

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180001700016>

EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: ESTUDO RETROSPECTIVO¹

Maria Auxiliadora Rodrigues², Rosimere Ferreira Santana³, Rodolpho César Cardoso de Paula⁴, Maria Therezinha Nóbrega da Silva⁵, Fatima Helena do Espirito Santo⁶

¹ Artigo extraído da dissertação - Resultados da fiscalização ético profissional de enfermagem nas instituições de longa permanência para idosos: estudo retrospectivo, apresentado ao Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial da Universidade Federal Fluminense (UFF), em 2015.

² Mestre em Enfermagem Assistencial. Enfermeira Fiscal do Departamento de Fiscalização do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro (Coren-RJ). Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: enfmodo@gmail.com

³ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, UFF. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: rosifesa@enf.uff.br

⁴ Mestre em Enfermagem Assistencial. Enfermeiro Fiscal do Departamento de Fiscalização do Coren-RJ. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: rodolphodepaula@hotmail.com

⁵ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: therenobrega@gmail.com

⁶ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, UFF. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: fatahelen@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: avaliar os resultados da fiscalização ético-profissional de enfermagem em Instituições de Longa Permanência para Idosos.

Método: estudo observacional, retrospectivo de análise documental. No período de janeiro de 2010 a dezembro de 2013 realizaram-se 2.650 inspeções fiscalizatórias no Conselho Regional de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro. Dessas, 159 (6%) eram referentes a Instituições de Longa Permanência para Idosos. A amostra final foi composta por 51 processos que atenderam ao critério de possuir, no mínimo, duas fiscalizações para comparações. O instrumento de coleta de dados norteou-se pelos quatro pilares da fiscalização: exercício legal da profissão; dimensionamento de pessoal; sistematização da assistência de enfermagem e legislações afins ao exercício profissional. Para a análise dos dados descritiva e inferencial, utilizaram-se os programas SPSS e Excel 2007.

Resultados: das 51 instituições avaliadas, 80,4% eram privadas. O principal motivo das fiscalizações foi cumprir ordens do Ministério Público (56,9%). Houve diferença entre a primeira e a última fiscalização: profissionais de enfermagem com registro no conselho (0,006); classificação de cuidados por dependência (0,008); apresentar escala de profissionais (0,006); não possuir outros profissionais na escala de enfermagem, principalmente cuidadores (0,001); prontuário único (0,039); normas e rotinas de enfermagem (0,000); apresentar protocolos operacionais padrões (0,000); e Processo de Enfermagem (0,001).

Conclusão: recomenda-se fortalecer as fiscalizações em consonância com o Ministério Público e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Deve-se ainda viabilizar o funcionamento conforme as regularidades ético-profissionais incluindo as Instituições de Longa Permanência para Idosos na esfera socio sanitárias, que tem a enfermagem como sua maior classe trabalhadora.

DESCRITORES: Avaliação em enfermagem. Instituição de longa permanência para idosos. Ética em enfermagem. Legislação de enfermagem. Dimensionamento de pessoal.

PROFESSIONAL PRACTICE OF NURSING AT LONG-TERM CARE INSTITUTIONS FOR THE ELDERLY: A RETROSPECTIVE STUDY

ABSTRACT

Objective: to assess the results of the ethical-professional nursing inspection at Long-Term Care Institutions for the Elderly.

Method: observational, retrospective study with documentary analysis. Between January 2010 and December 2013, 2,650 control inspections were undertaken in the Rio de Janeiro Regional Nursing Council. Of these, 159 (6%) were Long-Term Care Institutions for the Elderly. The final sample consisted of 51 processes that complied with the criterion of having at least two inspections for comparison. The data collection instrument rested on the four pillars of inspection: legal practice of the profession; staffing; systemization of nursing care and laws related to professional practice. For the descriptive and inferential data analysis, SPSS and Excel 2007 were used.

Results: of the 51 institutions assessed, 80.4 were private. The main motive for the inspections was to comply legal orders by the Public Prosecution (56.9%) difference was found between the first and last inspection: nursing professionals registered in the council (0.006); classification of care by dependence level (0.008); presenting a scale of professionals (0.006); not having other professional in the nursing scale, mainly caregivers (0.001); single file (0.039); nursing standards and routines (0.000); presenting standard operating protocols (0.000); and Nursing Process (0.001).

Conclusion: the strengthening of the inspections is recommended, in line with the Public Prosecution and the National Health Surveillance Agency. In addition, the functioning in compliance with ethical-professional regularities should be made feasible, including the Long-Term Care Institutions for the elderly in the social-health sphere, with nursing at the largest group of workers.

DESCRIPTORS: Nursing assessment. Long-term care institution for elderly. Ethics, nursing. Legislation, nursing. Personnel downsizing.

EJERCICIO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN INSTITUCIONES DE LARGA PERMANENCIA PARA LOS ANCIANOS: ESTUDIO RETROSPECTIVO¹

RESUMEN

Objetivo: evaluar los resultados de la fiscalización ético-profesional de enfermería en Instituciones de Larga Permanencia para Ancianos.

Método: estudio observacional y retrospectivo de análisis documental. En el período de Enero del 2010 hasta Diciembre del 2013 se realizaron 2.650 inspecciones fiscales en el Consejo Regional de Enfermería del Estado de *Rio de Janeiro*. Así, 159 (6%) de las mismas se referían a las Instituciones de Larga Permanencia para Ancianos. La muestra final incluyó 51 procesos que atendieron al criterio de poseer, como mínimo, dos fiscalizaciones para comparaciones. El instrumento de recolección de datos se fundamentó en los cuatro pilares de la fiscalización: ejercicio legal de la profesión; dimensionamiento del personal; sistematización de la asistencia de enfermería y legislaciones afines con el ejercicio profesional. Para el análisis descriptivo e inferencial de los datos se usaron los programas SPSS y Excel 2007.

Resultados: el 80,4% de las 51 instituciones evaluadas eran privadas. El principal motivo de las fiscalizaciones fue cumplir órdenes del Ministerio Público (56,9%). Hubo diferencia entre la primera y la última fiscalización: profesionales de enfermería con registro en el consejo (0,006); clasificación de cuidados por dependencia (0,008); presentar la escala de los profesionales (0,006); no tener otros profesionales en la escala de enfermería, principalmente cuidadores (0,001); prontuario único (0,039); normas y rutinas de enfermería (0,000); presentar protocolos operacionales estándares (0,000) y Proceso de Enfermería (0,001).

Conclusión: se recomienda fortalecer las fiscalizaciones en consonancia con el Ministerio Público y la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria. Además, se debe viabilizar el funcionamiento conforme a las regularidades ético-profesionales, incluyendo a las Instituciones de Larga Permanencia para Ancianos en la esfera socio-sanitaria que tiene a la enfermería como su mayor clase trabajadora.

DESCRIPTORES: Evaluación en enfermería. Institución de larga permanencia para ancianos. Ética en enfermería. Legislación de enfermería. Dimensionamiento del personal.

INTRODUÇÃO

Uma das questões que preocupam a sociedade, os órgãos de classe e os departamentos de fiscalização diz respeito à necessidade de regularização das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), que surgem em demasia e de modo precário no cenário brasileiro. Isto ocorre principalmente em função do aumento da população idosa e das dificuldades apresentadas pelos familiares em assumir a tarefa de cuidar. Diante desta realidade, a procura por vagas em ILPI tende a aumentar, apresentando como características a dependência física e/ou psíquica da pessoa idosa.¹⁻⁴

Estudo aponta que os cuidados institucionais de enfermagem para idosos constituem uma área crítica em relação ao conhecimento, ao desenvolvimento e à prestação dos serviços de enfermagem. O envelhecimento da população e a crescente ênfase nos cuidados de saúde prolongados denotam que um número ainda maior de idosos deve necessitar de cuidados de enfermagem nas ILPI no futuro.¹ Estudos de perfis podem demonstrar as frágeis condições de saúde e ambiente em que eles se encontram.³⁻⁴

O número de instituições existentes no Brasil e o de idosos nelas residentes são desconhecidos. O Instituto de Pesquisa e Estatística Aplicada (IPEA) realiza um censo nacional das ILPI que, até o momento, só foi concluído nas regiões Norte, Centro-Oeste e Sul do país. Nesse censo foram cadastradas 1.421 ILPI e não foi possível localizar mais de 300 delas devido à falta de registro desses serviços nos órgãos competentes.³⁻⁴

Compreende-se por ILPI um estabelecimento para atendimento integral institucional, cujo público-alvo é composto por pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, dependentes ou independentes, que não dispõem de condições para permanecerem com a família ou em seu domicílio.²

As ILPI não fazem parte do planejamento anual de fiscalização eletiva do sistema do Conselho Federal de Enfermagem e dos Conselhos Regionais (Cofen/Corens), por serem empresas cadastradas no Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), e não no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). A falta de acesso direto a um cadastro atualizado contendo as informações pertinentes às instituições de assistência social dificulta de modo

significativo a sua inclusão no planejamento anual de fiscalização. Por este motivo, as inspeções nas ILPI ocorrem, em sua maioria, por meio de ofícios emitidos pelo Ministério Público, geradores de demanda de atos fiscalizatórios no Conselho de enfermagem.

Reitera-se a relevância da problemática de reconhecimento das ILPI como espaço unicamente de ação social, pela marca histórica de criação dos asilos, para abrigar os idosos excluídos da sociedade. Entretanto, atualmente, com o envelhecimento crescente da população idosa, a alta dependência de cuidados prolongados e a insuficiência familiar, as ILPI se transformaram em espaços de assistência, tanto social, como de saúde. São mistas e denominadas mais corretamente como socio sanitárias - e, se assim consideradas, requerem serviço de enfermagem nas 24 horas de funcionamento.⁵

Estudos sobre a ética profissional ainda são escassos, até pela brevidade histórica de legalidade da categoria profissional, ocorrida em meados da década de 1970. Em sua maioria, eles tratam da ética de enfermagem no ensino de graduação ou da ética profissional de modo geral, mas não foi encontrado estudo que tratasse da ética profissional de enfermagem nas ILPI. Já no que diz respeito à produção científica sobre as ILPI, o enfoque é nos modelos de assistência social do idoso, ao descrevê-la como um local de amparo a idosos pobres e carentes, principalmente com dependência e multimorbidade caracterizando a população.⁶

Assim, as ILPI constituem um nicho peculiar ao exercício profissional de enfermagem, com preponderância histórica associada à filantropia sem organização de saúde; com exercício das ações do cuidado realizado por leigos; e com legislações competentes às ILPI que desconsideram as descritas no Conselho de enfermagem. Isso, de certa forma, contrapõe-se aos modelos vigentes de ILPI propostos em outros países, que têm uma filosofia de oferta de cuidados prolongados com ênfase na promoção da qualidade do cuidado e na qualidade de vida dos idosos residentes.^{4,7-9}

O objetivo desse estudo consistiu em avaliar os resultados da fiscalização ético-profissional de enfermagem em ILPI.

MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo, de análise documental com abordagem quantitativa.

O local de estudo foi o Departamento de Fiscalização (DEFIS) do Conselho Regional de En-

fermagem seção Rio de Janeiro (Coren-RJ). Possuía em seu quadro funcional 35 fiscais e cinco agentes administrativos para a fiscalização dos 92 municípios do Estado do Rio de Janeiro. O período do estudo foi entre janeiro de 2010 a dezembro de 2013. Esse período foi escolhido, pois, a partir de 2010, o DEFIS passou a adotar um modelo padronizado para a elaboração de relatórios circunstanciados, para instruir processos administrativos fiscais e subsidiar o setor jurídico. Essa padronização se deu em quatro pilares, que são: Exercício Legal da Profissão; Dimensionamento de Pessoal; Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e Legislações Afins ao Exercício Profissional. Do mesmo modo, os elementos norteadores do instrumento de coleta de dados foram se houve ou não mudança nesses requisitos entre a primeira e a última fiscalização.

No período delimitado para a pesquisa foram realizadas 2.650 inspeções fiscalizatórias e instauraram-se 1.895 processos administrativos de fiscalização. Desses, 159 (6%) eram referentes a ILPI.

Para a inclusão no estudo, foram aplicados os seguintes critérios: processos administrativos lavrados nas ILPI que possuíam mais de uma fiscalização, e com elaboração de dois relatórios circunstanciados padronizados pelos fiscais. Foram excluídos processos administrativos autuados nas ILPI com ausência de dados que permitissem a comparação entre a primeira e a última fiscalização. A amostra final foi composta por 51 processos administrativos. Na figura 1 demonstra-se a operacionalização da coleta de dados.

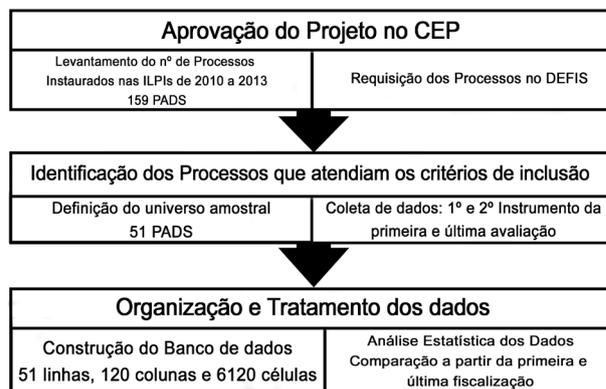


Figura 1 - Operacionalização das etapas de desenvolvimento do estudo. Niterói (RJ), 2015. ILPIs: Instituições de Longa Permanência para Idosos; PADS: processos administrativos; DEFIS: Departamento de Fiscalização.

A análise estatística descritiva e inferencial do banco de dados foi feita com recursos computacio-

nais dos programas *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 23.0 e do aplicativo Microsoft Excel 2007. A análise da significância das diferenças entre as médias das variáveis quantitativas da primeira e da última fiscalização foi feita por teste *t* de Student pareado quando as variáveis apresentaram distribuição normal. Do contrário, a comparação entre as duas fiscalizações foi feita pelo teste de Wilcoxon. A normalidade das distribuições das variáveis quantitativas foi investigada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov e teste de Shapiro-Wilk. Considerou-se que a distribuição da variável em análise era normal quando ambos os testes não rejeitassem a hipótese nula de normalidade. Os testes de significância foram realizados considerando o nível de significância máximo de 5% (0,05).

Foram empregados os princípios da Resolução 590/16 sobre pesquisa com seres humanos e foi encaminhada a proposta para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense (UFF), que possui parecer favorável número 606.995 de 4 de abril de 2014.

RESULTADOS

Das 51 instituições da amostra 23 (45,1%) estavam localizada no município de São Gonçalo, dez (19,6%) no Rio de Janeiro, cinco (9,8%) em Petrópolis, quatro (7,8%) em Niterói e duas (3,9%) em Campos. A amostra também contou com uma instituição em cada um dos municípios de: Natividade, Nova Friburgo, Paraíba do Sul, Rio Bonito, São Fidélis, São João da Barra e Teresópolis.

Quanto à natureza 41 (80,4%) eram instituições privadas e oito (15,6%) filantrópicas. Apenas uma (2,0%) instituição era pública e uma (2,0%) tinha natureza mista (privada e filantrópica). O principal motivo que levou à fiscalização das ILPI foi o cumprimento de ordens do Ministério Público (29; 56,9%); ocorreram também solicitações de Certidões de Responsabilidades Técnicas (CRT) em dez casos (19,6%) e denúncias em nove (17,6%).

A Tabela 1 destaca a magnitude entre a taxa de ocupação de leitos e a contratação de profissionais de enfermagem e cuidadores em ILPI.

Tabela 1 - Taxa de ocupação de leitos, profissionais de enfermagem e cuidadores. Niterói, RJ, Brasil, 2015. (n=51)

Variáveis	Primeira avaliação				Última avaliação				p-valor
	Mín.	Máx.	Méd.	DP	Mín.	Máx.	Méd.	DP	
Taxa de ocupação de leitos, %	50	100	94,1	10,4	46,7	100	92,7	13,6	0,17*
Enfermeiros	0	2	1,0	0,3	0	2	1,1	0,5	0,18†
Técnicos de enfermagem	1	25	3,1	4,4	0	41	3,3	6,4	0,69†
Auxiliares de enfermagem	1	12	2,3	2,5	0	14	2,2	3,3	0,41†
Cuidadores	0	13	2,4	2,3	0	13	2,3	2,2	0,83*

* Teste *t* de Student pareado; † teste de Wilcoxon. O p-valor do teste de comparação entre as médias refere-se à diferença entre a primeira e a última fiscalização.

Segundo os p-valores não ocorreram diferenças significativas entre as médias das variáveis na primeira e última fiscalização. Apesar de o cuidador não fazer parte da equipe de enfermagem, destaca-se seu quantitativo, já que ele é encontrado em algumas instituições em número superior ao de

auxiliares de enfermagem.

Na tabela 2, quando possível, foi executado o teste de McNemar para verificar se houve diferença significativa sob o ponto de vista estatístico entre a primeira e a última fiscalização.

Tabela 2 - Fatores avaliados relativos à legalidade do exercício profissional e Dimensionamento de Pessoal de enfermagem. Niterói, RJ, Brasil, 2015. (n=51)

Fator de avaliação	Primeira avaliação	Última avaliação	Deveriam ter melhorado	Melhoraram	Não melhoraram	Pioraram	p-valor McNemar
Enfermeiro 24 horas	3,9	3,9	96,1	0,0	96,1	0,0	1,000
Enfermeiro possuía CRT*	13,7	25,5	86,3	15,7	70,6	3,9	0,109

Fator de avaliação	Primeira avaliação	Última avaliação	Deveriam ter melhorado	Melhoraram	Não melhoraram	Pioraram	p-valor McNemar
Técnico de enfermagem sem supervisão do enfermeiro	88,2	82,4	88,2	9,8	78,4	3,9	0,453
Profissionais de enfermagem sem registro	21,6	2,0	21,6	21,6	0	2,0	0,006
Classificação de cuidados	9,8	25,5	90,2	15,7	74,5	0,0	0,008
Escala de profissionais	56,9	76,5	43,1	21,7	21,4	2,0	0,006
Outros profissionais na escala de enfermagem	62,7	88,2	37,2	27,5	9,76	2,0	0,001
Cálculo de Dimensionamento de Pessoal	0,0	2,0	100	2,0	98	0,0	0,000

*CRT: certidão de responsabilidade técnica.

Houve melhora significativa entre a primeira e a última avaliação quanto à legalidade do exercício profissional, porém, quanto ao dimensionamento mínimo proposto de profissionais de enfermagem,

não houve alteração.

A tabela 3 dispõe os itens necessários à implantação da SAE.

Tabela 3 - Fatores avaliados relativos à Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE). Niterói, RJ, Brasil, 2015. (n=51)

Fator avaliado	Primeira avaliação	Última avaliação	Deveriam ter melhorado	Melhoraram	Não melhoraram	Pioraram	p-valor McNemar
Implantação da SAE	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	0,000
Prontuário único	3,9	17,6	96,1	15,7	80,4	2,0	0,039
Consulta de enfermagem	0,0	5,9	100,0	5,9	94,1	0,0	0,000
Registro das ações de enfermagem	92,1	88,2	7,9	2,0	5,9	5,9	0,625
Identificação adequada das anotações de enfermagem	3,9	7,8	96,1	5,9	90,2	2,0	0,513
Regimento Interno do serviço de enfermagem	5,9	17,6	94,1	13,7	80,4	2,0	0,070
Normas e rotinas de enfermagem	7,8	35,3	92,2	27,5	64,7	0,0	0,000
Organograma	0,0	9,8	100,0	9,8	90,2	0,0	0,000
Protocolo operacional padrão	2,0	31,4	98,0	29,4	68,6	0,0	0,000
Indicadores de qualidade	2,0	7,8	98,0	5,9	92,1	0,0	0,250
Processo de Enfermagem	3,9	25,5	96,1	21,6	74,5	0,0	0,001

Apesar de o destaque para a melhoria nos itens necessários à implantação da SAE, sua totalidade não foi alcançada por fragmentação nos requisitos imprescindíveis, principalmente no que diz respeito

ao método, aos instrumentos e ao pessoal.

Na tabela 4 são apresentados os itens das legislações afins ao cuidado de enfermagem ao idoso institucionalizado, de modo direto ou indireto.

Tabela 4 - Fatores avaliados relativos às legislações afins ao cuidado do idoso institucionalizado. Niterói, RJ, Brasil, 2015. (n=51)

Fator avaliado	Primeira avaliação	Segunda avaliação	Deveriam ter melhorado	Melhoraram	Não melhoraram	Pioraram	p-valor McNemar
Estrutura física adequada	5,9	5,9	94,1	0,0	94,1	0,0	1,000
Prescrição médica de medicamentos possuía validade	15,7	25,5	84,3	11,8	72,5	2,0	0,125
Havia repetição de prescrição	80,4	80,4	80,4	7,8	72,6	7,8	1,000

Fator avaliado	Primeira avaliação	Segunda avaliação	Deveriam ter melhorado	Melhoraram	Não melhoraram	Pioraram	p-valor McNemar
Programa de gerenciamento de resíduos de saúde	3,9	5,9	96,1	3,9	92,2	2,0	1,000
Transporte adequado inter-hospitalar	2,0	0,0	98,0	0,0	98,0	2,0	0,000

Não se observaram diferenças na avaliação dos fatores relativos às legislações afins ao cuidado do idoso, provavelmente porque essas eram prerrogativas de outros departamentos fiscalizatórios, mas quando inadequadas, afetam o processo de trabalho da enfermagem.

DISCUSSÃO

Os dados apontam que, entre a primeira e segunda fiscalização, houve melhora significativa (em torno de 80%) na legalidade do exercício profissional de enfermagem nas ILPI, garantindo a segurança para a sociedade civil com relação ao exercício legal da enfermagem. Este resultado se deve ao cumprimento da Lei Federal n. 5.905/73, da Lei do Exercício Profissional 7.498/86 e do decreto regulamentador 9.4406/87.¹⁰⁻¹¹ Esta prerrogativa compreende que, além da capacidade técnica, os títulos devem estar devidamente registrados e a inscrição efetuada no órgão disciplinador do exercício da profissão.¹²

O índice significativo de 88,02% de instituições que contam com atividades técnicas de enfermagem sem a supervisão do enfermeiro é uma arbitrariedade à Lei do Exercício Profissional e aos direitos do idoso a uma assistência integral da equipe de enfermagem. A Lei do Exercício Profissional em Enfermagem é enfática quando, no seu Art. 15, destaca que todas as atividades exercidas por técnicos e auxiliares de enfermagem, em instituições que cuidem da saúde pública e privada e em programas de saúde, só podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão do enfermeiro. Todas as ILPI deveriam possuir 100% de enfermeiros, tanto na primeira quanto na última avaliação, pois elas oferecem o serviço de enfermagem nas 24 horas de funcionamento.¹⁰⁻¹¹

Outro fator relevante que se esperava adquirir melhora nos retornos fiscalizatórios foi quanto à presença de enfermeiros na instituição com Certidão de Responsabilidade Técnica (CRT). Na avaliação final 86,3% das ILPI ainda se mantinham sem o enfermeiro responsável técnico. Isto demonstra o déficit de profissionais e os obstáculos à implantação da SAE. Acredita-se que o não cumprimento deste ato de infração se deve aos baixos salários oferecidos

aos profissionais, à forma contratual e ao desconhecimento dos enfermeiros de suas reais atribuições, ao serem designados como responsáveis técnicos pelo serviço de enfermagem de uma ILPI.

Quando o enfermeiro é notificado para a abertura CRT, segundo a Resolução Cofen 509/2016, ele recebe orientação sobre todas as responsabilidades desenvolvidas na instituição, como planejamento, organização, direção, coordenação, execução e avaliação dos serviços de enfermagem.¹³ Ao tomar conhecimento formal destas atribuições a maioria dos enfermeiros desiste da emissão do CRT, pedindo demissão das ILPI.¹³

No que diz respeito à SAE, ainda é necessário empenho por parte da gestão administrativa e da própria equipe de enfermagem, para que os princípios básicos organizacionais para implantação da SAE e Processo de Enfermagem nas ILPI possam ser atendidos. É preciso viabilizar o método, os instrumentos e um quantitativo mínimo e adequado de pessoal. Na falta de um desses itens se torna inviável a implantação da SAE.¹⁴

Ainda, os enfermeiros precisam ter conhecimento das teorias de enfermagem para que as ações originárias da SAE sejam embasadas em conceitos teóricos já consolidados na enfermagem e na gerontologia, e eles sejam capazes de escolher a que melhor atenda as necessidades do contexto dos idosos residentes, com foco na manutenção da capacidade funcional.^{12,14} Conhecer o perfil dos Diagnósticos de Enfermagem também pode possibilitar aos enfermeiros planejar os cuidados de enfermagem de maneira individualizada.¹⁵

Sobre a elaboração de prontuários, a literatura recomenda que o enfermeiro priorize o cuidado com o idoso com foco na utilização da Avaliação Multidimensional do Idoso, que combinam aspectos prioritários do processo de envelhecimento, embora existam dificuldades estruturais, organizacionais, econômicas e de escassez de trabalhadores que limitem essa elaboração dos prontuários pelos enfermeiros.¹⁶

As ILPI possuem infraestrutura e recursos humanos escassos, o que é um problema frequentemente pontuado na agenda político-científica na área da geriatria e da gerontologia. O número de

profissionais é reduzido e eles estão submetidos a uma sobrecarga de atividades; por conseguinte, há o comprometimento da assistência ao idoso e a própria saúde do trabalhador.^{5,17-18} Além disto, cuidadores fazem parte das escalas do serviço de enfermagem sendo erroneamente descritos como da equipe de enfermagem.¹⁶

No entanto, o ato de delegar não significa se eximir da responsabilidade, que é intransferível. O enfermeiro mantém a sua responsabilidade diante de um possível dano realizado pelo cuidador, uma vez que é de sua obrigação a supervisão das atividades dos membros da equipe de enfermagem sob sua liderança.¹²

Apesar da importância das ILPI como alternativa de cuidados em todo o mundo, no Brasil ainda não há um instrumento válido e confiável para monitorar a sua qualidade. Existem hoje dois instrumentos de avaliação da qualidade nessas instituições: um é fundamentado na RDC 283/2005, da ANVISA, que define condições mínimas de funcionamento das ILPI. Os indicadores de qualidade referentes à assistência ao idoso (quedas, úlceras por pressão, internações, diarreia, desnutrição, desidratação e contenção) são pouco utilizados pelas ILPI, diferente do que é preconizado pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 283/05 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).²

Outro instrumento utilizado é uma ferramenta avaliativa baseada em regulamentações do Coren-RS e da RDC 283/2005. Além da ausência de validação, ambas se limitam por uma considerável especificidade, pois contemplam principalmente indicadores de estrutura ou pelo direcionamento exclusivo aos enfermeiros em um contexto complexo e multiprofissional das ILPI.¹⁹⁻²⁰

Com relação ao cumprimento das legislações afins ao cuidado do idoso institucionalizado nas ILPI, o Coren-RJ não notifica a pessoa jurídica, mas elabora um relatório circunstanciado sugerindo adequações de funcionamento que é encaminhado às autoridades competentes, nos casos que interferem direta ou indiretamente na assistência. Diante disso, não houve mudança em nenhum dos quesitos entre a primeira e a última avaliação.

Um fator relevante nas legislações afins ao idoso é a prescrição de medicamentos, a qual teve uma melhora, porém não significativa, do ponto de vista estatístico. Na última avaliação, a média de 72,5% das ILPI ainda apresentava problemas relativos à prescrição médica. Estes itens, embora ligados à equipe de enfermagem (é o enfermeiro que apraza os medicamentos para os técnicos e

auxiliares de enfermagem administrarem), fazem parte da legislação afim ao cuidado do idoso.

A equipe de enfermagem não é responsável por avaliar ou validar prescrição de medicamentos, sendo responsável pela administração dos medicamentos dentro do prazo de validade da prescrição médica. Cabe ao médico a prescrição de medicamentos com o devido prazo de validade e, ao farmacêutico, cabe a guarda e a proteção dos mesmos, conforme dispõe a Portaria do Ministério da Saúde e da Secretaria de Vigilância Sanitária 344/98.²¹

Não desconsiderando a complexidade do assunto, o Cofen lança mão da Resolução 487/15, na qual consta que é vedado aos profissionais de enfermagem o cumprimento da prescrição médica à distância ou quaisquer outros meios, se não constarem o carimbo e a assinatura do médico, assim como a execução da prescrição médica fora da validade.²²

A resolução 487/15 elucida que os profissionais de enfermagem que forem obrigados a executar a prescrição médica fora da validade ou sem o prazo de validade devem se abster de fazê-la, bem como, denunciar o fato e os envolvidos ao Coren de sua jurisdição, que deve, na tutela do interesse público, tomar as providências cabíveis.²²

Um erro de administração de medicação pode ocorrer em qualquer etapa do processo de uso de medicamentos. Além disso, são associados com erros de medicação se o incidente tem o potencial de prejudicar um paciente e se for uma dose de medicação crítica (por exemplo, um antibiótico intravenoso que não é administrado, é considerado tanto um erro de medicação, como um evento adverso de medicamento potencial).²³

Nos casos de urgência e emergência com os idosos, poucas ILPI acionam o Sistema Móvel de Urgência e Emergências (SAMU), como tratado na Portaria 2048/02. Os responsáveis legais pelas ILPI, em sua maioria, transportam os idosos por meios próprios, não levando em conta os riscos aos quais estão expostos.²⁴

Devem ser implementadas intervenções que garantam um sistema seguro de assistência. Isto se baseia nas iniciativas que cada serviço pode começar a implementar a partir de gestão diária, contribuindo para a qualidade da assistência em torno da segurança dos pacientes, satisfação do idoso e família e inclusão da ILPI na esfera social.^{18,25-26}

Embora se admita a limitação metodológica intrínseca ao estudo documental, com dados coletados retrospectivamente, a confiabilidade e a validade dos dados se afirmaram pelas características origi-

nais do local de estudo, pela capacitação uniforme dos fiscais e pela definição dos pilares universais para o registro do relatório de inspeção. Tais características contribuíram para a robustez dos dados, que permitiu a comparação dos achados selecionados como amostra, ou seja, que continham no mínimo duas fiscalizações. Porém, o número amostral poderia ser superior, caso existissem relatórios com mais de uma visita ou se tratasse de unidades previstas no planejamento anual dos serviços de saúde a serem fiscalizados, como as unidades hospitalares ou centros de saúde. Nas ILPI, por serem consideradas e normatizadas como da esfera social, as fiscalizações, em sua maioria, ainda se centralizam em pedidos de CRT ou por denúncia, o que pode ter influenciado nos dados com instituições hipoteticamente precárias ou com inconformidades.

CONCLUSÃO

Os resultados apresentados na última avaliação de fiscalização foram sensíveis às fiscalizações ao traduzirem parâmetros de avanços na qualidade dos serviços oferecidos aos residentes institucionalizados e também na assistência integral de enfermagem. Este estudo constitui pesquisa inédita relacionada ao processo de trabalho da fiscalização dos Conselhos Federal de Enfermagem e Regional do Rio de Janeiro no nicho de atuação das Instituições de Longa Permanência para Idosos. Por ser a enfermagem a maior categoria profissional desenvolvendo ações nas 24 horas de funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos, propõe-se, com esta pesquisa, que órgãos competentes (em destaque o Ministério Público e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária) estejam sensíveis ao estreitamento das parcerias nas fiscalizações conjuntas, viabilizando o alcance de melhores resultados e a inclusão destas instituições na esfera socio sanitária.

REFERÊNCIAS

- Schumacher KL, Marren J. Home care nursing for older adults: state of the science. *Nurs Clin North Am* [Internet]. 2004 Sep [cited 2017 Mar 10]; 39(3):443-71. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15331297>
- Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC n. 283 de 26 de setembro de 2005. Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos [Internet]. 2005 Sep [cited 2017 Mar 10]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html
- Carvalho VL. [Profile of long-stay institutions for the elderly located in a capital of Northeast]. *Cad Saúde Colet* [Internet]. 2014 Abr/Jun [cited 2017 Mar 10]; 22(2):184-91. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n2/1414-462X-cadsc-22-02-00184.pdf>
- Silva BT, Santos SS, Silva MR, Sousa LD. [Perception of the elderly on the institutionalization: reflection on nursing care]. *Rev Rene* [Internet]. 2009 [cited 2017 Mar 10]; 10(4):118-25. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/10.4/pdf/v10n4a13.pdf>
- Portella MR, Dias RF, Dias PS. Desafios e perspectivas da enfermagem gerontológica: o olhar das enfermeiras. *Rev Bras Cien do Env Humano*. 2013 Mai-Ago; 9(2):226-37.
- Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *R Bras Est Pop* [Internet]. 2010 Jan/Jun [cited 2017 Mar 10]; 27(1):232-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v27n1/14.pdf>
- Castle NG, Sonon KE. A culture of patient safety in nursing homes *Qual Saf Health Care* [Internet]. 2006 Dec [cited 2017 Mar 10]; 15(6):405-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2464891/>
- Lee HY, Shin JH, Harrington C. Comparing the nurse staffing in Korean and US nursing homes. *Nurs Outlook* [Internet]. 2015 Mar-Apr [cited 2017 Mar 10]; 63(2):137-43. Available from: [http://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554\(14\)00158-4/pdf](http://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554(14)00158-4/pdf)
- Camarano AA. Cuidado de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA; 2010.
- Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Lei Federal n. 5.905/73, de 12 de julho de 1973. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: Cofen; 1973 [cited 2017 Mar 10]. Available from: http://www.cofen.gov.br/lei-n-590573-de-12-de-julho-de-1973_4162.html
- Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Lei 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: Cofen; 1986 [cited 2017 Mar 10]. Available from: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html
- Przenyczka RA, Kalinowski LC, Lacerda MR, Wall ML. Conflitos éticos da enfermagem na atenção primária à saúde e estratégias de enfrentamento. *Ciência, Cuidado e Saúde* [Internet]. 2011 [cited 2017 Mar 10]; 10(2):330-7. Available from: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/12849>
- Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução Cofen Nº 0509/2016. Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro

- Responsável Técnico [Internet]. Brasília, DF: Cofen; 2016 [cited 2017 Mar 10]. Available from http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05092016-2_39205.html
14. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução Cofen-358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem [Internet]. Brasília (DF): Cofen; 2009 [cited 2017 Mar 10]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html
 15. Garbaccio JL, Ferreira AD. Diagnósticos de enfermagem em uma instituição de longa permanência para idosos. *Rev Enferm Cent O Min* [Internet]. 2012 Set/Dez [cited 2017 Mar 10]; 2(3):303-13. Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/218/345>
 16. Santos SS, Lopes RS, Silva BT, Barros EJ, Silva ME, Hammerschmidt KS, et al. Pesquisa-ação na elaboração de Manual de Normas, Rotinas e Técnicas de enfermagem. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2011 Mar/Abr [cited 2017 Mar 10]; 5(spe):426-34. Available from: <http://repositorio.furg.br/handle/1/1135>
 17. Zúñiga F, Ausserhofer D, Hamers JP, Engberg S, Simon M, Schwendimann R. The relationship of staffing and work environment with implicit rationing of nursing care in Swiss nursing homes - A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2015 Sep [cited 2017 Mar 10]; 52(9):1463-74. Available from: [http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(15\)00165-0/abstract](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(15)00165-0/abstract)
 18. Umpiérrez AF, Fort FZ, Tomás VC. Adverse events in health and nursing care: patient safety from the standpoint of the professional's experience. *Text Context Nursing* [Internet]. 2015 Apr/June [cited 2017 Mar 10]; 24(2):310-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/0104-0707-tce-24-02-00310.pdf>
 19. Nakrem S, Vinsnes AG, Harkless GE, Paulsen B, Seim A. Nursing sensitive quality indicators for nursing home care: international review of literature, policy and practice. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2009 Jun [cited 2017 Mar 10]; 46(6):848-57. Available from: [http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(08\)00339-8/pdf](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(08)00339-8/pdf)
 20. Oliveira WI, Hernández PJ, Sousa KM, Pluvezam G, Gama ZA. Semantic and conceptual equivalence of the observable indicators of Nursing Home Care Quality Instrument. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 10]; 21(7):2243-56. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000702243
 21. Brasil. Portaria N. 344/98, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial [Internet]. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 1998 [cited 2017 Mar 10]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html
 22. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução Cofen N. 487/2015. Veda aos profissionais de Enfermagem o cumprimento da prescrição médica a distância e a execução da prescrição médica fora da validade [Internet]. Brasília (DF): Cofen; 2015. [cited 2017 Mar 10]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-4872015_33939.html
 23. Ferrah N, Lovell JJ, Ibrahim, JE. Systematic review of the prevalence of medication errors resulting in hospitalization and death of nursing home residents. *J Am Geriatr Soc*. 2017; 65:433-42. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.14683/full>
 24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N. 2.048, de 5 de novembro de 2002 [Internet]. Brasília, DF: Diário Oficial da União; Estabelece a Política Nacional de Atenção às Urgências. 2002. [cited 2017 Mar 10]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html
 25. Villar F, Serrat, R. Changing the culture of long-term care through narrative care: Individual, interpersonal, and institutional dimensions. *J. aging stud.*, 40: 44-48, 2017. Available from: <http://doi.org/10.1016/j.jaging.2016.12.007>
 26. Dantas CM, Bello FA, Barreto KL, Lima LS. [Functional ability of elderly with chronic diseases living in Long-Stay Institutions]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2017 Mar 10]; 66(6):914-20. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000600016