



Qualidade da atenção aos idosos: risco de lesão por pressão como condição marcadora

Quality of care for the elderly: pressure injury risk as a marking condition

Viviani Camboin Meireles¹, Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera¹

Objetivo: analisar a qualidade dos cuidados prestados na atenção primária à saúde aos idosos frágeis com risco para lesão por pressão. **Métodos:** estudo de caso múltiplo. Participaram da pesquisa 16 idosos e seu cuidador familiar e dez profissionais de saúde. **Resultados:** entre as não conformidades estão a inexistência do rastreamento do grau de fragilidade e avaliação multidimensional dos idosos; a ausência de avaliação de risco de lesão por pressão; a escassez de recursos materiais, humanos; a falta de apoio aos cuidadores familiares; a demora no atendimento das necessidades de dispositivos para mobilização; o *deficit* de conhecimento por parte dos profissionais e cuidadores. **Conclusão:** o estudo concluiu que a condição marcadora é uma ferramenta que avalia o percurso do cuidado e, em se tratando do idoso frágil com risco para lesão por pressão, as fragilidades vão desde o conhecimento profissional até práticas sistemáticas que incluem a rede de cuidados.

Descritores: Qualidade da Assistência à Saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde do Idoso; Lesão por Pressão.

Objective: to analyze the quality of care provided in primary health care to frail elderly individuals at risk of pressure injury. **Methods:** multiple case study. Sixteen elderly and their family caregivers and ten health professionals participated in the study. **Results:** among nonconformities were the non-realization of screening of the degree of frailty and multidimensional evaluation of the elderly; absence of pressure injury risk assessment; scarcity of material and human resources; lack of support for family caregivers; delay in meeting the needs of equipment for mobilization; lack of knowledge on the part of professionals and caregivers. **Conclusion:** the study led to the conclusion that the marker is a tool that evaluates the course of care and, in the case of frail elderly people with risk for pressure injury, and fragilities range from professional knowledge to systematic practices that include the care network.

Descriptors: Quality of Health Care; Primary Health Care; Health of the Elderly; Pressure Ulcer.

¹Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR, Brasil.

Autor correspondente: Viviani Camboin Meireles
Universidade Estadual de Maringá, bloco 01, CEP: 87020900. Maringá, PR, Brasil. E-mail: vivianimeireles@gmail.com

Introdução

A lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes que, geralmente, aparece sobre proeminência óssea e pode estar relacionada ao uso de dispositivo médico ou outro artefato⁽¹⁾. Esse tipo de lesão não só pode causar dor e desconforto, como também aumenta a morbimortalidade, principalmente entre idosos. Decorre disso um tratamento oneroso e aumento da carga de trabalho da equipe de saúde e cuidador, por isso esse tipo de lesão merece atenção para sua prevenção. No Brasil, dados relativos à lesão por pressão no domicílio apontam que há entre 41,2% e 59,0% de risco para seu desenvolvimento, com prevalência entre oito e 23,0%⁽²⁾.

Muito se tem discutido sobre a prevenção de lesão por pressão nos serviços de alta e média complexidade. O cuidado deve ser realizado igualmente na atenção primária à saúde, sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família, a partir de diretrizes já estabelecidas para a atenção domiciliar⁽³⁾. Lembre-se, ainda, que o Protocolo de Prevenção de Úlcera por Pressão⁽²⁾ provê recomendações a serem aplicadas a todos os indivíduos que estejam em risco de desenvolver lesões dessa natureza em distintos ambientes de cuidados, como o domicílio.

A presença de lesão por pressão é um indicador negativo de qualidade da assistência prestada, sendo avaliada internacionalmente como um evento adverso, e representa importante desafio para o cuidado em saúde⁽⁴⁾. Recomenda-se ao enfermeiro a utilização da escala de Braden para identificação precoce das pessoas em risco de lesão por pressão⁽⁵⁾, o que é fundamental para uma abordagem sistemática de prevenção e cuidados apropriados.

Neste trabalho, a partir da identificação do risco de lesão por pressão, considerada aqui como uma condição marcadora da qualidade da assistência prestada, foi traçado o cuidado provido aos idosos frágeis e de risco, o que permitiu avaliar múltiplos aspectos do cuidado para além da lesão por pressão, denominados como não conformidades⁽⁶⁾. O método tracer, tam-

bém denominado de método traçador ou rastreador das falhas dos processos, utiliza uma atividade típica do sistema de saúde para avaliar a assistência prestada a uma determinada condição marcadora⁽⁷⁾. Inclui-se analisa a resolutividade, uso adequado de exames complementares, acesso a medicamentos e a outros níveis de atenção à saúde.

A condição marcadora a ser traçada deve ser escolhida entre as quais há programas já consolidados cujas normas de assistência conseguiram a aprovação consensual pelos profissionais de saúde⁽⁷⁾, que possuem conhecimento científico aprofundado sobre os fatores de risco, prevenção, terapêutica e devidas escalas para sua avaliação e classificação.

Por considerar que a condição marcadora permite analisar como se concretizam na prática os processos de trabalho e sua relação com diretrizes dos serviços e a qualidade da assistência, este estudo ancorou-se na seguinte questão: a assistência à saúde dos idosos frágeis com risco de lesão por pressão na atenção primária à saúde ocorre de forma qualificada e segura? Para responder a essa questão, a pesquisa se desenvolveu com o objetivo de analisar a qualidade dos cuidados prestados na atenção primária à saúde aos idosos frágeis com risco para lesão por pressão.-

Métodos

Estudo de caso múltiplo⁽⁸⁾ que utilizou o risco de lesão por pressão como agravo e condição marcadora para inferir a qualidade e segurança dos cuidados aos idosos frágeis com risco de lesão por pressão.-

A partir da identificação desses idosos, o processo assistencial foi mapeado permitindo definir as conformidades e não conformidades que serviram de parâmetro para inferir qualidade e segurança na assistência^(1-3,9).

O estudo foi conduzido em uma Unidade Básica de Saúde dentro da área de abrangência de uma equipe de saúde da família de um município do norte do estado do Paraná, Brasil. Do estudo participaram cinco profissionais membros da Equipe Saúde da

Família (dois agentes comunitários, um enfermeiro, um médico, um técnico de enfermagem) e cinco técnicos de enfermagem que trabalham na Unidade Básica de Saúde entre os 14 elegíveis; 16 idosos e seus cuidadores familiares entre os 52 elegíveis que atenderam aos seguintes critérios de inclusão definidos neste trabalho: 1) para os idosos: a) constar da lista de idosos (acima de 60 anos) cadastrados na Unidade Básica de Saúde; b) dispor de um cuidador familiar; c) indicado pela Equipe Saúde da Família como idoso com demandas de cuidado familiar; d) classificado como frágil pelo Instrumento de Avaliação de Vulnerabilidade do Idoso (VES-13)⁽¹⁰⁾; e) ter sido classificado como idoso em risco de desenvolvimento de lesão por pressão avaliado pela escala preditiva⁽⁵⁾; 2) para a inclusão dos cuidadores: ser cuidador familiar principal de um idoso participante do estudo; 3) para a inclusão dos profissionais: a) pertencer à Unidade Básica de Saúde de referência da Equipe Saúde da Família ou ser integrante dela; b) profissional que prestava assistência aos idosos (médico, enfermeiro, assistente social, nutricionista, agente comunitário de saúde, fisioterapeuta).

A coleta de dados aconteceu no período de fevereiro a setembro de 2018 e foi dividida em duas etapas. A primeira etapa foi destinada a caracterizar os idosos elegíveis e selecioná-los para participar do estudo e a segunda constituiu-se na aplicação de instrumentos para avaliar a qualidade do cuidado. Na primeira etapa foram aplicados três formulários: 1) caracterização do idoso contendo dados sociodemográficos e condições de saúde sensíveis à Atenção Primária à Saúde, aplicado no domicílio durante visita domiciliar; 2) para classificar a fragilidade do idoso, por meio do VES-13, aplicado em domicílio, composto por 13 itens referentes à idade, autopercepção da saúde, presença de limitações físicas e incapacidades, cujo somatório pode variar entre zero a 10, sendo que pontuação igual ou superior a 7 pontos permite classificar o idoso como frágil; 3) escala de avaliação de risco⁽⁵⁾, aplicado no domicílio, composto por seis subescalas – percepção sensorial, atividade, mobilidade,

fricção e cisalhamento, umidade e nutrição.

Cinco dessas subescalas apresentam notas que variam de 1 a 4, exceto fricção e cisalhamento pontuados de 1 a 3, que somados indicam a pontuação geral, que varia de 6 a 23 pontos. O risco de desenvolver tais lesões, pela escala, é classificado de acordo com a pontuação: ≤ 12 indica risco muito alto; igual ou entre 10 e 12 riscos alto; 13 ou 14 risco moderado, entre 15 e 18 baixo risco, ≥ 19 indica ausência de risco.

Após constatar os idosos frágeis e com risco para lesão por pressão, assumiu-se o risco para lesão por pressão como condição marcadora⁽⁷⁾ da qualidade do cuidado que passou a ser mapeada por meio do seguimento da atenção em saúde, do registro do atendimento profissional independentemente de ter ocorrido em domicílio ou na Unidade Básica de Saúde e do levantamento de saberes e práticas dos profissionais e dos cuidadores familiares.

Deu-se início, então, à segunda etapa da pesquisa que consistiu na aplicação dos seguintes instrumentos e métodos: 1) roteiro de observação das visitas domiciliares pela equipe multiprofissional aos idosos frágeis contendo identificação do idoso, motivo da visita, membros da equipe multiprofissional presentes, procedimentos e orientações fornecidas na forma de *checklist*, que permitiu registrar as conformidades e não conformidades do praticado em relação às normas e diretrizes de qualidade e segurança na assistência dos idosos em risco para lesão por pressão, suas possíveis causas e consequências; 2) formulário para a coleta de dados das anotações nos prontuários eletrônicos verificando as consultas realizadas na Unidade Básica de Saúde, atendimentos domiciliares e orientações realizadas pela equipe, na forma de *checklist*, que permitiu notar as conformidades e não conformidades do praticado/registrado em relação às normas e diretrizes de qualidade e segurança no manejo do risco para lesão por pressão, suas possíveis causas e consequências^(1-3,9); 3) aplicação do Índice de Vulnerabilidade Clínica Funcional (IVCF-20) para a avaliação multidimensional⁽¹¹⁾, que é um instrumento padronizado na linha guia para a saúde do idoso no

estado do Paraná, Brasil, para idosos previamente classificados como frágil ou em risco de fragilização pelo VES-13, e o resultado permite avaliar os principais determinantes da saúde das pessoas idosas por meio de oito dimensões consideradas preditoras de declínio funcional.

Nessa segunda etapa também foram levantados os saberes e as práticas dos profissionais e dos cuidadores familiares quanto à lesão por pressão por meio de outros dois instrumentos: 4) instrumento de avaliação do conhecimento do cuidador sobre lesão por pressão⁽¹²⁾ aplicado em domicílio aos cuidadores familiares dos idosos frágeis, após agendamento prévio, composto por 35 questões sobre avaliação e classificação, fatores de risco e prevenção da lesão por pressão; 5) questionário aplicado aos profissionais da equipe de saúde, composto por 63 questões em escala de Likert, sendo sete pertinentes à classificação e 56 relacionados aos fatores de risco e à prevenção da lesão por pressão. Esse instrumento foi elaborado e adequado por juízes a partir das recomendações das diretrizes nacionais e internacionais⁽¹⁻²⁾.

Para a observação das visitas domiciliares realizada pela equipe, para aplicação do IVCF-20 e aplicação do instrumento de avaliação do conhecimento do cuidador, foram realizadas, em média, seis visitas por domicílio de idosos.

Os dados da caracterização dos participantes foram organizados de forma descritiva e a análise foi realizada a partir da frequência absoluta e relativa. No que diz respeito aos dados provenientes da análise do roteiro de observação das visitas domiciliares realizadas pelos profissionais, as informações coletadas nos prontuários eletrônicos foram organizadas em um quadro a partir da classificação em dados que estavam em conformidade ou em não conformidades⁽⁶⁾ com os parâmetros de qualidade e segurança^(1-3,9) e estudos que corroboram com o tema. Organizou-se uma figura com o mapeamento da assistência ao idoso composto pelas não conformidades, suas possíveis causas e consequências implicadas. Cumpre esclarecer que as

não conformidades foram definidas por não cumprimentos e procedimentos estabelecidos em normas e diretrizes para garantir a qualidade, segurança, prevenção de falhas e risco de danos ao idoso e que representam uma oportunidade de implementação de medidas de melhoria da qualidade e da segurança do paciente^(1-3,9).

Quanto aos saberes e às práticas dos cuidadores familiares e dos profissionais, os dados provenientes dos questionários foram considerados adequados quando tiveram $\geq 90,0\%$ de acertos. Para esses instrumentos, as opções “concordo e concordo parcialmente” tiveram o sentido de considerar a afirmativa verdadeira, as opções “Discordo e Discordo Parcialmente” consideraram a afirmativa falsa e as marcadas como “Não sei” foram consideradas como erro.

A lesão por pressão como condição marcadora de qualidade foi, então, discutida à luz da literatura sobre a prevenção de lesão por pressão⁽¹⁻²⁾, segurança do paciente no domicílio⁽³⁾ e linha guia de atenção à saúde do idoso⁽⁹⁾. A presente pesquisa faz parte de um projeto maior aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá sob parecer nº 875.081/2014 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 37457414.6.0000.0104.

Resultados

Os idosos participantes deste estudo foram sete do sexo feminino (43,8%) e nove (56,2%) do sexo masculino. A maior parte das mulheres (cinco) estava na faixa etária acima de 80 anos (85,7%) e os homens, quatro entre 70 e 79 anos (44,4%) e quatro com mais de 80 anos idade (44,4%). Todos eram aposentados, sendo esta a principal fonte de renda. Quanto à movimentação, sete (43,7%) faziam uso de dispositivos (bengala ou andador), cinco (31,3%) utilizavam cadeira de rodas e quatro (25,0%) eram restritos ao leito.

Em relação à classificação de risco para lesão por pressão, dois (12,5%) possuíam baixo risco, oito

(50,0%) médio risco e seis (37,5%), alto risco. Durante o período de estudo, dois idosos (12,5%) desenvolveram lesão por pressão, ambos acamados e classificados como de alto risco: um apresentou lesão em região sacral e o outro, na região sacral e calcâneo mesmo após orientação profissional e instituição de medidas de prevenção. Dois idosos já possuíam lesão por pressão em região sacral identificada na primeira visita domiciliar realizada.

Quanto aos cuidadores familiares, 14 (87,5%) eram do sexo feminino e dois (12,5%) do sexo masculino. No que se refere ao parentesco das mulheres cuidadoras dos idosos, dez (71,4%) eram filhas, três (21,4%) esposas e uma (7,1%) irmã. Entre os cuidadores do sexo masculino, os dois eram filhos do idoso. Entre as mulheres cuidadoras, oito (57,2%) estavam na faixa etária de 51 a 60 anos, três (21,4%) na faixa etária de 61 a 70 anos e três (21,4%) abaixo de 50 anos. Entre os homens, os dois estavam na faixa etária abaixo de 50 anos.

Os profissionais que participaram do estudo eram um médico, um enfermeiro, seis técnicos de enfermagem e dois agentes comunitários de saúde, sendo um (10,0%) do sexo masculino e nove (90,0%) do sexo feminino. No que se refere à idade, seis (60,0%) tinham entre 31 e 40 anos, três (30,0%) de 41 a 50 anos e um (10,0%) entre 20 e 30 anos.

Quanto aos saberes e práticas dos cuidadores familiares referentes à avaliação e classificação da lesão por pressão, das sete questões, em apenas uma os participantes apresentaram conhecimento adequado. Com relação aos fatores de risco e prevenção da lesão por pressão, das 28 questões, apenas em 11 os respondentes apresentaram conhecimento adequado. Os menores índices de acertos foram relacionados ao período de tempo para o reposicionamento dos idosos acamados ou quando sentados na cadeira; realização de massagem nas proeminências ósseas e áreas avermelhadas; uso de luvas d'água ou de ar na região do calcâneo; classificação da lesão; uso de rodas d'água ou de ar; e fatores de risco como a fricção e umidade.

Foram mencionados, também, cuidados com a higiene, por exemplo, manter o idoso limpo, trocas frequentes de fraldas, hidratação da pele, boa alimentação e hidratação, estímulo de movimentação, pressão leve na pele, como cuidados importantes para prevenção e tratamento da lesão por pressão citados pelos cuidadores.

Os cuidadores familiares de idosos que apresentavam histórico de lesão por pressão expressam sentimento de desamparo com relação à Unidade Básica de Saúde e aos profissionais, manifestando, assim, que não receberam recursos materiais adequados nem visitas domiciliares e orientações. Relatam ter recorrido a outros profissionais e a serviços complementares do Sistema Único de Saúde para realização de curativos e fisioterapia.

Verificou-se que, entre os profissionais de enfermagem participantes deste estudo, os saberes e as práticas eram insuficientes e a inexistência de educação permanente. Os dados dos questionários e formulário também apontaram nessa direção. Em relação às sete afirmativas sobre a classificação da lesão por pressão, em apenas duas (28,6%) das questões apresentaram conhecimento adequado, estando estas relacionadas ao estágio 1 da lesão por pressão em que a pele se encontra íntegra e à lesão por pressão em membrana mucosa que ocorre, geralmente, devido ao equipamento médico hospitalar. Com base nos questionários, observou-se que, dos 56 itens referentes aos fatores de risco e prevenção de lesão por pressão, em apenas 22 (39,3%) os profissionais apresentaram nível adequado de conhecimento.

Os profissionais apresentam estratégias de prevenção de lesão por pressão e tecnologias desatualizadas, como o uso de luva d'água, de almofadas em forma de rosca, de colchão de água e massagem em proeminência óssea hiperemiada, bem como desconheciam a escala de Braden para avaliação de risco da lesão por pressão e a nova nomenclatura e classificação definida como de responsabilidade do enfermeiro. Além disso, não foi constatado registro da es-

tratificação do grau de fragilidade normatizada como de responsabilidade do agente comunitário de saúde ou técnico de enfermagem para todos os idosos residentes na área de abrangência da atenção primária. Não foi constada, também, a realização do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional IVCF-20 que deve ser aplicada aos idosos classificados como em risco de fragilização ou frágeis para encaminhamento para outros níveis de atenção em saúde, se necessário. No entanto, a partir da análise dos prontuários, verificou-se que a consulta dos idosos ocorria esporadicamente, não havendo sistematização de atendimento, e baseava-se na medicalização e na renovação de receitas que muitas vezes era realizada pelo cuidador familiar sem a presença do idoso.

Constatou-se, por meio da observação e anotações nos prontuários, que o processo para o acesso a dispositivos como cadeiras de rodas e almofadas é moroso, burocrático e depende da comunicação entre

os profissionais e da disponibilidade de agendamento com a fisioterapeuta de referência (que por vezes é restrita).

Nesse contexto, verificam-se não conformidades nos casos traçados, visto que os idosos frágeis não foram submetidos à avaliação de risco e multidimensional, o que lhes garantiria acesso às redes de atenção à saúde, três consultas na Atenção Primária e solicitação de exames conforme protocolo municipal. É possível verificar também a falta de infraestrutura e de recursos materiais e humanos, repercutindo no conjunto do processo de trabalho.

Esse compilado de informações permitiu relacionar as não conformidades encontradas enquanto não atendimento de requisito pré-estabelecido na literatura, possíveis causas e as consequências, tomando por base a lesão por pressão como condição marcador (Figura 1).

Não conformidades	Possíveis causas relacionadas	Consequências
Inexistência de rastreio do grau de fragilidade do idoso e aplicação do Instrumento de Avaliação de Vulnerabilidade do Idoso e do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional	Reduzido número de profissionais para a área de abrangência	Falta de longitudinal do cuidado e direcionamento para outros níveis de atenção
Morosidade no atendimento das necessidades de dispositivos (bengalas, cadeira de rodas, almofada para alívio da pressão)	Atraso na avaliação e atendimento da demanda de dispositivo	Risco à segurança, autonomia e independência do idoso Maior dificuldade no manejo do cuidado com segurança
Escassez de conhecimento dos profissionais e dos cuidadores familiares sobre lesão por pressão	Insuficiência de ações de educação permanente e educação em saúde	Aumento do risco de lesão por pressão e <i>deficit</i> da qualidade do cuidado
O processo de trabalho da equipe não contempla sistemática para identificação de risco, prevenção e tratamento de lesão por pressão	Falta de padronização das condutas relacionadas à lesão por pressão	Dificuldade de direcionamento do trabalho e registro dos cuidados executados pela equipe multiprofissional

Figura 1 – Não conformidades no cuidado ao idoso frágil com risco de lesão por pressão

Discussão

O estudo apresenta como limitação o fato de a coleta de dados ter ocorrido na área de abrangência de uma Equipe de Saúde da Família, assim a realidade aqui encontrada não representa, necessariamente, a realidade de outros serviços. Além disso, o estudo delinea-se em uma área de abrangência que possui um contingente populacional de referência para a equipe superior ao preconizado⁽¹³⁾, podendo tratar-se de um cenário atípico para a confiabilidade da análise do processo assistencial. Cabe ressaltar que há *deficit* de profissionais da Equipe de Saúde da Família, visto que se recomendam, pelo menos, quatro agentes comunitários de saúde por equipe e a população de abrangência de 3.500 pessoas⁽¹³⁾, no entanto a presente equipe possui apenas dois agentes comunitários de saúde, o enfermeiro e o médico vinculados a uma equipe de saúde da família e que atendem à demanda de toda área de abrangência da unidade de saúde, que possui população aproximada de 8.000 pessoas.

Destaca-se como modelo de atenção ao idoso a iniciativa da linha guia do estado do Paraná⁽⁹⁾ que sugere a avaliação periódica de risco do idoso e a instituição de seguimento de cuidados em nível primário e secundário. Nesse contexto, o idoso classificado como frágil tem direito ao agendamento de três consultas anuais na atenção primária. Esse modelo possibilitaria ainda intervenções oportunas pelos pontos de atenção à saúde, direcionadas às áreas afetadas ou em risco da perda da funcionalidade global.

Essa lógica de atendimento não foi encontrada no presente estudo e visto que esses fatores caracterizam um cuidado seguro, de qualidade e que atenda às reais necessidades dessa população, verifica-se a imprescindibilidade de investimentos em recursos humanos para a área de abrangência, educação permanente, padronização e implementação de condutas relacionadas à saúde do idoso. Além disso, os resultados obtidos neste estudo corroboram a literatura quanto à organização dos serviços, à acessibilidade, à fragilidade das relações de vínculo terapêutico entre

os usuários e os profissionais de saúde como fatores que podem influenciar na longitudinalidade e segurança do cuidado^(4,14). De fato, a demanda biológica é o que faz os usuários buscarem o serviço, mas, além da resolatividade do caso, os mesmos esperam o estabelecimento de uma relação de acolhimento e acesso aos serviços⁽¹⁵⁾.

Constatou-se que a aquisição de dispositivos, como cadeiras de rodas e almofadas, é um processo moroso e burocrático, com dificuldade de acesso, demora no atendimento, baixa integralização com outros níveis de atenção. Outros estudos convergem com evidências que demonstram os serviços de reabilitação como eixo crítico no sistema de saúde brasileiro⁽¹⁶⁾.

Quanto aos saberes dos cuidadores familiares não foi apresentado conhecimento adequado relacionado à classificação da lesão por pressão e ainda que não seja de competência do cuidador o conhecimento dos estágios da lesão por pressão é importante que seja apontado principalmente o primeiro estágio, no qual a pele ainda está íntegra com eritema branqueável para que possa intervir antes que a lesão se desenvolva. Além disso, é necessário que o cuidador conheça os fatores de risco e as medidas adequadas para sua prevenção.

Em relação aos saberes dos profissionais de saúde no manejo da lesão por pressão, estes se mostraram incipientes, igualmente ao verificado em outras realidades^(4,12,17-18). É fundamental que os profissionais utilizem conhecimento atualizado e princípios norteadores para o planejamento da assistência, promover a qualidade e a segurança do cuidado e realizar orientações adequadas ao cuidador que dará continuidade ao tratamento no domicílio.

As evidências a respeito da prevenção de lesão por pressão apontam a necessidade do uso de escala preditiva para a identificação de risco de lesão por pressão e reavaliação periódica de todos os pacientes acamados⁽¹⁻³⁾. Essas recomendações estão relacionadas à sistematização do cuidado e redução de riscos e danos desnecessários referentes à assistência à saúde até um mínimo aceitável, ou seja, fazer aquilo que é

viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência está sendo realizada^(3,17).

As lacunas verificadas neste estudo e em outros apontam a necessidade de investimento em programas de educação permanente e educação em saúde. Reconhece-se que as intervenções educativas consistem em estratégias que contribuem à aquisição e atualização de saberes a fim de transformar as práticas de saúde^(3-4,17-18).

As contribuições desta pesquisa para a enfermagem residem na utilização da metodologia do traçador e condição marcadora para analisar a qualidade e segurança da assistência na prevenção da lesão por pressão em idosos frágeis no âmbito da atenção primária à saúde cujas não conformidades se comportam como indicadores de reformulação da assistência que tem no profissional enfermeiro e equipe de enfermagem os principais protagonistas.

Conclusão

Verificou-se que a qualidade e segurança do processo de assistência ao idoso são precárias e possuem fragilidades nas seguintes não conformidades: inexistência de rastreamento do grau de fragilidade e avaliação multidimensional dos idosos; ausência de avaliação de risco para desenvolvimento de lesão por pressão; escassez de recursos materiais e humanos; falta de apoio aos cuidadores familiares; demora no atendimento das necessidades de dispositivos para mobilização; limitação de conhecimentos ancorados em evidências científicas por parte dos profissionais e cuidadores quanto à avaliação, manejo e prevenção da lesão por pressão.

O risco para desenvolver lesão por pressão como condição marcadora se mostrou uma ferramenta importante para mapeamento da qualidade e segurança da assistência aos idosos frágeis na atenção primária à saúde.

Agradecimentos

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá.

Colaborações

Meireles VC colaborou com a concepção, coleta, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. Baldissera VDA colaborou com a concepção e projeto, interpretação dos dados, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. Todas as autoras contribuíram para aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Edsberg LE, Black JM, Goldberg M, McNichol L, Moore L, Sieggreen M. Revised national pressure ulcer advisor panel pressure injury staging system. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2016; 43(6):585-97. doi: dx.doi.org/10.1097/WON.0000000000000281
2. Ministério da Saúde (BR). Protocolo para prevenção de úlcera por pressão [Internet]. 2013 [citado 2018 dez 12]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/ulcera-por-pressao>
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Segurança do paciente no domicílio. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
4. Caldini LN, Araújo TM, Frota NM, Barros LM, Silva LA, Caetano JA. Evaluation of educational technology on pressure injury based on assistance quality indicators. *Rev Rene.* 2018; 19:e32695. doi: dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20181932695
5. Paranhos WY, Santos VLGG. Avaliação do risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden na língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP [Internet].* 1999 [citado 2019 jan. 18]; 33(Esp.):191-206. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/799.pdf>

6. The Joint Commission. Topic library item: Facts about tracer methodology [Internet]. 2016 [cited Nov 20, 2018]. Available from: https://www.jointcommission.org/facts_about_the_tracer_methodology/
7. Kessner DM. Evaluación de la calidad de la salud por el método de los procesos trazadores. In: White KL. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1992. p.555-63.
8. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre. São Paulo: Bookman; 2015.
9. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. Linha guia da saúde do idoso [Internet]. 2017 [citado 2019 jan. 14]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/linhaguia_idoso.pdf
10. Maia FOM, Duarte YAO, Secoli SR, Santos JLF, Lebrão ML. Cross-cultural adaptation of the Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13): helping in the identification of vulnerable older people. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46(Esp):116-22. doi: [dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000700017](https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000700017)
11. Moraes EM, Carmo JA, Moraes FL, Azevedo RS, Machado CJ, Montilla DER. Functional Vulnerability Index-20 (IVCF-20): rapid recognition of frail older adults. Rev Saúde Pública. 2016; 50:81. doi: [dx.doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006963](https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006963)
12. Nogueira PC, Godoy S, Mendes IAC, Roza DL. Knowledge on pressure ulcer prevention among caregivers of spinal cord injury patients. Aquichan. 2015; 15(2):188-99. doi: [dx.doi.org/10.5294/aqui.2015.15.2.3](https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.2.3)
13. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC. Family Health Strategy Coverage in Brazil, according to the National Health Survey, 2013. Ciênc Saúde Coletiva. 2016; 21(2):327-38. doi: [dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.23602015](https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.23602015)
14. Paula CC, Silva CB, Nazário EG, Ferreira T, Schimith MD Padoin SMM. Factors Interfering with the Attribute Longitudinalit in the Primary Health Care: an Integrative Review. Rev Bras Enferm. 2017; 70(1):199-208. doi: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.31084>
15. Palhoni AR, Penna CMM. Health care in the constitution of health needs for users of the family health strategy. Cienc Cuid Saúde 2017; 16(4). doi: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v16i4.40371>
16. Santos FC, Costa EA, Aleluia IRS, Pinto EPP. Situational diagnosis of physical rehabilitation in the SUS of Salvador-Ba. Rev Ciênc Méd Biol. 2018; 17(2). doi: <http://dx.doi.org/10.9771/cmbio.v17i2.26318>
17. Soares CF, Heidemann ITSB. Health promotion and prevention of pressure injury: expectations of primary health care nurses. Texto Contexto Enferm. 2018; 27(2):e1630016. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180001630016>
18. Marques ADB, Branco JGO, Cavalcante RC, Brito MCC, Deus SRM, Luz MHBA. Knowledge of family health professionals about pressure ulcer. Rev Estima. 2017; 15(2):63-73. doi: [dx.doi.org/10.5327/Z1806-3144201700020002](https://doi.org/10.5327/Z1806-3144201700020002)