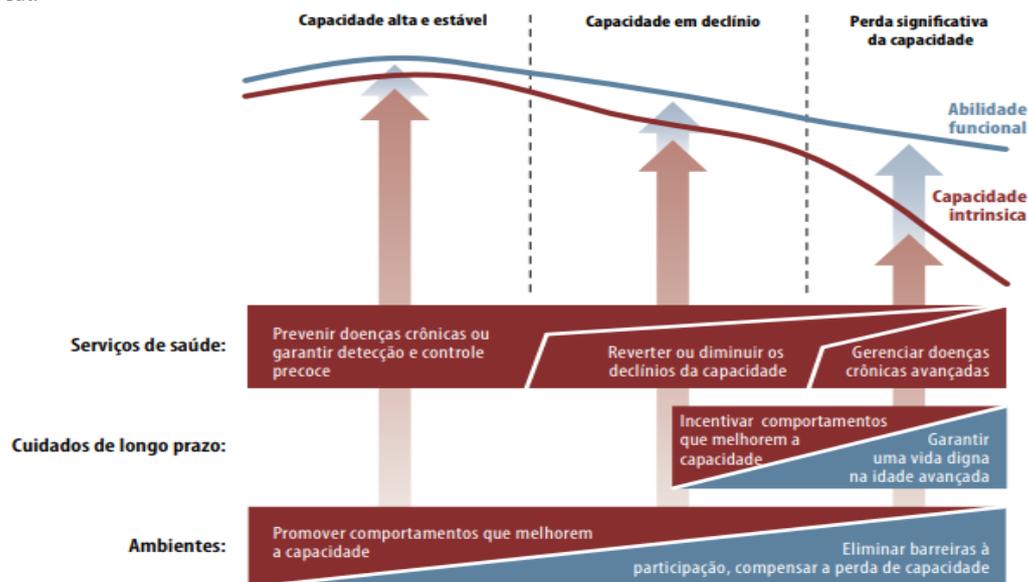
Desse modo, conceituar envelhecimento é uma tarefa difícil e complexa. Não obstante, é importante considerá-lo em sua totalidade, uma vez que além de ser um processo biológico, é multifacetado, pois envolve questões sociais e culturais vivenciadas por gerações em diversos contextos e circunstâncias (BARRETO; CHAVES, 2020).

Essa complexidade nos estados de saúde e funcional vista nas pessoas idosas suscita questões fundamentais, como medir e como promover. Portanto, são necessários novos conceitos determinantes não apenas pela presença ou ausência de doença, mas também como essas condições impactam o funcionamento e o bem-estar do indivíduo. Avaliações extensivas desses estados de saúde são preditores excelentes de sobrevida e outros resultados precisam ser analisados além da presença de doenças individuais ou mesmo o grau de comorbidades (BARRETO; CHAVES, 2020).

Diante disso, é preciso considerar que à medida que as pessoas envelhecem, suas necessidades de saúde estão propícias a serem mais crônicas e complexas. Por isso, os serviços de saúde que englobam demandas multidimensionais da idade avançada de maneira integral são mais efetivos que aqueles que simplesmente reagem de forma independente diante de doenças específicas. Todavia, pessoas idosas, muitas vezes, se deparam com serviços que foram planejados para tratar condições ou sintomas agudos. Como resultado, lidam com problemas de saúde de maneira desconexa e fragmentada. Isso favorece uma assistência falha, pois não atende as necessidades próprias do envelhecer, tendo como resultado grandes custos não apenas para os indivíduos, mas também para o sistema de saúde. Assim, promover o envelhecimento saudável significa na prática acesso integral voltado às necessidades individuais (OMS, 2015).

Para tanto, é preciso implementar novas abordagens para oferecer cuidados holísticos para as pessoas idosas. Essas abordagens permitirão alinhar os sistemas de saúde às necessidades desses indivíduos, a saber: desenvolver e garantir acesso a serviços que garantam cuidados centrados e integral; orientar sistemas com ênfase nas capacidades intrínsecas; e assegurar a existência de uma força de trabalho de saúde efetiva e bem treinada (OMS, 2015).

Figura 1- Um quadro de saúde pública para o envelhecimento saudável: oportunidades para ação de saúde pública durante o curso da vida



Fonte: OMS (2015)

3.3 A SAÚDE DA PESSOA IDOSA NO PACTO PELA SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS), ao longo de sua história, teve inúmeros avanços, mas também desafios, exigindo dos administradores constantes mudanças e inovações. Assim, na perspectiva de superar as dificuldades, os gerentes do SUS firmaram o compromisso da construção do pacto pela saúde, dando destaque nas necessidades de saúde da população com definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes, que são: pacto pela vida, pacto em defesa do SUS e pacto de gestão do SUS (BRASIL, 2006b).

O pacto pela vida é evidenciado por um conjunto de compromissos sanitários e de prioridades definidas pelos gestores das três esferas de governo, as quais devem ser executadas com foco em resultados. Dentre as prioridades, destaca-se a saúde da pessoa idosa, que deve seguir as seguintes diretrizes: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada à saúde; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; implantação de serviços de atenção domiciliar; acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde; fortalecimento da participação social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde; e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006b).

Para tal, foram evidenciadas sete ações estratégicas para o alcance dos compromissos pactuados: caderneta de saúde da pessoa idosa para possibilitar um acompanhamento melhor por parte

dos profissionais de saúde; manual de Atenção Básica e saúde para a pessoa idosa com ênfase nas diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; programa de educação permanente à distância voltado a profissionais da Atenção Primária; acolhimento para o enfrentamento das dificuldades de acesso; assistência farmacêutica objetivando o acesso da população idosa; atenção diferenciada na internação com avaliação geriátrica global; e atenção domiciliar devido ao efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação (BRASIL, 2006b).

O pacto em defesa do SUS abrange ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas, com o intuito de fortalecer o sistema como uma política de Estado na defesa dos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, além de estabelecer o compromisso de todas as esferas de governo com o seu financiamento (MENICUCCI; COSTA; MACHADO, 2018).

O pacto de gestão determina as principais responsabilidades, políticas e metas pactuadas em cada ente de governo, de modo a deixar mais evidente as competências que cada um possui e consolidar a gestão compartilhada e solidária do sistema público de saúde (SOUZA, 2018).

É notório que a publicação do pacto pela vida, sobretudo no que se refere à saúde da pessoa idosa, representa um importante avanço. Não obstante, ainda existe muita coisa há se fazer, para que o serviço de saúde dê respostas efetivas às necessidades e demandas desses indivíduos, devido à heterogeneidade e à diversidade de questões apresentadas (BRASIL, 2006c).

Com isso, o objetivo final deve ser uma atenção à saúde adequada e digna para a pessoa idosa, principalmente para aqueles que tiveram, por razões distintas e específicas, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que limitaram o seu bem-estar (BRASIL, 2006c).

3.4 ATENÇÃO INTEGRAL E INTEGRADA À SAÚDE DA PESSOA IDOSA NO CONTEXTO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

A atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa deve ser organizada no modelo de uma linha de cuidados, com ênfase no indivíduo, fundamentado nos seus direitos, necessidades, preferências e habilidades. Dessa forma, precisa estabelecer fluxos bidirecionais efetivos, com o intuito de aumentar e facilitar o acesso a todos os níveis de atenção, esses, por sua vez, devem ser estruturados de condições essenciais, ou seja, infraestrutura física apropriada, insumos e pessoal qualificado para a eficiente qualidade técnica (BRASIL, 2006c).

Para isso, é preciso também instituir instrumentos gerenciais de acordo com o levantamento de dados a respeito da capacidade funcional e sociofamiliares da pessoa idosa, para favorecer a participação de profissionais de saúde e usuários na implementação de planos de ações para enfrentar as dificuldades que se relacionam com a complexidade de saúde desse indivíduo (BRASIL, 2006c).

Além disso, é necessário incorporar, na atenção primária, mecanismos que favoreçam a melhoria da qualidade e a resolutividade da assistência à pessoa idosa, por meio do envolvimento dos

profissionais desse nível de atenção, da atenção domiciliar e da atenção ambulatorial, garantindo um cuidado efetivo centrado na pessoa, família e comunidade (BRASIL, 2006c).

Nesse contexto, deve-se abranger também a atenção especializada, a fim de fortalecer as ações voltadas à pessoa idosa, mediante a reestruturação e implementação das redes de atenção à saúde, objetivando a integração adequada, com vistas à integralidade do cuidado. Para tal, é preciso reconhecer a importância da referência e contrarreferência e consolidar modalidades de atendimento que consideram as necessidades da população idosa, contemplando a rede hospitalar e demais especialidades disponíveis no sistema de saúde, caso necessário, pois é imperativo aproveitar as oportunidades que reduzam as hospitalizações e aumentem as possibilidades para o autocuidado (BRASIL, 2006c).

No contexto em que a atenção de urgência e emergência se fizer necessária, é vital o uso de dispositivos e tecnologias que evitem as hospitalizações sucessivas e garantam a resolutividade dos tratamentos dos pacientes adultos e idosos (LIMA et al., 2022).

Nessa perspectiva, tem-se o hospital amigo do idoso que é fundamentado no relatório de Centros de Atenção Básica Amigos do Idoso, publicado em 2004 pela OMS, cujo preceito principal é garantir dignidade ao paciente idoso e seus familiares durante o tratamento (FIOCRUZ, 2019).

Além disso, é firmado no conceito do envelhecimento ativo, sendo evidenciado pelo processo de otimização das oportunidades de saúde, participação, aprendizado ao longo da vida e segurança, com vistas a proporcionar qualidade de vida à medida que o indivíduo envelhece (FIOCRUZ, 2019). Ainda, como destaca o estatuto da pessoa idosa e reforçado no pacto nacional dos direitos da pessoa idosa, o envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social (BRASIL, 2003).

3.5 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: UMA ESTRATÉGIA VOLTADA À SEGURANÇA DA PESSOA IDOSA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Ao analisar a produção teórica e o contexto histórico que foi implantada a educação permanente no país na década de 1960, Paiva (1985), a descreve como um procedimento de ideologia do Estado capaz de instigar nos trabalhadores o interesse de buscar novas maneiras de trabalho centradas nas necessidades do capitalismo tardio.

Com isso, a educação permanente passa a ser disseminada pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), no final da década de 1960, sendo vista como um instrumento pedagógico capaz de colocar o cotidiano do trabalho em verificação, mediante a problematização de situações reais vivenciadas pelos indivíduos em diversos contextos e territórios (JESUS; RODRIGUES, 2022).

Quanto à Educação Permanente em Saúde (EPS), há relatos do seu surgimento em meados da década de 1980, sendo expandida pelo Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS. A referida organização difere os termos educação permanente e educação continuada, sendo que esta orienta processos significativos de aprendizado com foco na efetividade dos resultados (BARCELLOS et al., 2020).

Nessa perspectiva, é importante mencionar que o alvo do processo pedagógico da EPS é refletir acerca do trabalho, para identificar as dificuldades e implicações que dele surgem, a fim de transformar a realidade encontrada e melhorar a assistência prestada aos usuários (CAVALCANTI; GUIZARDI, 2018).

Nesse sentido, o artigo 200 da Constituição Federal de 1988 estabelece que ao SUS cabe, além de outras atribuições, organizar a formação de recursos humanos no contexto da saúde (BRASIL, 1988). Assim, a formação dos profissionais passou a ser vista como fundamental para consolidar a reforma sanitária brasileira. Dessa forma, em 2003, foi criada no MS, a Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), que pactuou responsabilidade de formular políticas que orientem a gestão, a formação, a qualificação e a regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil (BRASIL, 2018).

Frente a isso, torna-se oportuno conceituar a educação na saúde, visto que é frequente seu uso como sinônimo de educação em saúde e educação para a saúde. Assim, a educação na saúde se relaciona com a produção e sistematização de conhecimentos voltados à formação e ao desenvolvimento, cuja proposta é atuar na saúde, por meio de práticas de ensino, didática e abordagem curricular. Dessa forma, é reconhecida como educação no trabalho em saúde e possui duas modalidades, isto é, educação continuada e a educação permanente em saúde (BRASIL, 2012).

A educação continuada abrange ações que demandam período determinado para execução e utiliza, na maioria das vezes, métodos de ensino tradicional, tendo como exemplo as ofertas formais nos níveis de pós-graduação. Refere-se ainda às atividades educacionais que têm como meta a promoção de aquisição sequencial e acumulativa de elementos técnicos-científicos pelo trabalhador, mediante práticas de escolarização de cunho formal, assim como experiências no cenário de atuação profissional, no contexto institucional ou até mesmo externo a ele (BRASIL, 2012).

No que se refere à EPS, o MS a define como aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar são práticas incorporadas no cotidiano das organizações e do trabalho. Com isso, a EPS está baseada no aprendizado significativo e na possibilidade de transformar as ações profissionais no cotidiano do trabalho. Logo, caracteriza-se como uma vertente educacional cujas potencialidades estão ligadas a elementos e temáticas que possibilitam construir reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, mediante proposta de

aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como protagonista de aprendizagem individual, coletiva e institucional (BRASIL, 2018).

Nessa perspectiva, a EPS como ferramenta que favorece a análise crítica e a construção de conhecimento acerca da realidade local, deve ser evidenciada e adaptada de acordo com a situação de saúde encontrada em cada nível de complexidade do sistema de saúde (BRASIL, 2018).

Nessa idealização político-ideológica, em que a condução está operacionalizada no contexto local da região de saúde, os sujeitos devem refletir de modo contínuo sobre a realidade imposta, para então, buscar soluções criativas que superem os problemas de saúde, tendo por consequência a qualificação das ações voltada a aumentar a resolubilidade e a eficiência do sistema de saúde (DERMINDO; GUERRA; GONDINHO, 2020).

Nesse sentido, verificou-se que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde favoreceu avanços relativos à educação na saúde, por isso, requer esforços na articulação de parcerias institucionais entre serviço e ensino, com ênfase no diálogo compartilhado. Com isso, a ideia é fortalecer a EPS, visto que norteia novas práticas que orientam a reflexão acerca do aprendizado colaborativo e significativo, com o propósito de favorecer o trabalho em equipe, a gestão participativa e a corresponsabilização nos processos, cujo intuito final é alcançar os objetivos estratégicos do SUS (BRASIL, 2018).

Essas novas práticas são pensadas para oferecer aos que precisam uma assistência integral, equitativa e resolutiva. Com isso, a promoção da segurança do paciente nos serviços de saúde tem se destacado nos últimos anos, pois é uma estratégia que visa à qualidade das ações (ARAÚJO et al., 2019). À vista disso, quando o assunto se relaciona à segurança da pessoa idosa, verificou-se que essa estratégia é ainda mais necessária, e portanto, deve ser perseguida de forma compartilhada. Assim, o cuidado seguro deve ser valorizado, pois além de ser um direito do indivíduo, é um compromisso ético dos profissionais envolvidos no processo.

3.6 ERROS, EVENTOS ADVERSOS E ESTRATÉGIAS PARA A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE

O erro ou incidente pode ser denominado como uma situação ou circunstância que poderia ter resultado ou resultou em dano desnecessário para o indivíduo, podendo ser de natureza intencional ou não. Assim, quando o dano não atinge a pessoa, ou quando este é identificado antes, é conceituado de *near miss* (quase erro). Por outro lado, quando atinge, mas não causa danos, é caracterizado como incidente sem dano. Já quando ocorre o dano, é evidenciado por incidentes com dano ou evento adverso (BRASIL, 2013b).

Nesse contexto, os eventos adversos expressam a forma mais simples de se reconhecer o erro quantitativamente, uma vez que causam danos e são mais facilmente reconhecidos, estando presente em aproximadamente 10% das admissões hospitalares (MAIA et al., 2018).

Estudo quantitativo, exploratório e descritivo, realizado em um hospital público, referência cardiovascular em Santa Catarina, no período de setembro de 2014 a setembro de 2015, concluiu que os eventos adversos ainda são muito frequentes em serviços de internação hospitalar, o que aumenta o tempo de permanência e expõe o paciente a novos riscos (LANZONI et al., 2019).

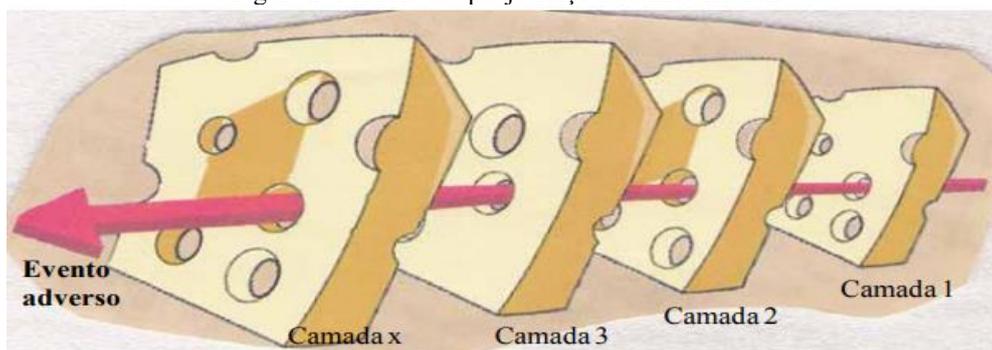
Ao evidenciar essa questão, o intuito é promover uma assistência efetiva, porém falhas e incidentes podem ocorrer durante o processo, visto que o erro envolve situações complexas, mostrando que as ações planejadas não ocorreram como previsto ou o planejamento foi inadequado conforme o objetivo pretendido. Sendo assim, importa mencionar que o cuidado seguro deve ser perseguido não apenas pelos profissionais de saúde, mas também pelos usuários e gestores (COSTA et al., 2022).

Nesse contexto, James Reason com o propósito de entender os mecanismos relacionados ao comportamento humano quando ocorre um erro, utilizou de forma ampla, os conceitos fator humano e erro humano. O referido autor demonstrou que o erro é inerente à falha do sistema, portanto, deve ser abordado de maneira ampliada (REASON, 2000).

A compreensão, que envolve os fatores relacionados com o evento adverso na concepção de James Reason, é conhecida como a teoria do “queijo suíço”, visto que faz uma comparação das fragilidades do sistema de saúde aos buracos do queijo. Assim, cada buraco representa uma etapa desse complexo sistema, a saber: fonte do problema; falhas ativas; e falhas latentes. Em unidade hospitalar, essas falhas podem estar relacionadas ao ambiente de trabalho, à supervisão ineficiente, à falta de treinamento ou formação deficitária, ao estresse, à sobrecarga de atividades e ao sistema de comunicação comprometido (BRASIL, 2014b).

A figura 2 mostra o modelo do queijo suíço e aponta uma abordagem integral com intuito de administrar tanto o erro quanto a falha. Demonstra que na ausência de camadas de queijo (barreiras) há comunicação entre os buracos. Assim, as barreiras que permitem que o risco não atinja o indivíduo estão relacionadas a profissionais atualizados, ao uso de protocolos clínicos e de check list cirúrgico, aos protocolos de higiene das mãos, a dose unitária de medicamentos, dentre outras (BRASIL, 2014b).

Figura 2- Modelo do queijo suíço de James Reason



Fonte: REASON (2000)

Esse autor parte da premissa que não se podem eliminar falhas humanas e técnicas, visto que errar é humano. Contudo, existem elementos capazes de evitá-las e atenuar os eventos adversos. Para tanto, é preciso encontrar um ambiente favorável às mudanças (REASON, 2000; BRASIL, 2014b).

O princípio que orienta a referida abordagem é que os incidentes não são causados por más pessoas e sim por serviços que foram mal planejados e, portanto, trazem resultados insatisfatórios. Isso está transformando o conceito do erro individual pelo foco nas não conformidades do sistema. Não obstante, o cerne da segurança do paciente está na implementação de práticas seguras, uma vez que é evidente que atingir um alto nível de segurança nas instituições de saúde requer muito mais (BRASIL, 2014b).

Com isso, várias concepções têm surgido, por exemplo, o reconhecimento de maior engajamento dos indivíduos no seu cuidado e a necessidade de transparência nas ações de saúde. Dessa maneira, para favorecer a cultura de segurança, são requeridas seis grandes mudanças, quais sejam: é preciso mudar a busca de erros como falhas individuais, a fim de entendê-las como causadas por inconsistência do sistema; é necessário sair de um cenário punitivo para uma cultura justa; é imprescindível converter o sigilo em transparência; é indispensável o cuidado centrado na pessoa e não no médico; é fundamental adotar modelos de assistência que preservem a atuação profissional interdependente, colaborativa e interprofissional; e é vital que a prestação de contas seja global e mútua, logo não pode ser do topo para a base (BRASIL, 2014b).

No que se refere às limitações encontradas para desenvolver estratégias de segurança na concepção dos profissionais, estas abrangem a barreira institucional; a inadequação da organização e a da infraestrutura; a variabilidade clínica; a deficiência de protocolo e de liderança; a falta de recursos humanos e materiais; o excesso de cobrança; a ausência de incentivos e de motivação; e a inexistência de indicadores efetivos de segurança (ARAÚJO et al., 2019). A ocorrência dessas questões acarreta impactos negativos não apenas para a pessoa, mas também para a família e coletividade, pois os danos causados podem comprometer aspectos físicos, sociais e psicológicos.

Nesse sentido, os serviços de saúde devem organizar o sistema de modo seguro para minimizar os erros. Contudo, diante de um incidente, é necessário considerar que a causa para isso é de natureza multifatorial. Então, os profissionais ficam mais propensos a cometê-los na vigência de processos complexos e mal planejados. Dessa maneira, todas as causas precisam ser analisadas, com ênfase em minimizar esses eventos, melhorando assim, a qualidade da assistência oferecida (RESENDE et al., 2020).

A ausência de conhecimento acerca dos eventos adversos e de suas causas impede que medidas efetivas sejam planejadas e implementadas, o que fragiliza a gestão do cuidado e coloca em risco a segurança do indivíduo. Sendo assim, mecanismos que inibem essas situações precisam ser incentivados para garantir uma assistência segura e de qualidade (RESENDE et al., 2020).

Nos serviços de saúde, a segurança do paciente representa um dos mais complexos desafios voltados à excelência da qualidade, visto que o ambiente, as responsabilidades, a organização e a tecnologia podem interferir nessa relação e prejudicar o processo de cuidar (DOO; KIM, 2020).

É evidente que os profissionais exercem atividades que podem desencadear erros na assistência. Dessa forma, as ações devem estar pautadas em atitudes e habilidades com vistas às mudanças na cultura de segurança do paciente em todos os níveis de assistência, por meio da adoção de práticas baseadas em evidência (SIMSEKLER et al., 2020). Nesse contexto, é preciso planejar ações direcionadas à segurança do paciente e permitir que o local de trabalho seja um provedor de saúde tanto individual quanto coletivo.

Por fim, dentro dessa temática, o quadro 1 resume alguns conceitos-chave da Classificação Internacional de Segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2014a).

Quadro 1- Alguns conceitos-chave sobre segurança do paciente

Segurança do paciente	Reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
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.
Risco	Probabilidade de um incidente ocorrer.
Incidente	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
Circunstância Notificável	Incidente com potencial dano ou lesão.
<i>Near miss</i>	Incidente que não atingiu o paciente.
Incidente sem lesão	Incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano.
Evento Adverso	Incidente que resulta em dano ao paciente.

Fonte: BRASIL (2014a)



3.7 NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O núcleo de segurança do paciente é uma instância concebida para possibilitar e apoiar a implementação de estratégias seguras, por isso, é um componente importante para a qualidade das ações que serão desenvolvidas nos serviços de saúde (BRASIL, 2013b).

Nesse sentido, um dos objetivos desse núcleo é promover iniciativas seguras em diversas áreas de atenção, mediante a implantação da gestão de riscos nos estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2013a). Também integra as variadas instâncias e considera o indivíduo como sujeito final do cuidado, independente do processo que ele for submetido. Para isso, articula as informações que impactem nos incidentes em saúde (BRASIL, 2016).

Dessa maneira, esses núcleos devem ser organizados nos serviços de saúde públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, bem como naqueles que exercem atividades voltadas ao ensino e a pesquisa (BRASIL, 2013b). Assim, não apenas os hospitais, mas também as unidades e serviços especializados de diagnóstico e tratamento, por exemplo, diálise, endoscopia, radiodiagnóstico, medicina nuclear e radioterapia devem estruturar esses núcleos (BRASIL, 2016).

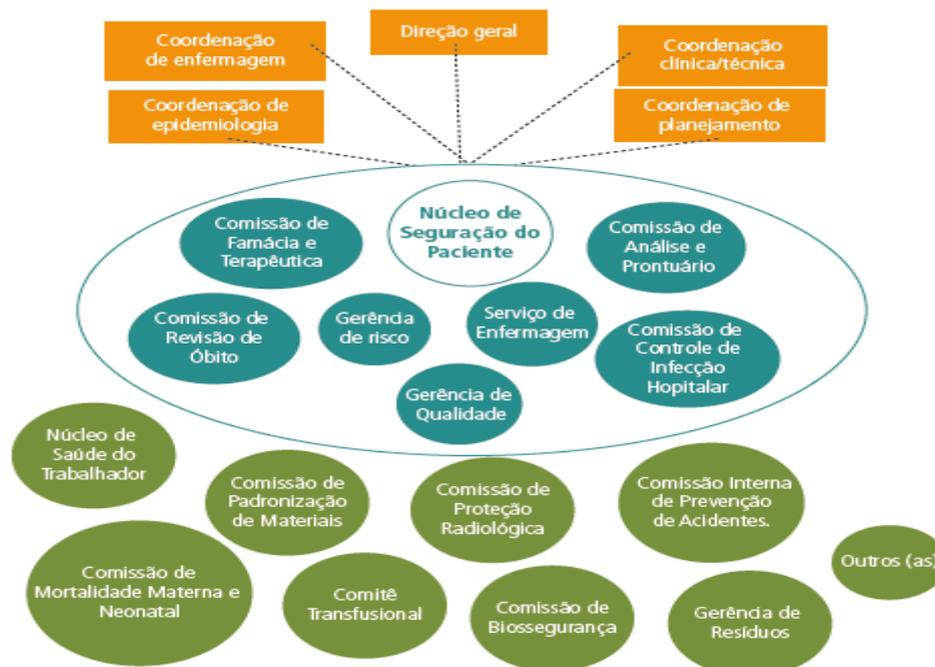
Entretanto, os consultórios individualizados, os laboratórios clínicos, os serviços móveis e os de atenção domiciliar, as instituições de longa permanência para pessoas idosas e aquelas que prestam serviços de atenção a indivíduos com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas estão excluídos da observância dessa norma (BRASIL, 2013b).

Em oposição, observou-se que os incidentes que se relacionam com a assistência e os eventos adversos podem ser identificados em todos os serviços de saúde e mesmo as instituições que não estão incluídas na estruturação de um núcleo podem estabelecer estratégias que visem à segurança do paciente (BRASIL, 2013b).

Dessa maneira, recomendou-se que o núcleo adote os seguintes princípios e diretrizes: a melhoria continuada dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde; a propagação integral da cultura de segurança; a articulação e a sistematização das ações de gestão de risco; e a proteção das boas práticas para que o serviço de saúde funcione dentro da sua abrangência de atuação (BRASIL, 2013b).

Para isso, o núcleo deve atuar com uma equipe multiprofissional, minimamente composta por médico, farmacêutico e enfermeiro. Esses indivíduos precisam conhecer conceitos de melhoria de qualidade e de segurança, assim como ferramentas que gerenciem os riscos em serviços de saúde. Orienta-se que esse núcleo deve ser constituído preferencialmente por pessoas que conheçam os processos de trabalho da instituição e que tenham espírito de liderança (BRASIL, 2013b).

Figura 3- Modelo de composição do Núcleo de Segurança do Paciente em serviço de saúde



Legenda: Azul: composição do NSP; verde: instâncias consultivas
 Fonte: BRASIL (2016a)

4 CONCLUSÃO

O envelhecimento é um processo que exige atenção à saúde com vistas à individualidade e especificidade. Assim, é preciso considerar um novo cenário de prática que favoreça a segurança da pessoa idosa nos serviços de saúde, para que esses indivíduos sejam vistos em sua totalidade. Portanto, deve-se investir em programas de educação permanente, para que os profissionais de saúde possam atuar com protagonismo e autonomia.

Com planejamento, gestão compartilhada e boa vontade, é possível instituir serviços de saúde com práticas gerenciais seguras e eficazes, compatíveis com as necessidades das pessoas idosas, visto ser um direito do indivíduo e um compromisso ético dos profissionais envolvidos no cuidar.

Não há dúvidas que existem desafios, mas estes devem ser vistos como pontos de partida para mudança nos serviços de saúde. Dessa forma, espera-se, com este estudo, proporcionar subsídios e fundamentos para que a assistência a pessoas idosas seja segura, equânime e integral. Além disso, pretende-se despertar o interesse de pesquisadores, profissionais de saúde e acadêmicos acerca deste tema, a fim de oferecer cuidados adequados ao longo do processo que envolve o envelhecer.



REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L. U. et al. Segurança do paciente e polimedicação na Atenção Primária à Saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 27, n. 1, p. 1-11, 2019.

BARCELLOS, R. M. S. et al. Educação permanente em saúde: práticas desenvolvidas nos municípios do estado de Goiás. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, v.18, n. 2, p. 1-14, 2020.

BARRETO, G. S.; CHAVES, L. V. F. A busca incessante de procedimentos estéticos para um envelhecimento natural e saudável. *Revista Saúde e Ciência*, v. 9, n. 2, p 150-156, 2020.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 24 fev. 2024.

BRASIL. Lei 10.741, de 1º de outubro 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em: 24 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 14 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 399, de 22 de fevereiro de 2006b. Divulga o pacto pela saúde 2006-consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 14 fev. 2024.

BRASIL. Portaria 2.528 de 19 de outubro de 2006c. 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: 11 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 2012. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_gestao_trabalho_educacao_saude_2ed.pdf. Acesso em: 01 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, DF, 2013a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 01 fev. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. 2013b. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e. Acesso em: 12 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em:



https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 01 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente/Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde; 2014b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 29 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Implantação do núcleo de segurança do paciente nos serviços de saúde, 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: 12 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. O que se tem produzido para seu fortalecimento? 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 02 fev. 2024.

BRASIL. Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa, 2021. Documento Técnico. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/pessoa-idosa/copy3_of_CartilhaEstratgiarevisada.pdf. Acesso em: 15 fev. 2024.

CAPARROL, A. J. S. et al. Processo de envelhecimento. Editora RiMa, 2020.

CAVALCANTI, F. A. L.; GUIZARDI, F. L. Educação continuada ou permanente em saúde? Análise da produção Pan-Americana da saúde. Revista Trabalho, Educação e Saúde, v. 16, n. 1, p. 99- 122, 2018.

CHINA, D. L. et al. Envelhecimento Ativo e Fatores Associados. Revista Kairós-Gerontologia, v. 24, n. 29, p. 141-156, 2021.

COSTA, F. A. V. et al. Segurança do paciente e práticas de enfermagem na garantia de uma assistência à saúde qualificada. Research, Society and Development, v. 11, n. 10, p. 1-8, 2022.

DARDENGO, C. F. R.; MAFRA, S. C. T. Os conceitos de velhice e envelhecimento ao longo do tempo: contradição ou adaptação? Revista de Ciências Humanas, v. 18, n. 2, p. 1-23, 2018.

DERMINDO, M. P.; GUERRA, L. M.; GONDINHO, B. V. C. O conceito eficiência na gestão da saúde pública brasileira: uma revisão integrativa da literatura. J. Manag Prim Health Care, v. 1, n. 1, p. 1-17, 2020.

DOO, E. Y.; KIM, M. Effects of hospital nurses' internalized dominant values, organizational silence, horizontal violence, and organizational communication on patient safety. Research in Nursing & Health, v. 43, n. 5, p. 499-510, 2020.

FALEIROS, V. P. Desafios do envelhecimento: Vez, sentido e voz. Editora Universa, 2018.

FERMENTÃO, C. A. G. R.; THOMAZINI, M. C. A relevância dos direitos dos idosos no século xxi: sob o panorama do expressivo crescimento populacional. Revista da faculdade de direito da UERJ, v. 1, n. 40, p. 0127-0142, 2021.



FERREIRA, L. K.; MEIRELES, J. F. F.; FERREIRA, M. E. C. Avaliação do estilo e qualidade de vida em idosos: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 21, n. 5, p. 639-651, 2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. FIOCRUZ. Projeto Hospital Amigo do Idoso, 2019. Disponível em: <https://saudedapessoaidosa.fiocruz.br/projeto-hospital-amigo-do-idoso>. Acesso em: 26 jan. 2024.

GATTI, M. C.; PINTO, M. J. C. Velhice ativa: a vivência afetivo-sexual da pessoa idosa. *Revista Vínculo*, v.16, n. 2, p. 1-10, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE, 2020. Expectativa de vida. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/busca.html?searchword=expectativa+de+vida>. Acesso em: 10 fev. 2024.

JESUS, J. M.; RODRIGUES, W. Trajetória da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, v. 20, n. 1, p. 1-13, 2022.

LANZONI, G. M. M. et al. Eventos adversos e incidentes sem dano em unidades de internação de um hospital especializado em cardiologia. *Revista Mineira de Enfermagem*, v.23, n. 1, p. 1-8, 2019.

LIMA, A. L. S. et al. O uso da tecnologia como ferramenta de assertividade no cuidado de urgência e emergência. *Revista Ciências Biológicas e de Saúde*, v. 7, n. 3, p. 79-94, 2022.

MAIA, C. S. et al. Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saude*, v. 27, n. 2, p. 1-10, 2018.

MENICUCCI, T.; COSTA, L.; MACHADO, J. A. Pacto pela Saúde: aproximações e colisões na arena federativa. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 1, p. 29-40, 2018.

OLIVEIRA, J. I. S. Envelhecimento bem-sucedido e envolvimento social: um estudo em Universidades Sênior. Dissertação (Mestrado). 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. Relatório mundial de envelhecimento e saúde. 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6. Acesso em 11 fev. 2024.

PAIVA, V. Educação permanente: ideologia educativa ou necessidade social? In: PAIVA, V.; RATTNER, H. Organizadores. *Educação permanente e capitalismo tardio*. São Paulo: Cortez; 1985. p. 67-97.

REASON, J. Human error: models and management. *Brit. Med. J.*, v. 320, p. 768-770, 2000.

RESENDE, A. L. C. et al. A importância da notificação de eventos adversos frente à segurança do paciente e à melhoria da qualidade assistencial: uma revisão bibliográfica. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 1, n. 39, p. 1-7, 2020.

RIBEIRO, J. L. P. Revisão de Investigação e Evidência Científica. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, v. 15, n. 3, p. 671-682, 2014.

SILVA, R. M. et al. Desafios e possibilidades dos profissionais de saúde no cuidado do idoso dependente. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 1, p. 89-98, 2021.



SIMSEKLER, M. C. E. et al. Evaluation of patient safety culture using a random forest algorithm. *Reliability Engineering and System Safety*, v. 204, n. 1, p. 1-9, 2020.

SOUSA, L. M. M. et al. Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, v. 1, n.1, p. 45-54, 2018.

SOUSA, M. C. et al. O envelhecimento da população: aspectos do Brasil e do mundo, sob o olhar da literatura. *Braz. J. of Develop.*, v. 6, n. 8, p. 61871-61877, 2020.

SOUZA, C. Coordenação de políticas públicas. Brasília: Enap, 2018.