

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS  
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E NEGÓCIOS  
NÍVEL MESTRADO PROFISSIONAL**

**CLÉBER COLPES LACERDA**

**INDICADORES DE GESTÃO PARA INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA  
PARA IDOSOS: Um estudo em uma entidade confessional**

**Porto Alegre**

**2020**

CLÉBER COLPES LACERDA

**INDICADORES DE GESTÃO PARA INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA  
PARA IDOSOS: Um estudo em uma entidade confessional**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Gestão e Negócios da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Orientador: Prof. Dr. Luis Felipe Maldaner

Porto Alegre

2020

L131i

Lacerda, Cléber Colpes.

Indicadores de gestão para instituições de longa permanência para idosos: um estudo em uma entidade confessional / Cléber Colpes Lacerda. – 2020.

92 f. : il. color. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Gestão e Negócios, Porto Alegre, 2020.

“Orientador: Prof. Dr. Luis Felipe Maldaner.”

1. Idosos. 2. Idosos – Assistência em instituições. 3. Instituições de longa permanência. I. Título.

CDU 658

CLÉBER COLPES LACERDA

**INDICADORES DE GESTÃO PARA INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA  
PARA IDOSOS: Um estudo em uma entidade confessional**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Gestão e Negócios da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Aprovado em (dia) (mês) (ano)

BANCA EXAMINADORA

---

Componente da Banca Examinadora – Instituição a que pertence

---

Componente da Banca Examinadora – Instituição a que pertence

---

Componente da Banca Examinadora – Instituição a que pertence

Dedico este trabalho à Instituição que me possibilitou sonhar com este projeto desafiador e principalmente por apostar nele; serei grato a todos que estiveram envolvido neste processo de construção de conhecimento.

Agradeço a pessoas muito especiais que me apoiaram em momentos difíceis desta trajetória, as mulheres da minha vida, minha Mãe e minha noiva.

## RESUMO

Este estudo tem como objetivo principal a construção de um framework de indicadores para monitorar, controlar e avaliar a gestão de eficiência assistencial e financeira dentro de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), de uma entidade confessional, baseado nas melhores práticas de cuidado e de gestão. A mudança no perfil etário de uma sociedade implica novos desafios para a gestão pública, desde a inserção do tema envelhecimento na formulação de políticas públicas à implementação de ações preventivas e de cuidado, direcionadas às necessidades dos idosos. O processo proposto visa promover a estruturação e melhoria contínua da assistência aos idosos residentes da instituição, sustentados pelo referencial teórico e pelas experiências e vivências do gestor. O método escolhido foi o Design Science Research, que propõe dividir estruturalmente o problema do projeto em problemas práticos e de conhecimento, direcionados à construção de um artefato que sustente melhores soluções para os problemas já existentes. O presente artefato tem como objetivo a organização dos componentes do ambiente interno para atingir as metas estabelecidas para o ambiente externo. O modelo proposto e implantado contribui para promover mudanças na administração do cuidado aos idosos em ILPIs, facilitando a execução das atividades, além de permitir a medição dos resultados alcançados.

**Palavras-chave:** Instituições de longa Permanência. Idosos. Indicadores.

## **ABSTRACT**

This study has as main objective the construction of a structure of indicators to monitor, control and evaluate the management of assistance and financial economy within a Long Term Care Institution for the Elderly (ILPI) of a confessional entity, based on the best treatment and treatment practices. management. A change in the age profile of a society implies new challenges for public management, from the insertion of the theme that affects public policies to the implementation of preventive actions and targeted care as the requirements of the elderly. The proposed process aims to promote the structuring and continuous improvement of assistance to the elderly residents of the institution, supported by the theoretical framework and by the manager's experience. The chosen method was Design Science Research, which divides the design problem into practical and knowledge problems, aimed at building an artifact that offers the best solutions to existing problems. The present artifact aims to organize the components of the internal environment to achieve the goals established for the external environment. The model adopted and implemented contributes to promote changes in the administration of care for the elderly in LTCFs, facilitating the execution of activities, in addition to allowing access to the results achieved.

**Keywords:** Institutions of long stay, elderly indicators

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Delimitação esquemática do tema de pesquisa .....	20
Figura 2 - Dimensões avaliativas do IOQ.....	32
Figura 3 - Fatores de risco para quedas .....	38
Figura 4 - Modelo de etapas do DSR. ....	59
Figura 5 - Artefato para proposta do <i>framework</i> para a gestão de Instituições de Longa Permanência de Idoso (ILPI).....	79



## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Expectativa de vida da população de 1920 – 2020 .....	14
Gráfico 2 - Número de pessoas população geral x número de idosos de 1920 a 2020. .....	14
Gráfico 3 - População total de religiosos da Companhia no Brasil.....	15
Gráfico 4 - Idade média dos membros da entidade concessionária nas suas quatro comunidades de Saúde e Bem-estar. ....	26
Gráfico 5 - Idade das pessoas idosas vinculadas a uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do Sul do Brasil.....	62
Gráfico 6 - Distribuição em grupos etários das pessoas idosas vinculadas a uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do Sul do Brasil.....	63
Gráfico 7 - Escolaridade das pessoas idosas vinculadas a uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do Sul do Brasil.....	64
Gráfico 8 - Doenças crônicas entre as pessoas idosas vinculadas a uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do Sul do Brasil.....	65
Gráfico 9 - Grau de dependência das pessoas idosas vinculadas a uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do Sul do Brasil, nos meses de janeiro, junho e dezembro de 2019. ....	66
Gráfico 10 - Ocorrência de quedas entre as pessoas idosas vinculadas a uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do Sul do Brasil.....	67
Gráfico 11 - Ocorrência de úlceras de pressão entre as pessoas idosas vinculadas a uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do Sul do Brasil.....	68
Gráfico 12 - Profissionais vinculados à equipe operacional de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do Sul do Brasil.....	70
Gráfico 13 - Consultas externas de pessoas vinculadas a uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do Sul do Brasil.....	71
Gráfico 14 - Exames de pessoas vinculadas a uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do Sul do Brasil.....	72
Gráfico 15 - Consultas odontológicas de pessoas vinculadas a uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do Sul do Brasil.....	73
Gráfico 16 - Atendimentos de urgência de pessoas vinculadas a uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do Sul do Brasil.....	74

Gráfico 17 - Internações de pessoas vinculadas a uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do Sul do Brasil.....	75
Gráfico 18 - Procedimentos ambulatoriais de pessoas vinculadas a uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do Sul do Brasil.....	76
Gráfico 19 - Ticket médio de pessoas vinculadas a uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do Sul do Brasil.....	77
Gráfico 20 - Relação entre o custo de serviços interno x serviços externos. ....	78

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Método de Barthel .....	28
Quadro 2 - Escala de atividades básicas de vida diária. Índice de Katz .....	36
Quadro 3 - Síntese dos indicadores selecionados .....	61
Quadro 4 - Evolução no prontuário .....	69

## LISTA DE SIGLAS

AESC	Associação Educadora São Carlos
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASAV	Associação Antônio Vieira
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
FURG	Universidade Federal de Rio Grande
HQO	<i>Health Quality Ontario</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
IOQ	<i>Observable Indicators of Nursing Home Care Quality Instrument</i>
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNI	Política Nacional do Idoso
PPCI	Plano de Prevenção de Combate a Incêndio
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAS	Secretaria de Ação Social
UNISINOS	Universidade do Vale do Rio dos Sinos

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
1.1 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA .....	17
1.2 O PROBLEMA DA PESQUISA .....	19
1.3 OBJETIVOS .....	19
<b>1.3.1 Objetivo Geral</b> .....	<b>19</b>
<b>1.3.2 Objetivos Específicos</b> .....	<b>19</b>
1.4 DELIMITAÇÃO DO TEMA .....	20
1.5 ESTRUTURA DO TEXTO DESTA DISSERTAÇÃO .....	21
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>23</b>
2.1 PERFIL DOS IDOSOS .....	23
2.2 MODELOS DE GESTÃO EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS .....	27
2.3 EIXO DE CONSTRUÇÃO DOS INDICADORES .....	32
<b>2.3.1 Indicadores Assistenciais</b> .....	<b>34</b>
2.3.1.1 Perfil epidemiológico .....	34
2.3.1.2 Grau de dependência .....	35
2.3.1.3 Incidência de quedas .....	38
2.3.1.4 Incidência de úlceras de pressão .....	40
<b>2.3.2 Indicadores de Eficiência</b> .....	<b>42</b>
2.3.2.1 Prontuário eletrônico .....	42
2.3.2.2 Utilização de serviços terceirizados .....	46
<b>2.2.3 Indicadores de Gestão</b> .....	<b>50</b>
2.2.3.1 Processos de trabalho .....	50
2.2.3.2 Ticket Médio .....	51
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>53</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>60</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>81</b>
5.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO .....	83
5.2 SUGESTÕES DE ESTUDOS FUTUROS .....	83
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>84</b>
<b>APÊNDICE A - APRESENTAÇÃO DOS INDICADORES EXIGIDOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA ILPI</b> .....	<b>90</b>

**APÊNDICE B - ÁREAS DE ATUAÇÃO NO RELATÓRIO HQO SOBRE O SISTEMA DE SAÚDE DE ONTÁRIO .....92**

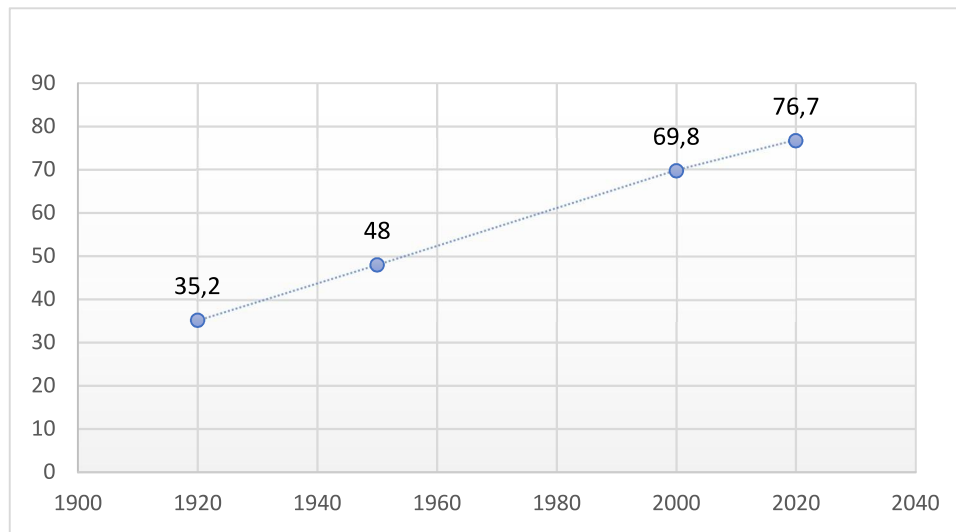
## 1 INTRODUÇÃO

O Brasil, assim como outros países, vive o envelhecimento da sua população, reflexo das modificações demográficas das últimas décadas, as quais resultaram na redução das taxas de mortalidade e de fecundidade no país e no aumento da expectativa de vida. (IBGE, 2020). (Gráfico 1). Os idosos se tornam longevos. À medida que o processo de mudança do perfil da sociedade ocorre, observa-se a emergência de melhorias nos modos de vida, na legislação, bem como nas condições de saúde. Contudo, a tendência é que esse processo eleve também o número de idosos demandantes de cuidados. (IPEA, 2011).

O fenômeno do envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea. Embora tenha ocorrido inicialmente em países desenvolvidos, deu-se de forma mais lenta que nos países em desenvolvimento, onde o envelhecimento da população ocorre de forma acentuada, a exemplo do Brasil que levou apenas 40 anos para duplicar sua população de idosos, de 5,1% para 10,8%. Já a França, essa duplicação da população de idosos, de 7,0% para 14,0%, levou 115 anos para efetivar-se. Situações similares são também identificadas, em outros países desenvolvidos como a Bélgica, que precisou de cem anos para duplicar a sua população de idosos. (OPAS, 2019).

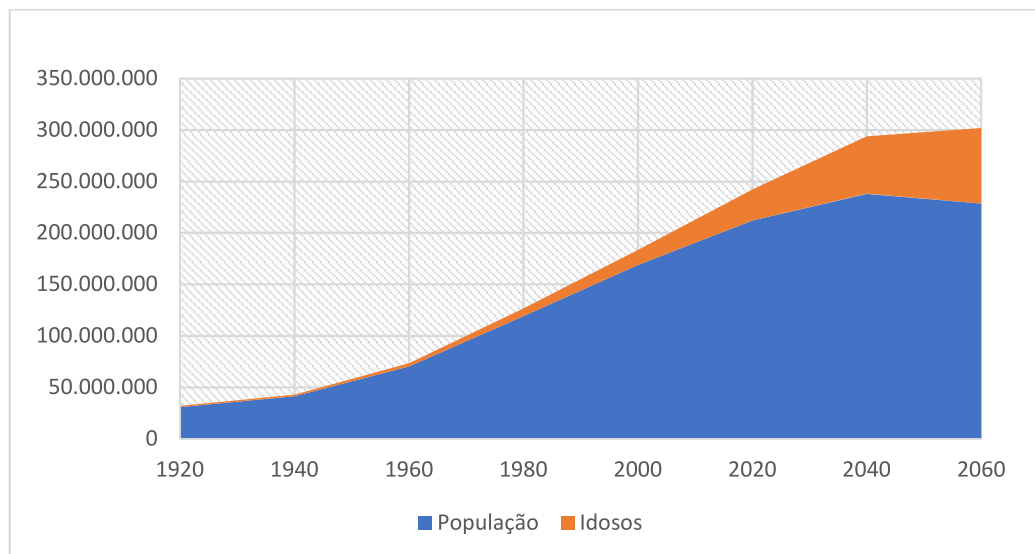
No decorrer desse processo, o Brasil se tornou um país “jovem de cabelos brancos”. (VERAS, 2009, p. 549). De acordo com Veras, estima-se que, na segunda metade do século XXI, o Brasil seja a sexta nação com maior número de pessoas com mais de 60 anos de idade. A população brasileira total, em 1920, era de aproximadamente 30 milhões de pessoas, sendo que 1.225.424 eram idosos. Em 2020, a população total passou para aproximadamente 211 milhões de pessoas, destes, 14,3% são idosos, o que corresponde a população brasileira de 1920 (Gráfico 2).

Gráfico 1 - Expectativa de vida da população brasileira de 1920 – 2020.



Fonte: IBGE (2020), adaptado pelo autor.

Gráfico 2 - Número de pessoas população geral x número de idosos de 1920 a 2020



Fonte: IBGE (2020), adaptado pelo autor.

A realidade populacional brasileira demonstra que a expectativa de vida duplicou em um século. Em 1920, a idade média vivida era de 35,2 anos, atualmente em 2020, é de 76,5 anos (gráfico 1). Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população com mais de 60 anos passou de aproximadamente 14,5 milhões em 2000, para 30,2 milhões, em 2020, e a perspectiva é de que em 2060 atinja 73,5 milhões. (IBGE, 2020). As estatísticas preveem que, nas próximas décadas, sejam acrescentados aos números populacionais 1,0 milhão de idosos ao ano. (IBGE, 2015).

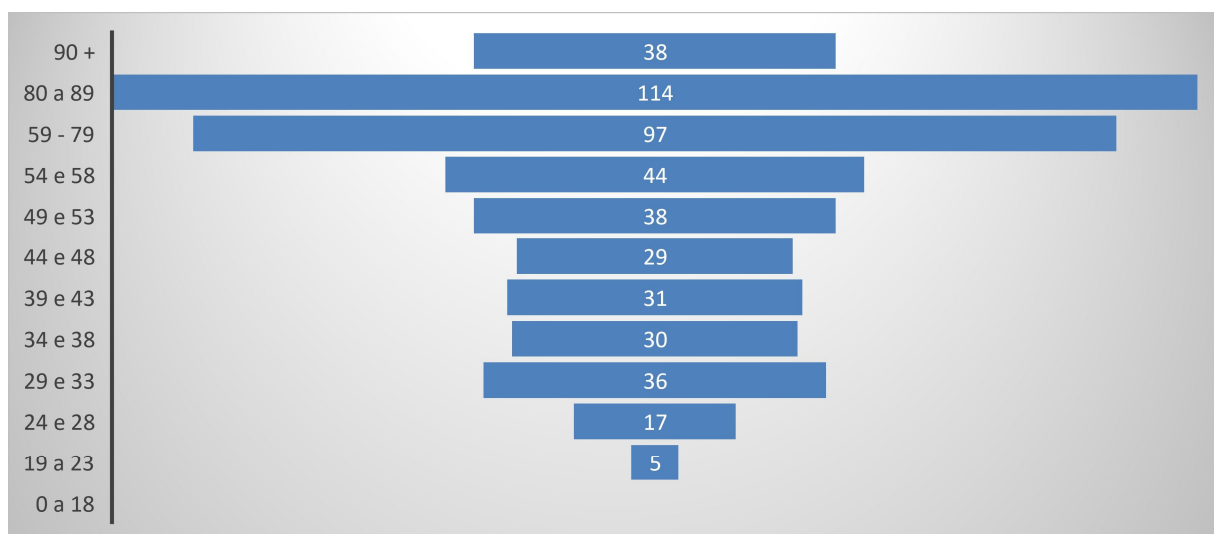


Dadas as evidências de crescimento da população em idade avançada, gerir serviços que possam atender a esse nicho populacional, assegurando seu bem-estar de forma sustentável, torna-se, portanto, um problema relevante, sob o aspecto da gestão organizacional. A tendência de crescimento da população idosa remete à identificação de modelos assistenciais e de negócio que lhes permita a manutenção da sua autonomia, assegurando-lhe a assistência necessária a custos compatíveis com a qualidade de serviço desejada.

A longevidade contrapõe-se ao temor da perda das capacidades funcionais e psíquicas, da vulnerabilidade a doenças e à necessidade de dependência de outros. (PASCHOAL, 2006). Por outro lado, o avançar da idade não apaga a história de vida dos indivíduos, nem seus conhecimentos e experiências, fato que deve ser levado em consideração quando se discute o envelhecimento de uma população: muitos dos idosos de hoje foram os responsáveis pelos ideais e ações sociais desenvolvidos no passado. Exemplo disso é a congregação religiosa a qual este trabalho de pesquisa propõe-se a acompanhar.

Trata-se de uma entidade que faz parte da construção histórica de diversos países, dentre eles o Brasil, como promotores da fé, da justiça e da educação. Os religiosos passam pelo mesmo processo de envelhecimento que população nacional. Vivem os mesmos dilemas. Atualmente, segundo informações do banco de dados de 2019, da Companhia, há cerca de 479 membros idosos no Brasil, sendo 249 com idade superior a 60 anos, e 152 possuem mais de 80 anos de idade (gráfico 3).

Gráfico 3 - População total de religiosos da Companhia no Brasil



Fonte: Elaborado pelo autor, com base em dados fornecidos pela Companhia, cuja identidade ficou, a pedido, preservada.

A mudança no perfil etário de uma sociedade implica novos desafios para a gestão pública, desde a inserção do tema envelhecimento, na formulação de políticas públicas, à implementação de ações preventivas e de cuidado direcionadas às necessidades dos idosos. (COSTA; MERCADANTE, 2013). Dessa forma, parte dessa população, principalmente os que necessitam de cuidados especiais de saúde, acaba sendo levada a residir em casas de repouso ou instituições geriátricas. A categorização formal para essas organizações são as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). (IPEA, 2011).

As ILPIs são organizações governamentais ou não governamentais que, em seu princípio, devem assegurar condições de bem-estar e proporcionar atendimento integral com serviço especializado, visando à promoção e à proteção social, à manutenção da saúde física e emocional, aos cuidados pessoais e ao convívio sócio familiar à pessoa idosa. Deve fazer parte da missão de uma ILPI manter-se como um lugar onde a vida seja valorizada e a dignidade do idoso seja reconhecida. (IPEA, 2011).

Entretanto, nem todas ILPIs apresentam os mesmos padrões de gestão ou de composição de custos e receitas, o que se reflete na qualidade do atendimento prestado aos pacientes moradores. Isso se dá, em parte, ao custo de infraestrutura e operação das ILPI. Para poder atender a essas necessidades, as instituições precisam adaptarem seu ambiente físico com equipamentos de apoio, com programas adequados ao atendimento realizado e plano de trabalho a ser executado por profissionais qualificados. (IPEA, 2011).

As Comunidade de Saúde e Bem-Estar do grupo religioso avaliado caracterizam-se como ILPI e, no que se refere ao acompanhamento nessa fase da vida, a congregação organizou-se em casas de saúde e assistência, criadas para o amparo de seus membros. Essas casas contam com equipes multidisciplinares e recebem o nome de Comunidade de Saúde e Bem-estar, visando ao cuidado integral dos religiosos. (WOIFF, 2014).

Para que cumpram sua finalidade, essas unidades, como outras organizações similares, requerem ações atentas de gestão e o aprimoramento contínuo de mecanismos de monitoramento e tomada de decisão, que corresponde à esfera de atuação da gestão organizacional. É neste contexto, de gestão da promoção e acolhimento da saúde e do bem-estar do idoso, que se insere o presente trabalho.

## 1.1 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

No Brasil, grande parte das ILPIs é governada por instituições filantrópicas, cuja fonte de receita é o valor recebido pelos moradores, que em sua grande maioria, é composta por idosos de baixa renda. (SALCHER, 2015). Como consequência da falta de recursos financeiros, as instituições tendem a carecer de recursos humanos adequados para atender à demanda.

Os atuais modelos de atendimento prestados aos idosos nas ILPIs estão apoiados nas formas generalizadas de atendimento à população idosa, dispensando, em geral, serviço precário. (DE OLIVEIRA, 2014). Apesar da existência de normatizações estabelecidas legalmente para o funcionamento das ILPIs, como a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 283/2005, encontram-se falhas no processo de administração, seja pela falta de recursos, seja pela falta de profissionais especializados no cuidado com o idoso, seja pela inexperiência dos gestores. (SALCHER, 2015; LINI, 2015).

Somados às dificuldades relacionadas à precariedade e aos altos custos dos serviços requeridos para terceira idade, observa-se, ainda, a dificuldade familiar em relação ao cuidado, a dificuldade do próprio idoso de se adaptar e acompanhar a modernização, o preconceito e o desrespeito, consequências da incompreensão e da desinformação. Diante da complexidade de administração dos aspectos que envolvem o contexto em questão, gerir uma ILPI se torna um aspecto relevante para propostas mais aprofundadas em Administração.

No Brasil, até o presente ano de 2020, não se dispõe de ferramentas validadas para avaliação de qualidade dos serviços prestados nessas instituições. Em revisão bibliográfica, identificaram-se apenas dois modelos avaliativos de ILPI no País. O primeiro, fundamentado na RDC Nº. 283/2005, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que define condições mínimas de funcionamento das ILPI; e o segundo, baseado nas regulamentações do Conselho Estadual de Enfermagem do Rio Grande do Sul. Além da ausência de validação, ambos possuem limitações quanto aos indicadores, pois contemplam basicamente indicadores estruturais e estão direcionados exclusivamente a profissionais de enfermagem (FELICIAN *et al.*, 2011).

No bloco dos países desenvolvidos são encontradas iniciativas nacionais de qualidade, visando à melhoria da prestação de cuidados aos idosos pelas ILPIs. Centradas em controle interno, essas iniciativas asseguram o seguimento das leis e

regulamentações vigentes. Nos Estados Unidos, foi criada uma ferramenta avaliativa da qualidade do cuidado prestado em ILPI, o *Observable Indicators of Nursing Home Care Quality Instrument* (IOQ). Esse instrumento, que se encontra na sua décima versão, é utilizado em diversos países, como Reino Unido, Canadá, Islândia e Coreia do Sul, e avalia indicadores estruturais e de processo de enfermagem. (OLIVEIRA, 2016).

Como mencionado anteriormente, percebe-se, no contexto geral que envolve a questão da pesquisa, em âmbito nacional e internacional, uma escassez de referenciais literários sobre a construção de indicadores direcionados para o monitoramento, controle e avaliação de ILPI. Em contrapartida, o desenvolvimento de sistemas de indicadores para esse fim pode ampliar a profissionalização e os instrumentos de organização dessa modalidade de serviços em saúde, de modo a responder às maiores demandas populacionais, decorrentes do envelhecimento coletivo.

Uma busca nas bases da plataforma PUBMED com as palavras-chave "*Indicators long-term elderly*" e "*Indicators long-term management elderly*", no período de 2012 a 2017, e com horizonte de textos completos e revistas acadêmicas revelaram-se 65 artigos. Da análise dessa produção, os artigos "*Semantic and conceptual equivalence of the observable indicators of Nursing Home Care Quality Instrument*" (OLIVEIRA, 2016) e "*Substantial between-country differences in organising community care for older people in Europe: a review*" (VAN EENOO, 2016) mostraram-se relevantes ao tema em questão. Outra expressão de busca utilizada nessa mesma base de dados foi "*management indicator*" + "*long term care institution*". Localizaram-se, a partir dessa busca, 3 artigos, nos últimos 5 anos, que dispunham de texto completo. Contudo, suas abordagens referem-se a questões sobre o cuidado de necessidades específicas do idoso, como risco de quedas, maus tratos e úlceras de pressão. Por não abrangerem outros indicadores de gestão, não se alinham ao objetivo deste trabalho.

Em busca realizada em outra plataforma, o EBSCO host, com o termo "*long-term institution elderly*", selecionando artigos completos e revistas acadêmicas, e período referente aos últimos sete anos, foram encontrados 10 artigos. Apenas o artigo "*Long-term elderly care: quality assurance challenges for local governments*" (REZGALE-STRAIDOMA; RASNAČA, 2016) possui abordagem condizente ao tema em estudo.

Tendo como base a experiência do autor em instituições similares, nas quais não há a utilização de indicadores para gestão, e as atuais necessidades para uma gestão tático-operacional, este trabalho busca reconhecer os indicadores assistenciais, de eficiência e gestão em ILPI como ferramentas de compreensão e geração de informações. A utilização dos indicadores poderá, da mesma forma, prover informações elementares à elaboração do planejamento estratégico de ILPI.

## 1.2 O PROBLEMA DA PESQUISA

Como se percebe, há uma significativa escassez de literatura específica para indicadores de monitoramento, controle e avaliação de gestão de ILPI, mais especificamente da qualidade assistencial, da eficiência e da sustentabilidade econômica. Esse objeto figura como eixo do problema do estudo que aqui se apresenta.

Desta forma, entende-se como questão central do presente estudo: Como monitorar e avaliar a qualidade assistencial, a eficiência e a gestão em saúde, a partir de um framework, baseados nas melhores práticas de cuidado e de gestão?

## 1.3 OBJETIVOS

### 1.3.1 Objetivo Geral

O objetivo principal deste estudo é propor um framework de indicadores para monitorar, controlar e avaliar a gestão de eficiência assistencial e financeira dentro de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

### 1.3.2 Objetivos Específicos

Os objetivos específicos, desenvolvidos para a sustentação do objetivo geral, são:

- a) Identificar indicadores assistenciais, financeiros e de eficiência para a construção do framework proposto.
- b) Aplicar o *framework* proposto no contexto de produção de uma ILPI, verificando sua adequação, adaptabilidade e utilidade, com foco na ampliação de uso em outras ILPI da mesma instituição.

## 1.4 DELIMITAÇÃO DO TEMA

A construção de um framework para gerir ILPI demanda delimitações que tangenciam três eixos: cuidado, gestão e eficiência, a seguir descritos (Figura 1). O foco escolhido é o de monitorar, controlar e avaliar a qualidade assistencial, a eficiência e a sustentabilidade em ILPI. Isso se deve à compreensão de que tais dimensões estão relacionadas à noção de entrega de valor ao idoso. Além disso, o estudo busca embasamento nas melhores práticas de cuidado e de gestão identificadas, partindo de indicadores que possam ser efetivamente aplicados a este campo.

Apresentam-se as seguintes considerações sobre cada eixo temático que compõem o escopo definido para a pesquisa (Figura 1):

Figura 1 - Delimitação esquemática do tema de pesquisa



Fonte: Elaborado pelo autor.

- a) Eixo do cuidado: indicadores transitando pela compreensão do perfil dos usuários de ILPI, baseados na análise das características demográficas, epidemiológicas, culturais e de gênero que envolvem o idoso, seguidas dos modelos assistenciais disponíveis no campo da saúde (pública e privada), e das formas de organização, sistematização e funcionamento das ILPI.
- b) Eixo da gestão: indicadores para gestão dos recursos para o planejamento de ações e serviços de saúde, com foco naqueles dedicados à abordagem ao idoso, incluindo ferramentas para a descrição dos processos de trabalho e os elementos centrais da profissionalização do cuidado em uma ILPI.

- c) Eixo da eficiência: mapa de indicadores ajustados à qualidade assistencial, à sustentabilidade e à eficiência na relação entre resultados e custos.

Os eixos são relacionados ao IOQ e ao RDC 283 da seguinte forma: o RDC 283, assim como outras ações do governo, visa normatizar as ILPI, logo, é imperativo que um modelo de gestão baseie a eleição de seus indicadores a partir dessas regulamentações. A escolha de um instrumento de avaliação de indicadores já validado, como o IOQ, para nortear a construção do *framework*, denota sentido ao estudo, pois possibilita a análise da eficiência e confiabilidade dos indicadores.

Além disso, soma-se aos indicadores, a prática administrativa em instituições de saúde do autor da pesquisa, durante a qual foi possível perceber as lacunas do processo de cuidado, uma vez que a ineficiência da gestão financeira influencia diretamente no processo dos demais indicadores de assistência. O treinamento e união das equipes de apoio na construção e desenvolvimento da ferramenta pode proporcionar aumento da eficácia e possibilita replicabilidade do sistema de gestão.

O tema deste estudo também é delimitado pelo contexto de aplicação pretendido pela pesquisa que se dará com foco nas Comunidades de Saúde e Bem-Estar de uma congregação religiosa. Nesse contexto, as dimensões anteriormente apresentadas buscam refletir ações de planejamento da instituição para as próximas décadas, visando à melhoria do atendimento de seus congregados de forma mais eficaz e mais eficiente.

Consideradas a apresentação e a delimitação do tema, a próxima seção apresenta os objetivos deste estudo.

## 1.5 ESTRUTURA DO TEXTO DESTA DISSERTAÇÃO

Este projeto de dissertação está estruturado em 5 capítulos:

- a) Capítulo 1: Apresenta a introdução, os problemas de pesquisa, o objetivo e a justificativa do trabalho.
- b) Capítulo 2: Desenvolve o referencial teórico e sua relação com a dissertação, a partir dos seguintes temas: O que são Instituições de Longa permanência para idosos; Indicadores de sistema de gestão; indicadores financeiros para ILPI; Indicadores de eficiência para ILPI; Indicadores assistenciais em ILPI e o Quadro resumo da pesquisa bibliográfica.

- c) Capítulo 3: Apresenta a metodologia proposta para o estudo, delineando o método escolhido, seu planejamento operacional, e o cronograma de sua execução.
- d) Capítulo 4: expõe os resultados da pesquisa, inicialmente o modelo de *Framework* proposto neste estudo e após apresenta os resultados das duas etapas de aplicação do modelo nas Comunidades de Saúde e bem-estar da entidade confessional.
- e) Em Coisas escritas, Capítulo 5: Discutem-se as conclusões sobre os resultados obtidos, especificam-se as considerações finais, as limitações da pesquisa, os interesses do autor e as recomendações para trabalhos futuros.



## 2 REVISÃO DA LITERATURA

Para aprofundar adequadamente o tema de pesquisa, neste capítulo serão abordados os tópicos fundamentais que permitiram a proposição do *framework* para monitorar, controlar e avaliar a qualidade assistencial, a eficiência e a gestão de uma ILPI, destinada a uma entidade confessional. Os recursos para o planejamento de ações e serviços de saúde passam pela descrição do perfil dos idosos de uma forma geral e dos idosos que vivem na Comunidade de Saúde e Bem Estar (características demográficas, epidemiológicas e culturais que envolvem o velho); os modelos assistenciais disponíveis no campo da saúde (pública e privada), bem como as formas de organização, sistematização e funcionamento desses serviços; e os indicadores ajustados à qualidade assistencial, à gestão e à eficiência na relação entre resultados e custos.

### 2.1 PERFIL DOS IDOSOS

O processo de envelhecer de uma sociedade é definido a partir da estrutura etária da sua população, ou seja, depende da relação entre o número absoluto de idosos e o número de pessoas que compõem as demais faixas etárias. Um dos grandes norteadores desse acontecimento é o aumento da expectativa de vida ao nascer, consequência da transformação tecnológica, cultural e científica que proporcionou melhorias nas condições de vida. (KÜCHEMANN, 2012). O embranquecer da população, no entanto, traz também demandas e dependências relacionadas à perda da capacidade funcional e da autonomia e ao surgimento de doenças crônicas. (MIRANDA, 2016).

O aumento da população idosa no Brasil tem ocorrido rapidamente, hoje (2020) 14,3% da população total (aproximadamente 211 milhões de pessoas) são idosas (gráfico 1). (IBGE, 2020). Conforme dados do último censo, publicado em 2010, a população idosa no país correspondia a 10,8% da população geral, dentre os estados da região Sul, o Rio Grande do Sul estava à frente, com um índice de 13,6% de idosos no Estado. A perspectiva é que, em 2060, o nosso país esteja entre os seis países com maior população de idosos do mundo, estimada em cerca de 73,5 milhões de pessoas. (IBGE, 2020).

Esse fenômeno mundial, resultante do aumento da expectativa de vida e da redução das taxas de fecundidade e de mortalidade, traz consigo maior demanda por benefícios e serviços voltados à população idosa. A realidade populacional brasileira demonstra que a expectativa de vida duplicou em um século. Em 1920, a idade média vivida era de 35,2 anos, atualmente, em 2020, é de 76,5 anos (gráfico 2). De acordo com IBGE, a população com mais de 60 anos passou de aproximadamente 14,5 milhões em 2000, para 30,2 milhões, em 2020, e a perspectiva é de que em 2060 atinja 73,5 milhões. (IBGE, 2020).

Lebrão e Duarte em 2003 descreveram o processo de envelhecimento como sendo heterogêneo, em que parte da população mais velha viverá o chamado “envelhecimento bem sucedido”, desfrutando de uma excelente qualidade de vida, status que seria vivenciado pela minoria, outra parte terá uma péssima qualidade de vida e ainda haverá aqueles que viverão em situações intermediárias. (LEBRÃO; DUARTE, 2003). A descrição se faz coerente com o período em que vivemos, em que poucas foram as mudanças feitas para a equidade do cuidado com o idoso. Tornou-se um grande desafio para estudiosos e gestores governamentais a crescente demanda por cuidado qualificado, principalmente os de longa duração, que requer essa população. (CAMARANO; KANSO, 2011).

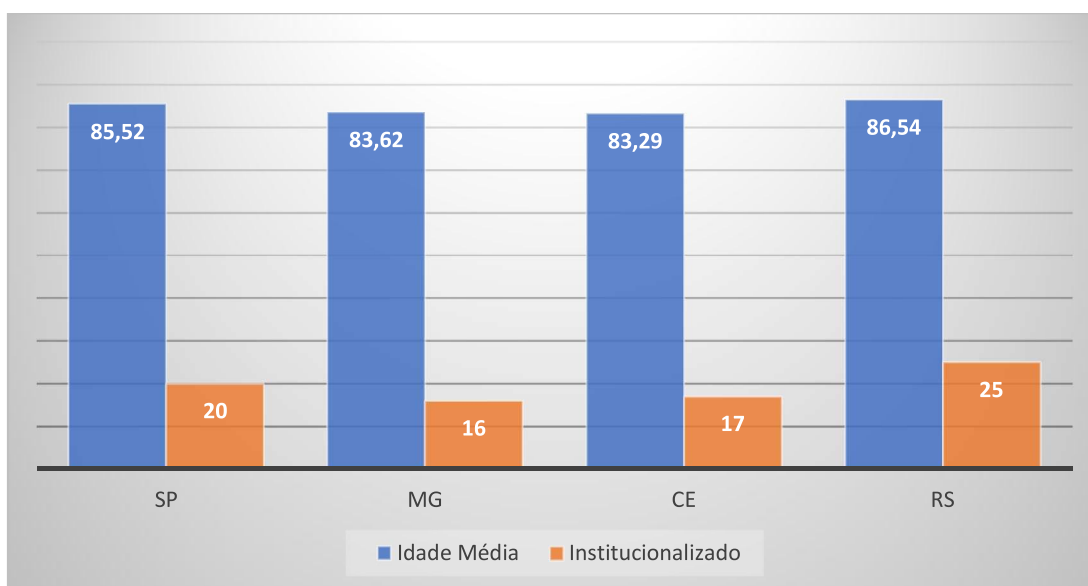
Dentro do grupo de pessoas que compõem o chamado “envelhecimento bem-sucedido” estão os idosos atuantes de congregações religiosas. Exemplo dessas comunidades é a entidade confessional que serviu de amostra para essa dissertação. Destacada pelo seu forte trabalho missionário ao longo da história a companhia possui atualmente cerca de 16 mil membros, atuando em 127 países, estando presente em 65% dos países do mundo. No Brasil são 479 membros distribuídos em todos os estados atuando além do serviço da fé e da espiritualidade, na educação, na promoção social, na pesquisa científica e na saúde.

Esses religiosos são homens, com alto grau de conhecimento, desenvolvido ao longo de suas trajetórias dentro da companhia, tendo como base inicial a formação em teologia e filosofia podendo abranger outras áreas de acordo com as necessidades do grupo. Atualmente, dos 479 religiosos membros da companhia no Brasil, 249 são idosos, com idade superior a 60 anos, e 152 têm mais de 80 anos. (ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO DA PROVÍNCIA, 2019). Se compararmos a pirâmide etária desses religiosos e a da população geral, percebemos que esse é o protótipo do que será a pirâmide etária da população geral em 2060, conforme já descrito.

Os religiosos passam pelo mesmo processo de envelhecimento que a população nacional. Vivem os mesmos dilemas relacionados à perda da capacidade funcional e ao surgimento de doenças crônicas. Contudo, o que os coloca no grupo com alta qualidade de vida é a disponibilidade de recursos que lhes é oferecida em relação ao cuidado. Esses contam com unidades direcionadas ao cuidado da sua saúde, organizadas nas denominadas Comunidades de saúde e bem-estar, compostas por equipes multidisciplinares, responsáveis pela promoção e prevenção da saúde e pelos tratamentos curativos e paliativos para toda congregação. Para essas unidades são direcionados os que precisam de cuidado prolongado e aqueles que por algum motivo necessitam de algum atendimento de saúde (médica, psicológica, nutricional, reabilitação e atividade física).

Estrategicamente, as quatro Comunidades de Saúde e Bem-Estar, existentes no país, estão distribuídas em pontos que possibilitam a atenção direcionada a todas regiões da federação. Estão localizadas nos Estados do Ceará, Minas Gerais, São Paulo e Rio grande do Sul, todas apresentando as mesmas estruturas e perfil de gestão, apesar das diferentes culturas e climas de cada região. Ao todo somam uma capacidade para acolher 96 religiosos em quartos privativos com suítes. Em 2019 a taxa de ocupação desses leitos chegou a 81%. A idade média dos que vivem nas casas ou procuram os recursos oferecidos por elas é de aproximadamente 84 anos, o que significa que se avaliarmos a expectativa de vida dos padres e irmãos, salvo os devidos conceitos do termo, nota-se um grau maior do que o encontrado na população geral. (ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO DA PROVÍNCIA, 2019).

Gráfico 4 - Idade média dos membros da entidade concessionária nas suas quatro Comunidades de Saúde e Bem-estar



Fonte: Elaborado pelo autor, com base em dados da assessoria de comunicação da província, 2019.

A qualidade de vida deve ser agregada ao sentido de prolongamento da vida para não se tornar um grande problema. (VERAS,2009). Para tanto, faz-se necessário políticas públicas direcionadas à promoção e prevenção à saúde do idoso. Porém, até então, vivenciamos ações curativas, as quais visam minimizar os impactos da perda da capacidade funcional dos idosos. Quanto mais velhos, menos ativos e capazes funcionalmente o ser humano se torna, maior é a tendência a isolamento social devido à perda da autonomia e à dependência para execução das atividades de vida diária. Algumas revisões bibliográficas indicam que cerca de 25% da população idosa do mundo necessita de auxílio para executar as atividades básicas, como atividades de autocuidado e mobilidade. (GUIMARÃES *et al.*, 2006). Além disso, pessoas com idade acima de 75 anos possuem um aumento na incidência de doenças crônicas e de mortalidade.

Compreender o processo do envelhecer, suas limitações e quais são os seus preditores e como esses se relacionam com a perda funcional e emocional do idoso, é uma ferramenta importante para que se sejam desenvolvidas intervenções precoces na vida dos mais velhos como forma de reduzir o declínio funcional. (LOPÉZ, 2015).

## 2.2 MODELOS DE GESTÃO EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

O conceito e a origem de ILPI relaciona-se ao conceito de asilo, o qual era destinado ao cuidado de pessoas carentes desprotegidas pelas políticas públicas (BOIS, 1997). No Brasil, o primeiro asilo para idosos foi fundado no Rio de Janeiro, em 1782, pela Ordem Terceira da Imaculada Conceição, com capacidade para 30 leitos. (BORN, 2005).

A denominação ILPI se deve a uma adaptação do termo *Long-Term Care Institution*, utilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (COSTA, 2004), e a sua introdução no país, sugerida pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) (2003), como proposta de melhoria da função e de uniformização dessas instituições.

No escopo deste trabalho, ILPIs são definidas como organizações cuja finalidade é prover condições de bem-estar e atendimento integral especializado à pessoa idosa, em contexto de longa permanência. Por longa permanência entende-se a não definição prévia de alta. Visam à promoção, à proteção social e à manutenção da saúde física e emocional de seus residentes, incluindo cuidados pessoais e o convívio socio familiar. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Na tentativa de conceituar as ILPIs observa-se que, apesar de se aproximarem de instituições de saúde, por oferecerem esse tipo de cuidado, elas não são classificadas como tais. Nacionalmente, a Anvisa denomina-as como instituições governamentais ou não-governamentais, de caráter residencial coletivo, que atende pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, e aqueles que necessitam de cuidados prolongados, com ou sem suporte familiar (ANVISA, 2005). Entretanto, o aumento da expectativa de vida e a longevidade da população revelou a necessidade de readaptação da assistência oferecida aos mais velhos. Apesar de existirem muitas instituições que prestem serviços de cuidado para idosos, não há consenso sobre quais as atribuições de uma ILPI.

A proporção de idosos que vivem em ILPI nos países com transição demográfica avançada chegou a 11%. (CAMARANO, 2002). No Brasil, devido à limitada sistematização de dados estatísticos relativos ao número de idosos institucionalizados e à quantidade, tipos e características de ILPI, essa proporção não é bem conhecida. Segundo levantamento realizado pelo IPEA (2009), entre 2006-

2009, no Brasil, foram identificadas 3.548 instituições de longa permanência, sendo em sua maioria filantrópicas, abrangendo cerca de 96 mil idosos residentes. Segundo o mesmo estudo do IPEA neste período se dispunha de 109.447 leitos em ILPI, sendo que 90% desses já estavam ocupados. (CAMARANO; KANSO, 2010). Há de se ressaltar, no entanto, que muitas instituições funcionam na ilegalidade ou de forma irregular. (KHOURY *et al.*, 2009).

A partir da década de 1980, o Ministério da Saúde iniciou as tentativas de regulamentação de estabelecimentos destinados a cuidados de idosos, com o intuito de organizar o seu funcionamento, a administração, a organização do espaço e dos profissionais. Essas questões voltaram a ser discutidas com maior rigor em 2001, pela Portaria 73/2001 do Ministério de Previdência e Assistência Social, que estabeleceu as “Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil”. Além disso, criou modalidades de assistência integral institucional ao idoso. As instituições passaram a ser divididas em três modalidades (I, II ou III), classificadas de acordo com o grau de dependência e autonomia do idoso e a capacidade de atendimento especializado exigida para seu atendimento conforme exposto na tabela x. (CHRISTOPHE, 2009).

Para medir o grau de dependência de cada idoso institucionalizado, utiliza-se o método de Barthel, baseado em uma escala composta por dez itens que avaliam a capacidade de independência do indivíduo em ações do dia a dia: comer, realizar a higiene pessoal, usar sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlar os esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. (MAHONEY; BARTHEL, 1965). A pontuação da escala varia de 0-100 com intervalos de 5 pontos. Escores menores que 45 pontos representam dependência severa; de 45 a 59 pontos, dependência grave; e de 60 a 100 pontos, dependência leve.

Quadro 1 - Método de Barthel

<b>Pontuação</b>	<b>Higiene pessoal</b>
0	Necessita de ajuda com o cuidado pessoal
5	Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)
	<b>Evacuar</b>
0	Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)
5	Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana)
10	Continente (não apresenta episódios de incontinência)
	<b>Urinar</b>
0	0 = Incontinente ou algaliado

5	Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas)
10	Continente (por mais de 7 dias)
<b>Ir à casa de banho (uso de sanitário)</b>	
0	Dependente
5	Necessita de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho
10	Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)
<b>Alimentar-se</b>	
0	Incapaz
5	Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.
10	Independente (a comida é providenciada)
<b>Transferências (cadeira /cama)</b>	
0	Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se
5	Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se
10	Pequena ajuda (verbal ou física)
15	Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)
<b>Mobilidade (deambulação)</b>	
0	Imobilizado
5	Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc.
10	Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)
15	Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)
<b>Pontuação</b>	<b>Vestir-se</b>
0	Dependente
5	Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda
10	Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)
<b>Escadas</b>	
0	Incapaz
5	Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão
10	Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)
<b>Banho</b>	
0	Dependente
5	Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)

Fonte: Adaptado de método de Barthel (MAHONEY; BARTHEL, 1965).

Em 2004 e 2005, foram implementadas no campo dos serviços assistenciais a PNAS/2004 (Política Nacional de Assistência Social) e a NOB-Suas/2005 (Norma Operacional Básica), respectivamente, e as ILPI passaram a fazer parte dos serviços de proteção social especial de alta complexidade. Essas normas preveem que os cuidados em ILPI sejam destinados a idosos que, de alguma maneira, necessitam de cuidado, seja físico ou mental, determinando que essas instituições sigam padrões de estrutura física, profissional e técnica. A NOB-Suas/2005 também exige às instituições

programas e estratégias adequados ao atendimento prestado por profissionais qualificados nas áreas de cuidado com a saúde, governança e administrativo relacionadas à saúde do idoso.

Como forma de fiscalizar as ILPI, ainda em 2005, a ANVISA instituiu a Resolução da Diretoria Colegiada 283 (RDC 283). A Resolução contém o Regulamento Técnico para o Funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos, que estabelece as Normas Gerais de Funcionamento das ILPI e seis indicadores de notificação anual e obrigatória para a avaliação de desempenho e padrão das instituições. A resolução baseia-se em cinco objetivos: I) garantir à população idosa internada os direitos assegurados na legislação em vigor; II) prevenir e reduzir os riscos à saúde aos quais ficam expostos os idosos residentes em instituições de longa permanência; III) definir os critérios mínimos para o funcionamento e avaliação destas instituições; IV) estabelecer mecanismos para seu monitoramento; e V) qualificar a prestação de serviços públicos e privados nas ILPIs. (ANVISA, 2005).

As ILPIs no Brasil são avaliadas anualmente. Cada instituição deve encaminhar à vigilância sanitária municipal, no mês de janeiro de cada ano, sua respectiva avaliação. A vigilância sanitária municipal é a responsável por regular e avaliar o serviço prestado ao idoso nesses estabelecimentos. Após, as informações reunidas pelos municípios, devem ser direcionadas à vigilância sanitária estadual, que as remeterá à secretaria de atenção à saúde do idoso no Ministério da Saúde. A RDC 283/2005 estabelece a obrigatoriedade do cumprimento de seis indicadores pelas ILPIs, conforme exposto no quadro 1 em anexo (RDC 283, 2005). Além dessa normatização, o Decreto nº. 49.974-A, de 21 de janeiro de 1961, e a Portaria Nº 1.943, de 18 de outubro de 2001, definem que as instituições deverão notificar, imediatamente, à autoridade sanitária local, a ocorrência de eventos sentinelas: queda com lesão e tentativa de suicídio.

Um estudo realizado na Universidade Federal do Rio Grande (FURG), no ano de 2009, propôs a construção de ferramenta avaliativa fundamentada nas políticas públicas para idosos (FELICIAN, 2011), desenvolvida com base na Política Nacional do Idoso (PNI), Lei nº 8842/1995 (MPAS, 1997), na Portaria Interministerial MS/MPAS nº 5.153 que instituiu o Programa Nacional dos cuidados de idosos (SAS, 2003); na RDC nº 283/2005 que estabelece o regulamento técnico para funcionamento das



instituições, da ANVISA (2005), e na resolução que rege a atividade do profissional de enfermagem, COREN-RS n° 009/2005 e n° 006/2009 (COREN-RS, 2005; 2009).

Esse instrumento teve como intuito servir de roteiro ao enfermeiro atuante em ILPI. É composto por 30 perguntas, as quais são divididas em três tópicos. O primeiro tópico é referente a organização das ILPI, contendo 12 perguntas, que questionam as adequações locais, tais como: alvará sanitário, responsável técnico, admissão dos institucionalizados, de que maneira se realiza o contrato com cada residente e a periodicidade da visita de fiscalização. O segundo tópico, composto por 8 questões, refere-se à estrutura física. O terceiro tópico aborda o cuidado com o idoso, sendo composto por 10 perguntas. (FELICIAN, 2011). O instrumento é apresentado no Anexo 2.

No contexto externo ao Brasil, Rantz et al. (2009) propuseram um modelo multidimensional para avaliar a qualidade do cuidado em ILPI, o *Observable Indicators of Nursing Home Care Quality Instrument* (IOQ). O instrumento, que está na sua décima versão, é utilizado em diversos países, como Reino Unido, Canadá, Islândia e Coreia do Sul. O IOQ contém 30 indicadores de qualidade, referentes à estrutura e aos processos de uma ILPI, analisados por observação direta, e agrupados em sete dimensões (figura 3): 1: Comunicação; 2: Cuidados; 3: Aparência; 4: Odores; 5: Ambientes Básicos; 6: Acesso e 7: Ambiente Familiar. Os indicadores são avaliados em sessões de perguntas, sendo que, os de estrutura (dimensões 4 e 5) contém sete itens e os de processo (dimensões 1, 2, 3, 6 e 7), vinte e três itens de questionamento, conforme ilustrado na Figura 2. A escala é apresentada no Anexo 3. Cada item pontua de 1 a 5, em ordem crescente de qualidade, obtendo-se resultados entre 30 e 150.

A interpretação dos resultados indica que com 97 pontos, ou mais, a instituição é classificada como de boa qualidade e, valores abaixo de 97 sugerem instituições problemáticas.

Figura 2 - Dimensões avaliativas do IOQ



Fonte: RANTZ; ZWYGART-STAUFFACHER (2009).

Diferente do praticado no Brasil, na província de Ontário no Canadá, as ILPIs sofrem auditorias regularmente. Naquele país, é considerado indispensável que as operações realizadas nas instituições assegurem os padrões exigidos pelo governo, e a não conformidade com o regulamentado, pode acarretar perda do subsídio ou do licenciamento. (GRUNIER; MOR, 2008; HOLLANDER, 1994). Uma das maneiras utilizadas para essa avaliação é um questionário de preenchimento obrigatório, disponível em um site público mantido pela *Health Quality Ontario* (HQO), órgão governamental, exemplificado no anexo 4.

Todas as ILPIs de Ontário devem possuir alvará de funcionamento, da mesma forma que as instituições brasileiras. Em contrapartida, instituições podem submeter-se a processos avaliativos de acreditação, o que, nos dias de hoje, ainda não é possível no Brasil. (MITCHELL *et al.*, 2014). Essa prática só é possível no país para Hospitais e Clínicas de saúde, por meio de organizações acreditadoras nacionais como ONA (Organização Nacional de Acreditação) e internacionais como a JCI (*Joint Commission International*). Outra maneira de avaliação, é através do relatório anual, que aborda indicadores relacionados ao desempenho das instituições.

### 2.3 EIXO DE CONSTRUÇÃO DOS INDICADORES

Indicadores são medidas utilizadas para descrever e analisar uma situação existente, avaliar o cumprimento das ações, as metas e suas mudanças ao longo do

tempo, além de prever tendências futuras. Segundo a *International Society for Quality in Healthcare* (1999), o objetivo primordial de um indicador é atingir a melhoria da assistência e dos processos relacionados a prestação de cuidado.

A qualidade de um indicador depende das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação (frequência de casos, tamanho da população em risco) e da precisão dos sistemas de informação empregados (registro, coleta, transmissão dos dados). O grau de excelência de um indicador deve ser definido por sua validade (capacidade de medir o que se pretende) e confiabilidade (reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições similares). Em geral, a validade de um indicador é determinada por sua sensibilidade (capacidade de detectar o fenômeno analisado) e especificidade (capacidade de detectar somente o fenômeno analisado). Outros atributos de um indicador são: mensurabilidade (basear-se em dados disponíveis ou fáceis de conseguir), relevância (responder a prioridades de saúde) e custo-efetividade (os resultados justificam o investimento de tempo e recursos). (OSTORINO, 2002).

Os indicadores devem ser ajustados ao contexto a que se propõem monitorar. Como medidas-síntese, contém informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões, incluindo o desempenho de ações e serviços. Logo, têm a função de painéis síntese de determinado quadro conceitual. Podem variar desde a simples contagem direta de casos de determinado evento, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, facilitando a leitura e compreensão. (RIPSA, 2008).

A qualidade de um indicador depende dos componentes utilizados em sua formulação (frequência de casos, tamanho da população em risco) e da precisão dos sistemas de informação empregados (registro, coleta, transmissão dos dados), pode-se atribuir à compreensão do universo de aplicação e formulação de um quadro conceitual explicativo, os elementos para sua melhor aplicação. (OSTORINO, 2002).

Um indicador precisa dispor de validade, ou capacidade de medir o que se pretende, e confiabilidade, enquanto condição de reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições similares, que se somam à mensurabilidade, relevância e custo-efetividade, para que sua aplicação se justifique. (OSTORINO, 2002). Em campos complexos, como o da saúde, a definição de uma matriz de indicadores pode se demonstrar complexa e imprecisa, produzindo informações que levam ao seu abandono ou não sistematização, como há muito já apontado por Culyer, Lavers e Williams (1971). A existência de propostas sistematizadas e com definição técnica dos indicadores nos sistemas de monitoramento da atenção hospitalar a partir dos anos 90, no Brasil, como parte do desenvolvimento das políticas de gestão do

SUS, constitui-se em etapa importante na gestão dos serviços e regulação dos sistemas público e privado.

Além disso, parte-se da concepção de que a base conceitual de *frameworks* de desempenho em saúde está atrelada aos seus determinantes, que contemplam uma visão mais ampla das questões sociais, em uma visão para além da restrição clínica ou técnica dos cuidados de saúde, em relação às necessidades dos usuários. (ARAH, 2006).

### **2.3.1 Indicadores Assistenciais**

A criação de indicadores que visem medir a qualidade dos processos assistenciais em ambientes de saúde são ferramentas de grande importância para nortear as decisões e estratégias de ação dos gestores. O Instituto de Medicina dos Estados Unidos (IOM) traduz a qualidade na assistência de acordo com a premissa: quanto os serviços ofertados são capazes de alcançar os resultados almejados referentes à segurança, eficiência, efetividade, atenção centrada no paciente e à equidade. (COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTHCARE IN AMERICA, 2001).

O principal compromisso dos profissionais de saúde atuantes em instituições de cuidado ao idoso é fazer com que o cuidar com qualidade seja entendido por todos (profissionais) como um direito do paciente e que vise à prevenção, à redução dos riscos à saúde, à redução da mortalidade e à melhora da qualidade de vida desses idosos.

#### **2.3.1.1 Perfil epidemiológico**

O processo de envelhecimento da população brasileira, conforme os últimos censos, indica maior participação da população idosa na sociedade. Retrospectivamente observa-se que a expectativa de vida duplicou no País em um século, sendo que: em 1920, a idade média vivida era de 35,2 anos, atualmente em 2020, é de 76,5 anos. A população em idades avançadas representava em 1980, 2,3% da população total, em 2010 aumentou para 4,8%, o que equivale a cerca de 240 mil habitantes. (IBGE, 2010). Hoje (2020) corresponde a 14,3% da população geral e, conforme projeções do IBGE, estima-se que esse grupo atingirá o total de 73,5 milhões de pessoas em 2060. (IBGE, 2020).

Em relação ao perfil epidemiológico dos velhos Brasileiros, observa-se um elevado índice de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes e, apesar da alta expectativa de vida, há grande prevalência de morbimortalidade, relacionadas a eventos agudos decorrentes dessas condições crônicas. No ano de 2003, segundo o programa Nacional por amostras de domicílios (PNAD), as doenças crônicas cresceram significativamente. No período avaliado, quase 30% da população brasileira era portadora de alguma comorbidade. Dentre os idosos, 75,5% possuíam pelo menos uma patologia crônica. (VERAS; PARAHYBA, 2007).

Essas condições de saúde, não necessariamente, implicam em limitação de suas atividades ou desempenho social, contudo o número de idosos dependentes, no que diz respeito às suas capacidades funcionais, é significativo. Até 2003 cerca de 13,5% dos idosos brasileiros requeriam algum nível de dependência para com suas atividades básicas da vida diária.

#### 2.3.1.2 Grau de dependência

O significado da palavra depender remete à falta de capacidade de executar alguma ação sozinho, literalmente aquele que expressa dependência, ou que está sujeito a algo ou alguém. Ao longo da vida todo indivíduo já foi dependente de alguém para realizar suas tarefas básicas, como a criança. Entretanto, quando a dependência está relacionada às idades mais avançadas e aos agravos decorrentes do envelhecimento, torna-se mais relevante, pois se refere à capacidade funcional do indivíduo, ou seja, sobreviver sem o auxílio de outros para a realização de suas atividades básicas. Cabe ressaltar que o envelhecer não demanda as mesmas necessidades a todas as pessoas com idades maiores. Há aquelas que mantêm suas capacidades funcionais mesmo que na presença de comorbidades. Além disso, nem toda pessoa demandante de cuidado ou com perda da capacidade de realizar atividades da vida diária é idosa. (TAVARES, 2012).

A capacidade funcional de um indivíduo expressa-se através da manutenção de suas aptidões adquiridas ao longo de sua trajetória capazes de preservarem sua autonomia. A quebra da autonomia e, conseqüentemente, da independência é resultado da perda das habilidades mentais e físicas, culminando na dificuldade e na necessidade de ajuda para a realização de atividades como comer, vestir-se, tomar

banho, bem como executar atividades instrumentais, restringindo assim a participação do indivíduo em sociedade. (MORAES,2016).

Entende-se por atividade da vida diária aquelas habilidades referentes ao autocuidado e àquelas relacionadas às tarefas do dia a dia e ao coletivo. Atualmente existem ferramentas que possibilitam avaliar a funcionalidade do idoso a partir das atividades básicas da vida diária, como o Índice de Katz que de forma simples classifica os indivíduos em: dependência ou independência para execução de determinada ação conforme na tabela 2. (LINO, 2008). A população idosa que apresenta algum grau de limitação funcional no Brasil, corresponde a 30,1% do total de idosos, esses apresentam maior vulnerabilidade. (LIMA-COSTA *et al.*, 2017).

Quadro 2 - Escala de atividades básicas de vida diária. Índice de Katz

	INDEPENDÊNCIA	DEPENDÊNCIA
<b>TOMAR BANHO</b>	Requer ajuda somente para lavar uma única parte do corpo (como as costas ou membro deficiente), ou toma banho sozinho.	Requer ajuda para lavar mais de uma parte do corpo ou para entrar ou sair da banheira, ou não toma banho sozinho.
<b>VESTIR-SE</b>	Pega as roupas nos armários e gavetas, veste-as, coloca órteses ou próteses; manuseia fechos. Exclui-se o ato de amarrar sapatos.	Veste-se apenas parcialmente ou não se veste sozinho.
<b>USO DO VASO SANITÁRIO</b>	Vai ao vaso sanitário, senta-se e levanta-se do vaso; ajeita as roupas, faz a higiene íntima (pode usar comadre ou similar somente à noite e pode ou não estar usando suportes mecânicos).	Utiliza comadre ou similar, controlado por terceiros, ou recebe ajuda para ir até o vaso sanitário e usá-lo.
<b>TRANSFERÊNCIA</b>	Deita-se e sai da cama sozinho, senta e se levanta da cadeira sozinho (pode estar usando objeto de apoio).	Requer ajuda para deitar-se na cama ou sentar na cadeira, ou para levantar-se; não faz uma ou mais transferências.
<b>CONTINÊNCIA</b>	Micção e evacuação inteiramente autocontroladas.	Incontinência parcial ou total para micção ou evacuação; controle parcial ou total por enemas e/ou cateteres; uso de urinóis ou comadre controlado por terceiros. Acidentes "ocasionais".
<b>ALIMENTAR-SE</b>	Leva a comida do prato (ou de seu equivalente) à boca. O corte prévio da carne e o preparo do alimento, como passar manteiga no pão, são excluídos da avaliação.	Requer ajuda para levar a comida do prato (ou de seu equivalente) à boca; não come nada ou recebe alimentação parenteral.

Fonte: Ministério da Saúde, Guia Saúde do idoso (2018).

As tentativas de classificar os graus de dependência dos idosos refletem os dilemas vivenciados pelas famílias referente ao cuidado e suporte aos mais velhos, pois além da dificuldade de compreensão acerca dos cuidados destinados ao idoso dependente, há a dificuldade de tomar decisões e algumas vezes de condições que permitam oferecer o cuidado adequado. (MORAES, 2016).

Outros autores como José *et al.* (2002), classificam o grau de dependência a partir dos mesmos fatores, porém em três modalidades sendo:

- a) Idosos com baixa dependência: necessitam apenas de supervisão durante o desenvolvimento de atividades básicas (higiene pessoal, vestir/ despir, comer...);
- b) Idosos com média dependência: encontram-se numa situação em que necessitam não só de supervisão, mas também de ajuda efetiva de terceiros no desempenho de algumas atividades específicas como, por exemplo, tomar banho, controlar a toma dos medicamentos, entre outras.
- c) Idosos com elevada dependência: necessitam, diariamente, de ajuda extensiva e intensiva. São pessoas que se encontram acamadas ou que têm fortes restrições ao nível da mobilidade, tendo algumas delas outras incapacidades.

Na mesma perspectiva de classificação, a ANVISA, em 2005, dentro da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº283, que regulamenta as normas para funcionamento de ILPIs, estabelece a classificação dos graus de dependência do idoso. (BRASIL, 2005, p.02):

- a) Grau de Dependência I - idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda;
- b) Grau de Dependência II - idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada;
- c) Grau de Dependência III - idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo.

A Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 2008, apresentou dados referentes a prevalência de declínio funcional na população idosa de acordo com período etários, sendo que os mais velhos com 80 anos ou mais possuem a maior prevalência de limitação funcional, correspondendo a 64,3% dos idosos. Em 2013 a pesquisa Nacional de Saúde (PNS/2013) classificou os idosos dependentes de cuidado, de acordo com o tipo de limitação e verificou que 6,8 % dos idosos possuíam alguma limitação para realizar atividades básicas da vida diária sozinhas, e 17,3% tinham limitações referentes às atividades instrumentais (utilizar transporte público, falar ao telefone, cuidar do próprio dinheiro). Diante disso, com o propósito de promoção, manutenção e recuperação da autonomia dos indivíduos mais velhos, e considerando a funcionalidade como indicador chave de ação, a Política

Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) define como meta a atenção integral à saúde do idoso. (PNSPI, 2017).

### 2.3.1.3 Incidência de quedas

O risco de cair aumenta significativamente com o avançar da idade. O evento queda é responsável pela grande quantidade de traumas em idosos e resulta da interação de fatores intrínsecos do ser humano (alterações fisiológicas próprias do envelhecimento, presença de morbidades, déficit no equilíbrio, visão, audição ou na marcha) e fatores extrínsecos (riscos ambientais decorrentes de má iluminação ou piso escorregadio, comportamentos de risco, como subir em cadeiras ou escadas, e aqueles relacionados com as atividades do cotidiano), conforme exemplificado na figura 3. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). A Organização Mundial de Saúde (OMS), codifica as quedas através da Classificação Internacional das Doenças (CID-10) como W00-W19, incluindo nesse grupo todos os tipos de queda independentemente do nível de altura. (OMS, 2008).

Figura 3 - Fatores de risco para quedas



Fonte: Ministério da saúde, Guia saúde do idoso (2018).



Não há atualmente uma classificação universal para o fenômeno de queda. Alguns estudos propõem que sejam quantificadas de acordo com a frequência que ocorrem, acidentais ou recorrentes; quanto a presença ou não de lesões, considerando a intensidade da lesão como graves, as relacionadas a fraturas e leves, as relacionadas a escoriações ou danos menores; e quanto ao tempo de permanência ao chão, sendo que um período de permanência entre 15 e 20 min, sugere incapacidade de levantar sozinho. (PERRACINI, 2005). Uma queda acidental se caracteriza por um único episódio, geralmente por alguma causa extrínseca ao indivíduo, como fatores de risco ambientais. A queda recorrente está diretamente relacionada às condições fisiológicas do indivíduo, como distúrbios de equilíbrio. (PERRACINI, 2005).

No espectro dos idosos institucionalizados, as quedas relacionadas às alterações fisiológicas do envelhecimento são as principais responsáveis pelos casos nesses locais. (CORSINOVI et.al, 2009). Dentre os idosos com mais de 80 anos moradores de ILPIs no Brasil e no mundo, observa-se uma frequência de até 50% de quedas, sendo que 40% sofrem quedas recorrentes, ou seja, tem chance de nova queda em seis meses, podendo culminar na perda de autonomia e provável modificação das necessidades de cuidado. (OMS, 2009). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Cerca de 30% dos idosos do País sofrem quedas ao ano, semelhante ao que ocorre com idosos em todo o mundo, onde se estima que 28% a 35% dos idosos, acima de 65 anos, caem ao ano. A Organização Mundial de Saúde estima que mais de 50% das internações hospitalares de idosos com mais de 65 anos estão relacionadas a quedas, ou a ferimentos subjacentes a essas (fratura do quadril/ fêmur, traumatismos cranianos e ferimentos nos membros superiores), sendo que dos idosos internados por esse motivo, apenas metade terá um bom desfecho. (OMS, 2009). Um envelhecimento saudável resulta de comportamentos saudáveis ao longo da vida e de ambientes favoráveis às necessidades do indivíduo. Para tanto, é necessário que haja coordenação entre os serviços de saúde e os serviços sociais com o intuito de oferecer e promover ações de prevenção de doenças e de agravos, como as quedas.

#### 2.3.1.4 Incidência de úlceras de pressão

Dentre os desafios em relação ao cuidado de pacientes em idade avançada em ILPIs há uma grande preocupação quanto à incidência de úlcera de pressão, pois sabe-se que a redução da sensibilidade e elasticidade da pele, associado a doenças crônicas, sedentarismo, déficit nutricional entre outros fatores extrínsecos, predisõem o surgimento dessas lesões, o que implica significativamente na morbimortalidade e qualidade de vida dos idosos. (MOORE, 2015). A prevalência de lesões por pressão entre idosos institucionalizados é cerca de 18,8%, podendo ser maior entre aqueles que apresentam outras doenças associadas, como diabetes. (FREITAS *et al.*, 2011).

O *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) é uma força tarefa multidisciplinar, criada em 1987 no Estados Unidos, com o intuito de conceituar, classificar, discutir e propor soluções e intervenções a respeito das úlceras por pressão. Em 2016 o NPUAP reuniu-se em uma conferência para reavaliar as definições de lesão por pressão e seus estágios. A partir de então utiliza-se o termo lesão por pressão em vez de úlcera de pressão, pois de acordo com o grupo o termo úlcera é definido como uma ruptura da pele ou mucosa com perda de tecido superficial, desintegração e necrose (EDSBERG, 2007), enquanto lesão é apenas um dano corporal causado pela transferência de energia e também pela ausência de energia. (LANGLEY; BRENNER, 2004). A revisão desta definição auxiliou na compreensão da etiologia dessas lesões.

A Classificação para lesões por pressão proposta pelo NPUAP, baseado no seu conceito, determina quatro estágios assim descritos:

- a) Estágio I - pele íntegra com eritema que não embranquece;
- b) Estágio II - perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme;
- c) Estágio III - perda da pele em sua espessura total;
- d) Estágio IV - perda da pele em sua espessura total e perda tissular.

Além da classificação quanto o acometimento do tecido, o risco de desenvolver lesões por pressão se faz importante como estratégia para reduzir a incidência das lesões. São divididas em fatores intrínsecos (mobilidade reduzida; umidade; e alteração na textura da pele), fatores extrínsecos (pressão; fricção; cisalhamento; higiene corporal inadequada; e maceração da pele) e condições predisponentes

(alterações nutricionais; uso de medicamentos depressores do sistema nervoso central; alterações psicogênicas; alterações circulatórias; alterações neurológicas; alterações crônico degenerativas; alterações metabólicas; e alterações cardiorrespiratórias). (PAIVA, 2019). As principais regiões do corpo acometidas são sacro/glútea, calcâneo, região dorsal e o pavilhão auricular. (URSI; GALVÃO, 2012).

Com o intuito de avaliar o risco para o desenvolvimento de lesão por pressão, algumas instituições utilizam a escala de Braden-Bergstrom, indicada para pacientes com comprometimento da mobilidade ou que apresentem qualquer risco. É composta por seis tópicos que representam os fatores determinantes para o desenvolvimento de Lesão por pressão, como fricção/cisalhamento, umidade da pele, atividade, mobilidade, estado nutricional. Os tópicos recebem pontuações de uma a quatro, exceto o tópico de fricção/cisalhamento que recebe a pontuação de um a três. A soma dos tópicos pontuados varia de 6 a 23, correspondendo: 19 a 23 pontos, sem risco; 15 a 18 pontos, baixo risco; de 13 a 14, risco moderado; de 10 a 12, alto risco; e 9 ou menos pontos, risco muito elevado. (PARANHOS; SANTOS, 2017).

As escalas de avaliação do risco de desenvolvimento de lesões por pressão são ferramentas que permitem o planejamento do cuidado aos idosos e de medidas preventivas. No Estados Unidos, das 2,5 milhões de pessoas identificadas com lesões por pressão ao ano, nos diversos setores de saúde, 2% a 24% estão em ILP. No Brasil, assim como em outros países, não existem ainda estudos específicos sobre a prevalência e incidência de lesões por pressão na população, apenas resultados de estudo isolados. Contudo, observa-se dentre esses a taxa de incidência variando de 10,6% a 62% e a de prevalência de 7,3%. (PAIVA *et al.*, 2015).

Portanto, a capacitação dos gestores e profissionais envolvidos no cuidado dos idosos com riscos de desenvolvimento de lesões por pressão é de extrema importância no planejamento das ações de promoção e prevenção desses agravos de saúde. As principais medidas genéricas adotadas para prevenir as injúrias por pressão, na maioria das instituições de cuidado, compreendem desde o exame físico detalhado do paciente diariamente até as orientações de prevenção e tratamento das lesões. Alguns exemplos são a utilização de colchões especiais e apoios como travesseiros ou coxins; higiene corporal e hidratação da pele; mudanças de posição a cada duas horas e a nutrição adequada. (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2017). Logo, a avaliação, o planejamento e a sistematização da

assistência são essenciais para a qualidade de vida da pessoa idosa nas ILPIs, às quais são destinados.

### **2.3.2 Indicadores de Eficiência**

#### **2.3.2.1 Prontuário eletrônico**

O prontuário é um indicador de eficiência porque registra, de forma escrita, o histórico do paciente. Esse registro permite conhecer e fazer análises acerca da constatação e da evolução de uma enfermidade. Assim, é possível fazer uma identificação causal e, dessa forma, elaborar um diagnóstico mais preciso sobre a doença.

Até o século XII, na Idade Média, mesmo com o uso da escrita, a oralidade ainda era muito valorizada. Isso significa que o uso da palavra escrita era um importante instrumento de acordos e leis, no entanto, a forma verbal por meio da fala ainda era muito preservada, ou seja, a palavra falada era tida como lei. É interessante salientar que os primeiros indícios sobre registros de fisiologia humana, receitas, métodos de tratamentos estão relatados em papiros que contam a história antiga da África, mais especificamente, em terras egípcias, com o médico Imhotep que viveu dois mil anos antes de Hipócrates, da ilha grega de Cós, e é considerado, por muitos historiadores, o verdadeiro pai da medicina, já que usava técnicas de medicina moderna. (El Khouri, S.G. (2003)).

Esses indícios históricos são basilares para uma reflexão sobre a origem dos registros médicos. Sem dúvida nenhuma, eles são importantes para a análise científica, todavia não se pode deixar de mencionar uma contribuição, nessa área, que aconteceu no IV século a.C. com o médico, já citado, Hipócrates. A literatura mais moderna o tem como o pai da medicina porque foi a partir dele que se têm conhecimentos mais claros sobre os registros médicos escritos que constatariam o percurso de uma doença e quais seriam as suas causas. Conforme Marin et al. (2003), Hipócrates orientava os médicos a fazerem registros escritos. Dessa forma, era possível fazer uma avaliação sobre a evolução da enfermidade e, com isso, indicar as causas possíveis.

Santos (2007) afirma que foi no último quarto do século XVIII, que os médicos passaram a fazer a organização hospitalar na Europa. Essa função era exclusiva dos

religiosos. Com isso, houve um maior controle dos registros e as informações dos pacientes começaram a ficar mais rigorosas. Esses registros eram realizados com a identificação dos pacientes por meio de etiquetas que eram amarradas no punho, bem como, em fichas, que eram colocadas nos leitos, nas quais eram registradas as entradas e as saídas, a nomenclatura da enfermidade, o parecer e as prescrições do médico, em quais os locais do hospital o paciente tinha sido instalado, as descrições de alta hospitalar ou de óbito e as descrições farmacológicas com as receitas de cada paciente. O tempo e os trabalhos empreendidos mostraram a eficácia daquele método adotado e viu-se que os registros dos cuidados com o paciente precisavam fazer parte da estrutura hospitalar. A partir disso, surgiu a expressão prontuário médico que foi substituída por prontuário do paciente.

Em outro registro histórico do século XIX, Marin et al (2003) afirmam que Florence Nightingale, nascida em Florença, na Itália, em 1820, que possuía também a nacionalidade britânica por ter sido radicada em Londres, foi a pioneira em assuntos de cuidados com os feridos em batalhas. Sua atuação mais relevante foi na Guerra da Criméia (1853 e 1856). Ficou conhecida como a precursora da enfermagem moderna porque insistiu na realização dos registros para que os tratamentos continuassem de forma adequada.

Dessa maneira, pode-se ratificar que o prontuário é uma conquista que reverbera positivamente nas ciências médicas atuais. Essa palavra é originária do Latim *promptuarium* e designa “um local onde deveriam ser guardados os objetos que poderiam ser necessários sem perda de tempo, de *promptus*, que primeiro queria dizer “claro, mostrado, manifesto” e passou depois a “completo, à mão, em ordem de servir”. (ORIGEM DAS PALAVRAS, 2017).

Em 1880, a Clínica Mayo, uma clínica de referência mundial até os dias atuais, foi fundada nos Estados Unidos. Por meio dela, surgiram métodos novos de trabalho e o principal deles é o trabalho em equipe. Esse método de trabalho colaborativo facilitou o processo de registro de consultas. Houve uma dificuldade inicial porque os registros eram realizados em um único documento e em ordem cronológica e isso atrapalhava o acesso aos relatos sobre algum ou outro paciente. Para resolver esta questão, a partir de 1907, a Clínica Mayo criou o procedimento de registrar as informações de modo individual e cronologicamente.

Com essa experiência bem-sucedida, em 1920, a instituição definiu uma ordem mínima de dados que teriam que ser registrados. Assim, surgiu uma definição de

organização que contribuiu para que houvesse um sistema estrutural como aporte para a apresentação de informações médicas. Dessa forma, pode-se até fazer uma inferência em relação ao logotipo da Clínica que é reconhecida em todos os lugares. Trata-se de um formato de clipe. Nesse caso, no desenho há três cliques e cada um possui um significado: cuidar do paciente, pesquisar e ensinar. A inferência está na questão de que um clipe serve para unir papéis, anexar e/ou juntar documentos. Isso tudo possui relação com o prontuário.

Em 1960, os EUA iniciaram as experiências com os prontuários utilizando o sistema de informação. Naturalmente, havia dificuldade nessa área que era incipiente. No entanto, o objetivo inicial era proporcionar uma comunicação mais eficiente entre as variadas áreas de um hospital. Foi dessa maneira que surgiu o armazenamento de informações sobre os pacientes. Todas essas experiências colaboraram para que os institutos de pesquisa e centros científicos, inicialmente, dos EUA, pudessem fomentar congressos que discutissem sobre as implementações diversas que eram realizadas nos ambientes hospitalares. Um exemplo disso aconteceu em 1972, quando o *National Center for Health Services Research and Development* e o *National Center for Health Statistics*, dos Estados Unidos, mobilizaram os profissionais da área da saúde para discutir em um congresso qual seria uma estrutura mínima para compor os registros médicos nos ambulatórios.

Nessa discussão sobre a tipificação dos registros, surgiram as primeiras elaborações e reflexões sobre os PEPs, ou seja, Prontuários Eletrônicos do Paciente, sobre os quais recaíram organização e reorganização de ação para a implantação desse tipo de processo. O PEP tornou-se um indicador essencial a partir do momento que possibilita um histórico de saúde da pessoa. Dessa forma, além de evitar fazer perguntas desnecessárias ao paciente, cessar o risco de extravio de papéis com tais informações, entre outros pontos. Ter acesso a um documento que retrata as condições históricas do paciente possibilita o fomento de suporte à pesquisa, permite ações quanto ao ensino e gera estratégias gerenciais de serviços de saúde.

Por conta da natureza tecnológica, constituir um PEP não é uma tarefa das mais simples porque há a necessidade de atenção na evolução constante e nos variados tipos de conceitos utilizados. Em 1997, o *Institute of Medicine* (IOM) dos EUA, propôs um PEP que se baseava em um sistema voltado ao apoio aos usuários alertando-os com lembretes, informações médicas, links e outros auxílios. Por sua

vez, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera outros tipos de processos também.

Assim, as empresas foram criando Prontuários Médicos Eletrônicos para auxiliar os consultórios médicos e centros de saúde. Surgiram também, o Registro do Paciente Baseado no Computador que foi idealizado para o registro em hospitais e o Registro Eletrônico de Saúde, cuja especificidade são as informações individuais de saúde. Ele pode ser consultado por variados tipos de provedores que poderão saber sobre o histórico hospitalar e ambulatorial da pessoa.

No Brasil, o modelo conceitual mais implementado foi o instituído pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Isso deu-se a partir da resolução 1821/2007, que revogou resoluções anteriores, aprovando as

Normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. (Portal Médico.org.br, 2007, p.252)

Os artigos dessa resolução resolveram-se desse modo:

Art. 1º Aprovar o Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde, versão 3.0 e/ou outra versão aprovada pelo Conselho Federal de Medicina, anexo e também disponível nos sites do Conselho Federal de Medicina e Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), respectivamente, [www.portalmedico.org.br](http://www.portalmedico.org.br) e [www.sbis.org.br](http://www.sbis.org.br).

Art. 2º Autorizar a digitalização dos prontuários dos pacientes, desde que o modo de armazenamento dos documentos digitalizados obedeça a norma específica de digitalização contida nos parágrafos abaixo e, após análise obrigatória da Comissão de Revisão de Prontuários, as normas da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

§ 1º Os métodos de digitalização devem reproduzir todas as informações dos documentos originais.

§ 2º Os arquivos digitais oriundos da digitalização dos documentos do prontuário dos pacientes deverão ser controlados por sistema especializado (Gerenciamento eletrônico de documentos - GED), que possua, minimamente, as seguintes características:

- a) Capacidade de utilizar base de dados adequada para o armazenamento dos arquivos digitalizados;
- b) Método de indexação que permita criar um arquivamento organizado, possibilitando a pesquisa de maneira simples e eficiente;
- c) Obediência aos requisitos do “Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)”, estabelecidos no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde;

Art. 3º Autorizar o uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio de prontuários de pacientes e para a troca de informação identificada em saúde, eliminando a obrigatoriedade do registro em papel, desde que esses sistemas atendam integralmente aos requisitos do “Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)”, estabelecidos no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde;

Art. 4º Não autorizar a eliminação do papel quando da utilização somente do “Nível de garantia de segurança 1 (NGS1)”, por falta de amparo legal.

Art. 5º Como o “Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)”, exige o uso de assinatura digital, e conforme os artigos 2º e 3º desta resolução, está autorizada a utilização de certificado digital padrão ICP-Brasil, até a implantação do CRM Digital pelo CFM, quando então será dado um prazo de 360 (trezentos e sessenta) dias para que os sistemas informatizados incorporem este novo certificado.

Art. 6º No caso de microfilmagem, os prontuários microfilmados poderão ser eliminados de acordo com a legislação específica que regulamenta essa área e após análise obrigatória da Comissão de Revisão de Prontuários da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

Art. 7º Estabelecer a guarda permanente, considerando a evolução tecnológica, para os prontuários dos pacientes arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado.

Art. 8º Estabelecer o prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários dos pacientes em suporte de papel, que não foram arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado.

Art. 9º As atribuições da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos em todas as unidades que prestam assistência médica e são detentoras de arquivos de prontuários de pacientes, tomando como base as atribuições estabelecidas na legislação arquivística brasileira, podem ser exercidas pela Comissão de Revisão de Prontuários.

Art. 10º Estabelecer que o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), mediante convênio específico, expedirão selo de qualidade dos sistemas informatizados que estejam de acordo com o Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde, aprovado nesta resolução.

Art. 11º Ficam revogadas as Resoluções CFM nos 1.331/89 e 1.639/02, e demais disposições em contrário.

Art. 12º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação. (Portal Médico.org.br, 2007, p.252).

O desafio dos PEPs está em realizar uma composição que tenha como estrutura a facilidade em sua utilização. Isso se torna complexo porque como são informações armazenadas ao longo da vida da pessoa, além das variantes desse indicador essencial, o sistema via ficando cada vez mais sobrecarregado.

### 2.3.2.2 Utilização de serviços terceirizados

Conforme a OMS, a população de idosos no Brasil terá um crescimento exponencial até o ano de 2025. Para se ter uma ideia disso, essa ascensão populacional na faixa etária, acima dos sessenta anos, aumentará dezesseis vezes, enquanto a população das outras faixas etárias do Brasil crescerá em torno de cinco vezes, no mesmo período.

Minayo (2012) mostra que nos últimos cem anos, no Brasil, há uma notória revolução demográfica, pois até o início do século XX, a expectativa de vida se



enquadrava na média de 33,5 anos. Em 2009, ela alcançou 73 anos, sendo 79,5 para as mulheres e 69 para os homens, segundo o IBGE.

Em 2018, o IBGE divulgou que esse número subiu para mais de 28 milhões de pessoas na faixa etária idosa. Isso representa 13% da população do Brasil e tende a ser multiplicada por dois nas próximas décadas. Quando há a constatação do crescimento do número de idosos, necessariamente o número de crianças vai diminuindo. Dessa forma, é preciso que haja políticas públicas que atuem de modo estrutural nesse novo modelo de organização social. Por exemplo, se há um menor número de crianças no país, é preciso investir mais qualitativamente em sua educação; o tempo da juventude deverá ser estendido, como ocorre hoje em vários países europeus, por causa das exigências competitivas do mundo do trabalho, e o momento da aposentadoria terá de ser retardado, na medida em que cresce o número de pessoas acima dos 70, 80, 90 e até 100 anos. (MINAYO, 2012, p.208).

Saber sobre esses números relativos à demografia do Brasil traz para o contexto desta pesquisa proposições que se preocupem com ILPIs, já que elas estão surgindo em números e variações distintas por causa do aumento de pessoas que pertencem a essa faixa etária. Segundo Santos (2018), além do aumento do número de idosos, há a questão dos desafios enfrentados pelas famílias para cuidar deles. É dessa maneira que as ILPIs foram constituídas como lugares de ação mendicantes, ou seja, inicialmente, a função delas era abrigar pessoas idosas sem condições financeiras juntamente com os pobres, desempregados, doentes mentais etc., em lugares que não reuniam as condições necessárias básicas para o acolhimento.

Na atualidade, esse cenário vem mudando com o aparecimento de instituições constituídas por uma filosofia organizacional que permita a inclusão social das pessoas. Tudo isso passa pelo processo de construção de valores, independência, autonomia, respeito à individualidade e à identidade. Dessa forma, faz-se necessário considerar que a inclusão de uma pessoa idosa em uma ILPI deve levar a reflexão e a ação para uma complexidade de fatores, sem entrar no mérito se a família possui culpa ou não por necessitar dessas instituições. No caso específico da entidade no foco dessa pesquisa, há um caráter diferenciado por se tratar se uma instituição de ordem confessional. Por isso, tem-se por objetivo um indicador de forma direta que é a utilização de serviço interno e externo na organização gestora da instituição.

Para esta pesquisa, é importante dar ênfase para esse indicador, não por ser o mais importante deles, mas devido à necessidade da congregação de religiosos que

está em estudo. Apontar um sistema que tivesse um maior controle sobre a utilização dos serviços de terceiros da área da saúde, já que, como se sabe, a grande maioria das ILPIs possuem em seus quadros pessoais, profissionais assistenciais básicos, entre eles, cuidadores e enfermeiro que trabalha com carga-horária de 20 horas semanais, conforme é determinado pela vigilância sanitária. Segundo Santos (2013), como há falta de trabalhadores qualificados para atuarem na área de saúde do idoso, quem toma a frente nesse tipo de trabalho assistencial são os cuidadores que, na maioria dos lugares, realizam, também, o trabalho de serviços gerais. É interessante ressaltar que na época do apontamento do estudo de Santos (2013), o governo federal brasileiro ofereceu, por meio de instituições de ensino, vários tipos de cursos à população, entre eles, o de cuidadores de idosos, todos de modo gratuito. Esse tipo de formação de nível médio demonstra a necessidade dessa demanda social.

Conforme Nunes (2004), por se tratar de uma equipe muito básica, é natural que ocorra a procura por serviços fora da unidade, porém nos deparamos com outra dificuldade, devido a condição financeira de muitos institucionalizados é difícil ter um plano de saúde, pois na maioria dos casos o valor deste plano é bastante elevado, passando de um salário mínimo. Os valores são praticados dessa forma por serem os idosos considerados clientes indesejáveis para as operadoras de saúde, pois utilizam mais os serviços e o grau de sinistralidade é grande devido a idade mais avançada. Um outro fator que deve ser considerado no cuidado com a saúde do idoso é a relação que há entre o envelhecimento e a deficiência. Segundo Medeiros e Diniz (2004), essa discussão está atrelada ao estudo obrigatório sobre deficiência, pois esse campo ainda é pouco explorado no Brasil. O modelo social existente sobre a deficiência é aquele em que a pessoa possui algum tipo de limitação. Nesse modelo não tem havido espaço para enxergar que o idoso vai adquirindo limitações com o passar dos anos.

O modelo social da deficiência é uma discussão extensa sobre políticas de bem-estar e de justiça social, em que a explicação médica para a desigualdade não é mais considerada suficiente. O principal argumento aqui, é que, dado o cruzamento entre deficientes e idosos, as perspectivas teóricas e políticas do modelo social da deficiência são uma fonte rica de diálogo e inspiração para políticas de bem-estar para idosos. (..) O ponto de partida teórico do modelo social é de que a deficiência é uma experiência resultante da interação entre características corporais do indivíduo e as condições da sociedade em que ele vive, isto é, da combinação de limitações impostas

pelo corpo com algum tipo de perda ou redução de funcionalidade (“lesão”) a uma organização social pouco sensível à diversidade corporal.

Originalmente, a Upias propôs uma definição que explicitava o efeito da exclusão na criação da deficiência: “Lesão: ausência parcial ou total de um membro, órgão ou existência de um mecanismo corporal defeituoso; Deficiência: desvantagem ou restrição de atividade provocada pela organização social contemporânea que pouco ou nada considera aqueles que possuem lesões físicas e os exclui das principais atividades da vida social” [Upias (1976, p. 3-4)]. (Medeiros e Diniz, 2004, p. 108-109). Diante dessa perspectiva, da relação entre o envelhecimento e a deficiência, fica mais perceptível analisar sobre as necessidades dos idosos que estão nas ILPIs, pois as mesmas devem considerar um conjunto de processos de atendimento que irá facilitar a vida das pessoas idosas e paralelamente, resolver os problemas que geram custos mais elevados quando, por exemplo, se faz necessário levar um idoso a uma consulta ou exame externo.

Uma parcela considerável das ILPIs exige que quem deve acompanhar e levar o idoso a esses lugares, deve ser um familiar. O problema disso é que na falta do cuidado necessário, além da pessoa ficar mais vulnerável no processo de transporte, há o problema do desconforto que gera dor e outros desafios de ordem emocional. Por essas questões, a tendência é que o encaminhamento das pessoas idosas para esses procedimentos é de gerar postergações e, dessa maneira, elas são assistidas apenas em caso mais graves com o aparecimento de sintomas de risco.

A partir desse indicador, é possível propor um modelo de equipe que possa dar uma assistência interdisciplinar. Isso significa que a pessoa idosa pode ser assistida no próprio ambiente onde mora, por uma equipe multidisciplinar que conta com profissionais tais como médico, enfermeiro, técnico, nutricionista, educador físico, fisioterapeuta e farmacêutico. No caso da necessidade da coleta de sangue para algum procedimento em laboratório, o técnico poderá ir até o local da ILPI e realizar tal processo.

Dessa forma, há preservação do idoso e o conseqüente conforto no cuidado com a saúde dele. Por isso, contar com a ajuda de uma equipe externa pode melhorar a gestão do cuidado, bem como a gestão financeira. Na ocorrência de quedas, por exemplo, já há estudos que apontam que elas são decorrentes, também, por falta de força muscular. Um profissional fisioterapeuta poderá resolver essa questão, fazendo uma avaliação e um trabalho de prevenção. Assim, já eliminaria alguns riscos aos

idosos, haveria uma orientação adequada para a equipe interna e evitaria outros problemas graves em relação a fraturas, além de promover uma gestão mais eficiente.

### **2.2.3 Indicadores de Gestão**

#### **2.2.3.1 Processos de trabalho**

O plano de trabalho está fundamentado na construção de uma equipe especializada capaz de observar e analisar o contexto atual da população de seu cuidado e planejar estratégias de ação a partir dos resultados obtidos a partir do acompanhamento e registro diários. Outro pilar importante na organização dos processos de trabalho é a capacidade do gerente de fiscalizar as atividades da equipe, de conduzir as propostas trazidas por eles, a partir de suas vivências diárias com os pacientes, e de motivá-los visando a qualidade da assistência de quem procura um serviço de saúde. Apesar de as instituições de longa permanência para idosos ainda não serem consideradas estabelecimentos de saúde, A ANVISA, a partir aprovação da RDC 283/2005, regulamenta os processos de funcionamento dessas instituições e estabelece graus de dependência (condição do indivíduo que requer o auxílio de pessoas ou de equipamentos especiais para realização de atividades da vida diária), conforme já descrito em capítulos anteriores, e quais as necessidades de ofertas de profissionais exigidas a cada uma delas.

- a) Grau de Dependência I: um cuidador para cada 20 idosos, ou fração, com carga horária de 8 horas/dia;
- b) Grau de Dependência II: um cuidador para cada 10 idosos, ou fração, por turno;
- c) Grau de Dependência III: um cuidador para cada 6 idosos, ou fração, por turno.

A RDC 283 especifica, também, os cuidados essenciais, os insumos adequados e quais profissionais capacitados para cada função, tais como:

- a) Cuidador de Idosos: pessoa capacitada para auxiliar o idoso que apresenta limitações para realizar atividades da vida diária.
- b) Equipamentos de autoajuda: qualquer equipamento ou adaptação, utilizado para compensar ou potencializar habilidades funcionais, tais como bengala,

andador, óculos, aparelho auditivo e cadeira de rodas, entre outros com função assemelhada.

- c) Para a coordenação técnica: Responsável Técnico com carga horária mínima de 20 horas por semana.
- d) Para as atividades de lazer: um profissional com formação de nível superior para cada 40 idosos, com carga horária de 12 horas por semana.
- e) Para serviços de limpeza: um profissional para cada 100m<sup>2</sup> de área interna ou fração por turno diariamente.
- f) Para o serviço de alimentação: um profissional para cada 20 idosos, garantindo a cobertura de dois turnos de 8 horas.
- g) Para o serviço de lavanderia: um profissional para cada 30 idosos, ou fração, diariamente.

A RDC/283 – 2005 estabelece que a instituição que possuir profissionais de saúde vinculados à sua equipe de trabalho, deve exigir registro desses profissionais no seu respectivo Conselho. Outro ponto importante da resolução é o compromisso das instituições de proporcionarem atividades de educação em geriatria, com o objetivo de capacitar tecnicamente os recursos humanos envolvidos na prestação de serviços aos idosos. Essas diretrizes visam à qualidade da assistência à saúde, do cuidado e das condições de vida dos residentes da ILPI. (BORN; BOETCHAT, 2002).

#### 2.2.3.2 Ticket Médio

O ticket médio é um indicador utilizado para verificar o faturamento médio de um determinado produto na rede de comércio. As operadoras de saúde utilizam para saber o valor médio da sua carteira de cliente, sua fórmula utiliza o faturamento total e divide pelo número de vendas. A economia em saúde tende visar às melhores condições para distribuir recursos e alcançar a melhor assistência à saúde possível, com o cenário de recurso limitados. (DEL NERO, 1995).

Nas entrevistas realizadas com o stakeholders, havia 3 empresários de ILPIs do terceiro setor (particulares), essas ILPIs estão localizadas na região metropolitana de Porto Alegre e Vale dos Sinos. Todos relataram o custo por indivíduo para manter suas necessidades básicas com qualidade. Esses valores podem variar de acordo com a necessidade de cuidado de cada residente, baseando-se na classificação da RDC 283/2005 quanto ao grau I, II e III dos idosos, e dos serviços de hotelaria. Estes

oferecem cômodos com diferentes características, coletivo, individual ou suíte, cujo valor está relacionado aos serviços inculidos para cada tipo de quarto.

No estado do Rio Grande do Sul, esse custo apesar de ser elevado para atual situação financeira do nosso país, não inclui todas as necessidades de cuidado, ou seja, esses valores oferecem serviços de alimentação, lavanderia e cuidados assistências básicos de enfermagem. Quanto a necessidade de consultas médicas, nutricionais, psicológicas e fisioterapia são serviços com valores para cada tipo de atendimento, cobrados quando utilizados. Além disso, os medicamentos são fornecidos pelo familiar responsável bem como o deslocamento do paciente quando necessário.

Média dos valores mensais praticados pelo terceiro setor em ILPIs:

- a) Grau de Dependência I R\$ 6.842,00
- b) Grau de Dependência II R\$ 9.803,00
- c) Grau de Dependência III R\$ 18.396,00

\*Valores adquiridos de 4 unidades através de pesquisa de mercado.

Estudos internacionais indicam a importância do registro das informações de cada paciente em prontuários eletrônicos, os quais sejam de acesso para todos os profissionais envolvidos na assistência. A computação e redes de prontuários trouxeram benefícios importantes na história clínica de cada paciente, auxiliando a tomada de decisões tanto na parte assistencial como na gestão de unidades de saúde. (LINDBERG, 1995).

### 3 METODOLOGIA

“Os métodos de pesquisa moldam a linguagem que utilizamos para descrever o mundo, e a linguagem molda como nós pensamos sobre o mundo [...]” (BENBASAT; WEBER, 1996, p. 392), “[...] consistem em um conjunto de regras e procedimentos, aceitos pela comunidade acadêmica, para a construção do conhecimento científico”. (ANDERY *et al.*, 2004).

A partir dessas denominações sobre o objetivo da metodologia dentro de uma pesquisa, e da sua relevância para continuidade do estudo e para o avanço da teoria e do conhecimento, optou-se por uma pesquisa empírica, a qual se baseia na observação e na captura de experiências com objetivo de obter o domínio do que se quer estudar, através da aplicação prática e da operacionalização do conhecimento científico. (RAUEN, 2015).

Para a condução das etapas que nortearam a construção do presente artefato escolheu-se o método Design Science Research (DSR), que tem como objetivo dividir estruturalmente o problema do projeto em problemas práticos e de conhecimento, direcionado ao projeto de artefatos que sustentem melhores soluções para os problemas existentes. (WIERINGA, 2009). Lacerda et al (2013) apontam a dificuldade em caracterizar métodos de pesquisa, a partir de um critério pormenorizado, a fim de chegar em resultados no âmbito da gestão de operações.

A importância dessa abordagem prévia está na necessidade de distinguir o ambiente científico natural do artificial, pois a parte voltada para o natural tem como referência um montante de conhecimentos cuja função é pesquisar e mostrar como uma realidade funciona. Por outro lado, segundo Simon (1996), o objetivo de se investigar as ciências do artificial está no que se diz respeito a explicar como as coisas devem ser e, a partir desse conhecimento, trabalhar para que funcionem e atinjam os seus propósitos.

O DSR é um método de pesquisa recente que visa um novo formato para a produção de conhecimentos relevantes, focado na construção de artefatos. Wieringa, 2009 conduz o seu estudo do DSR direcionado à engenharia de Software, contudo seu conteúdo pode ser aplicado em quaisquer áreas de pesquisa. Artefatos, conforme classificado pelos pesquisadores March e Smith (1995), podem ser divididos em modelos; constructos; métodos; instanciações e sistemas de informações, ou

conforme Hevner et al. (2004) são a representação simbólica ou instanciação física do estudado.

Diante disso o artefato tem como objetivo a organização dos componentes do ambiente interno (a própria instituição) para atingir as metas estabelecidas para o ambiente externo (as condições em que o artefato vai funcionar). (DRESCH; LACERDA; ANTUNES JUNIOR, 2015). Os autores definem esquemas que envolvem a investigação do problema, o projeto da solução, a validação, a implementação e a avaliação. Sugere que a questão de projeto (problema da pesquisa) seja dissecada em problemas práticos e teóricos, dentro de uma estrutura. O local onde ocorrerá o funcionamento adequado do artefato foi denominado por Hevner et al. (2004) como *design*. É neste ambiente que o pesquisador, verifica as relações do artefato com o que se tem referente ao problema estudado. No âmbito do *Design Science* a trajetória do desenvolvimento do conhecimento é direcionada a partir da organização das classes de problemas. (DRESCH; LACERDA; ANTUNES JUNIOR, 2015)

O autor Hevner (2007) sugere um framework conceitual, baseado no *DSR*, em que define que a pesquisa é realizada em um determinado ambiente com o intuito de produzir uma base de conhecimento. Os produtos da pesquisa são teorias e artefatos que devem ser justificados e avaliados para produzirem feedback que possa refinar as teorias e os artefatos. A opção pela metodologia *DSR*, deve-se ao envolvimento cooperativo e participativo do pesquisador com seu objeto de estudo, em que, a partir de uma abordagem qualitativa, busca compreender e empreender mudanças no processo de gerenciamento da assistência dos serviços de cuidado com idosos. O estudo das percepções pessoais do autor, inserido no ambiente de estudo, associada à descrição, à indução e à teoria fundamentada, possibilitou identificar os problemas existentes no modelo de gestão, até então utilizado pela companhia religiosa em suas quatro residências destinadas ao cuidado.

Os modelos e métodos recomendados na aplicação do *Design Research* são generalistas e abstratos, logo, torna-se necessário adaptá-los à situação problema, a empresa, ao tempo e às demais condições próprias do local de pesquisa. (EDER, 1998). Para descrever as etapas operacionais da pesquisa optou-se, após analisar os diferentes modelos desenvolvidos sobre o método *DSR*, pelo proposto pelos autores Vaishnavi & Kuechler (2004), o qual consiste em cinco fases de execução: conscientização do problema, sugestão, desenvolvimento, avaliação e conclusão.



A primeira fase, a consciencialização do problema, consiste em evidenciar o problema ao qual se deseja apresentar uma solução, compreendê-lo, e estabelecer as estratégias necessárias para o seu desenvolvimento. Além disso, é nesse momento que se apresentam os artefatos já existentes sobre o problema e quais as suas limitações. O foco é a definição e a formalização do problema a ser solucionado (proposta), sua interação com o ambiente externo e as soluções satisfatórias necessárias.

A próxima fase, a sugestão, é o momento de caracterizar as premissas e requisitos para a construção do artefato, quais as propostas eficientes para a solução do problema. Esta etapa deve ser realizada utilizando-se como base o método científico abduutivo, baseado nos conhecimentos científicos e experiências com intuito de identificar soluções pertinentes. Logo, é a escolha de um artefato a partir da análise do conjunto de possíveis artefatos para serem desenvolvidos.

A terceira fase, o desenvolvimento, consiste em utilizar um dos artefatos que foram propostos na etapa anterior e tentar solucionar esse problema. Do ponto de vista de Simon (1996), é nesse momento que o pesquisador constrói o ambiente interno do artefato, uma vez que os objetivos e o ambiente externo foram caracterizados inicialmente. É nesta fase que se gera o conhecimento para a solução do problema, ou melhoria dele. Dessa maneira, houve um levantamento do problema de forma prática e teórica, a revisão sistemática da literatura científica e a criação ou recriação de artefatos (os indicadores) para a solução dos problemas levantados.

Essa construção envolveu a abordagem de profissionais formadores de opinião em gestão de serviços de saúde, preferencialmente atuantes em instituições de longa permanência de idosos inseridos em municípios da região metropolitana de Porto Alegre e outros três estados (São Paulo, Minas Gerais e Fortaleza). Foram selecionados sete profissionais, sendo eles: dois proprietários de instituições de longa permanência para idosos localizadas na região metropolitana de Porto Alegre; dois diretores administrativos de hospitais (São Paulo e Belo Horizonte); um diretor médico de um hospital particular de Porto Alegre e três diretores das casas de saúde da mesma entidade profissional localizadas em São Paulo, Minas Gerais e Fortaleza. O contato inicial se deu por meio telefônico em que foi apresentada a pesquisa e seus objetivos e após o aceite, os questionários foram encaminhados por e-mail.

Os especialistas responderam a questões formuladas a partir dos três pilares de indicadores essenciais de avaliação estabelecidos neste trabalho (assistência,

eficiência e gestão), incluindo o seu tempo de experiência em gestão em saúde, a rotina de suas atuações, como são estruturadas as unidades em que atuam (número de leitos, perfil dos idosos, número de profissionais, fiscalizações legais) e quais meios utilizam para avaliação dos seus serviços prestados. As perguntas seguiram o formato estruturado, a partir do roteiro constante no Apêndice 1, sendo as respostas registradas pelo pesquisador em ficha transcrita para tabela, na qual constam todas as respostas dos entrevistados.

A quarta fase, é a avaliação, a qual permite gerar novas aprendizagens e conhecimentos, não só para quem efetua a investigação, mas também para quem tem acesso à mesma. É o momento de apresentar o que funcionou como o previsto e os ajustes necessários a serem feitos. A execução dessa fase deu-se nas reuniões realizadas com a diretoria de gestão da instituição no estado de São Paulo, da qual o autor é membro.

E, por fim a quinta e última fase da pesquisa, a conclusão, onde são apresentados os resultados obtidos, identificadas as principais aprendizagens em todas as fases do projeto e justificada a contribuição do trabalho. A partir do desenvolvimento dessas fases metodológicas definiu-se (conclusão) a ferramenta proposta a qual se baseou em três eixos temáticos: cuidado, gestão e eficiência, descritos na figura 1, apresentada na introdução deste trabalho. O problema levantado foi o de monitorar, controlar e avaliar a qualidade assistencial, a eficiência e a sustentabilidade (gestão) em ILPI. Isso se deve à compreensão de que tais dimensões estão relacionadas à noção de entrega de valor ao idoso. Além disso, o estudo buscou embasamento nas melhores práticas de cuidado e de gestão identificadas, partindo de indicadores que possam ser efetivamente aplicados a este campo.

Mais detalhadamente, apresenta-se as seguintes considerações sobre cada eixo temático que compõem o framework:

- a) Eixo do cuidado: indicadores transitando pela compreensão do perfil dos usuários de ILPI, baseados na análise das características demográficas, epidemiológicas, culturais e de gênero que envolvem o idoso, seguidas dos modelos assistenciais disponíveis no campo da saúde (pública e privada), e das formas de organização, sistematização e funcionamento das ILPI.
- b) Eixo da gestão: indicadores para gestão dos recursos para o planejamento de ações e serviços de saúde, com foco naqueles dedicados à abordagem

ao idoso, incluindo ferramentas para a descrição dos processos de trabalho e os elementos centrais da profissionalização do cuidado em uma ILPI.

- c) Eixo da eficiência: mapa de indicadores ajustados à qualidade assistencial, à sustentabilidade e à eficiência na relação entre resultados e custos.

Os eixos são relacionados ao IOQ e ao RDC da seguinte forma: o RDC, assim como outras ações do governo, visa normatizar as ILPIs, logo, é imperativo que um modelo de gestão baseie a eleição de seus indicadores a partir dessas regulamentações. A escolha de um instrumento de avaliação de indicadores já validado, como o IOQ, para nortear a construção do framework, denota sentido ao estudo, pois possibilita a análise da eficiência e confiabilidade dos indicadores.

Além disso, soma-se aos indicadores, a prática administrativa em instituições de saúde, do autor da pesquisa, durante a qual foi possível perceber as lacunas do processo de cuidado, uma vez que a ineficiência da gestão financeira influencia diretamente no processo dos demais indicadores de assistência. O treinamento e união das equipes de apoio na construção e desenvolvimento da ferramenta traz eficácia e possibilita replicabilidade do sistema de gestão.

Ao avaliar a relevância deste estudo em relação aos riscos, interferências e modificações sobre o meio dos sujeitos abordados, de modo a permitir a antecipação de problemas e a redução do impacto sobre o serviço, toma-se por base os princípios da benevolência, da justiça e da segurança, fundamentando as ações a partir das normas presentes na Resolução CNS/MS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. (BRASIL, 2012).

Para tal fim, entende-se como riscos mínimos, os presentes nesta pesquisa. Associados à possibilidade de identificação dos usuários e ao vazamento dos dados no seu manuseio e arquivamento, é garantido, às organizações, o direito à autodeterminação, expressa por meio de termo de autorização e cedência de dados (Apêndice 2), bem como ao anonimato institucional e à confidencialidade dos dados pessoais, protegendo-os contra o constrangimento e o dano. Dessa forma, como condição imprescindível da aplicação e condução deste estudo, define-se como ponto de partida a apresentação e análise deste projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

A execução compreendeu a aplicação do framework e o desenvolvimento de propostas de ação, no contexto de uma ILPI, sendo realizadas nas Comunidades de Saúde e Bem-Estar de uma entidade religiosa. Inicialmente, a instituição escolhida

como espaço para execução, trata-se da Comunidade de Saúde e Bem-Estar localizada no município de São Leopoldo, RS, tendo como foco o atendimento de seus membros em casos de recuperação pós-cirúrgica, doenças, dependência física e senilidade. A comunidade religiosa em questão, possui ainda outras três residências similares no País, localizadas em São Paulo, Belo Horizonte e Fortaleza, todas com o mesmo propósito.

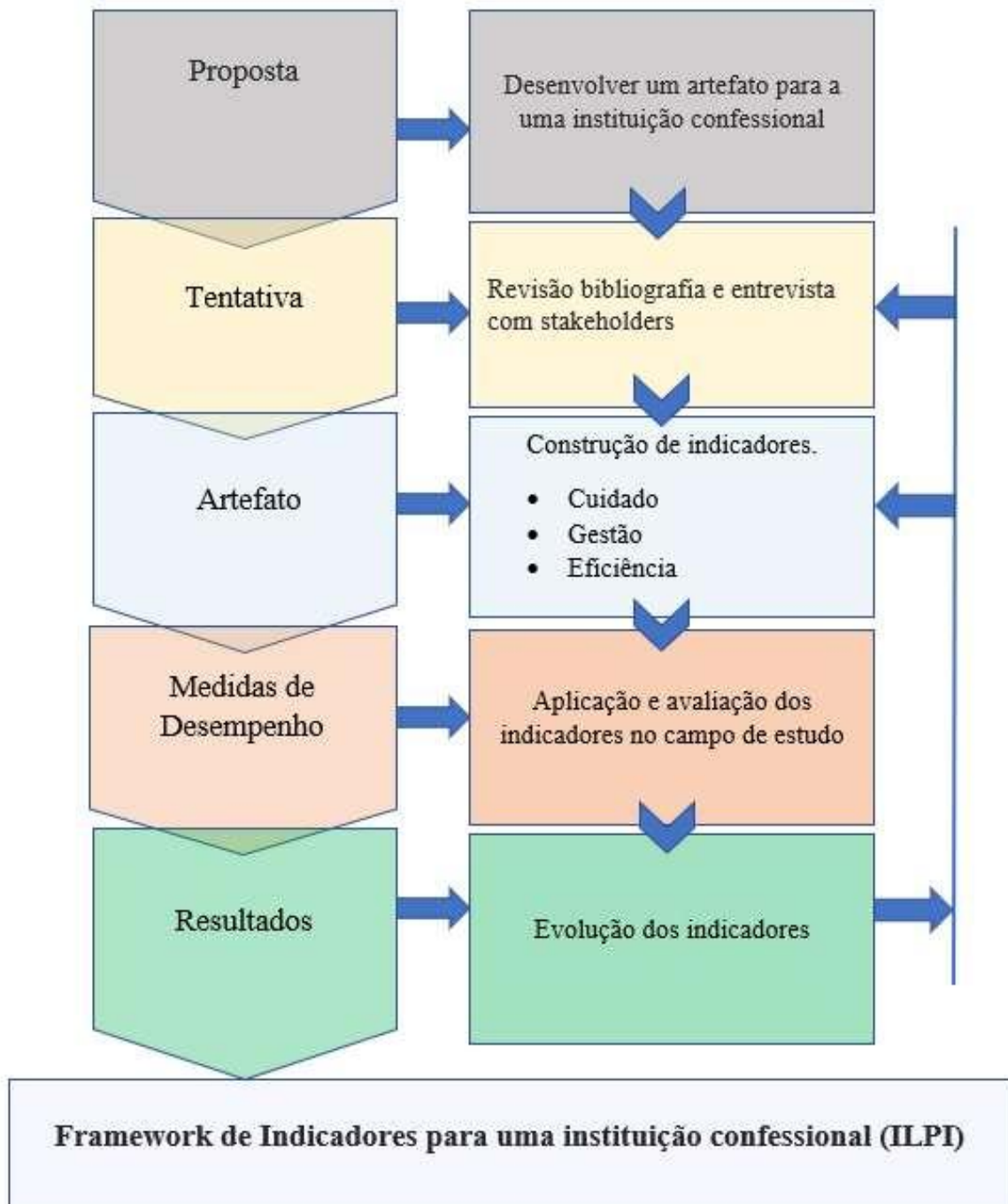
O período inicial de aplicação dos indicadores foi de janeiro a abril de 2019. Em maio durante reunião entre os gestores da província no Brasil, foram apresentados os resultados dos indicadores aplicados na unidade de São Leopoldo, sendo discutido a relevância de cada indicador proposto (no período foram avaliados apenas os indicadores: perfil epidemiológico, prevalência de doenças crônicas, incidência de ulcera de pressão, incidência de quedas, prontuário eletrônico, utilização de serviços terceirizados e ticket médio).

Após a avaliação do grupo observou-se a importância de incluir os processos de trabalho como indicador de eficiência, pois percebeu-se que havia subnotificação de registros dos institucionalizados (melhor aproveitamento do prontuário eletrônico, e déficit estrutural de equipe (visando uma equipe interdisciplinar). A partir da reestruturação da ferramenta de indicadores, reiniciou-se, em junho a setembro de 2019, a aplicação na comunidade religiosa de São Leopoldo, RS. Uma nova reunião entre os gestores da Companhia foi realizada no mês de setembro, na cidade de São Paulo, onde foram apresentados os resultados adquiridos na comunidade de São Leopoldo, RS, ao comitê de gestão nacional, que autorizou a aplicação nas demais residências a começar no mês de outubro de 2019.

Nesse processo, conforme a pesquisa foi agregando informações à base de análise, novos apontamentos e destaques foram realizados, auxiliando na identificação e caracterização dos princípios estudados. Assim sendo, a análise comparativa contínua das informações adquiridas ao longo da pesquisa, representou papel fundamental na evolução harmônica do processo de estudo, possibilitando mudanças no processo de gestão até então adotado pelas casas de saúde da congregação.

Abaixo o modelo de etapas proposto para o desenvolvimento da pesquisa baseado no DSR.

Figura 4 - Modelo de etapas do DSR



Fonte: Adaptação de Dresch et al, (2015).

No próximo capítulo este trabalho vai tratar da apresentação dos resultados obtidos, sua aplicação e discussão comparados a outros estudos sobre. Por fim será exposto o escopo do Framework realizado.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A proposição de um framework composto por um conjunto de indicadores de gestão para ILPI de uma entidade religiosa, passou pela definição de grupos de informações que permitiram acompanhar as operações do serviço. Diante dos indicadores selecionados, foi possível monitorar, controlar e avaliar a eficiência assistencial e financeira da instituição de amostra. A seguir demonstra-se a descrição e análise desses indicadores, a partir de gráficos, quadros e tabelas.

A construção se deu a partir da experimentação na gestão ILPI, objeto desse estudo, tendo como método a DSR, descritos como (a) indicadores assistenciais, (b) indicadores de eficiência e (c) indicadores de gestão, conforme quadro esquemático abaixo (Tabela 3).

Essa ILPI está vinculada a uma comunidade religiosa formada por pessoas do sexo masculino, distribuída funcionalmente em padres e irmãos, que têm como a missão levar, aos lugares mais extremos, no mundo todo, o catolicismo. No Brasil, já estão presentes há mais de 500 anos, distribuídos em todas as Unidades da Federação (UF). Os padres e irmãos costumam se agrupar em comunidades, nas quais convivem durante toda a vida. Ao envelhecer, passam a habitar comunidades denominadas Comunidades de Saúde e Bem-estar. O papel delas é acolher as pessoas idosas que se dedicaram à ordem religiosa e que necessitam de cuidados em saúde. Como se trata de pessoas idosas, o modelo adotado é o de uma ILPI.

Estrategicamente foram distribuídas as Comunidades de Saúde e Bem-estar nos estados de São Paulo, Ceará, Minas Gerais e Rio Grande do Sul. Dessa forma, foi possível dar cobertura a todos os padres e irmãos espalhados no país, utilizando o modelo de uma ILPI com centros onde havia a oferta de cuidados com a saúde dos idosos. Atualmente as residências de saúde possuem capacidade para acolher até 96 religiosos simultaneamente, em quartos privativos com suíte.

O ingresso na congregação religiosa ocorre em média entre os 15 e os 19 anos, em uma carreira que envolve a passagem pelo seminário, em processo de conhecimento para uma vida como padre, que demanda a formação superior em Filosofia e Teologia, ou como irmão, que serve à coletividade em suas necessidades, em missões que são designadas pelo Padre Provincial ao longo de toda a vida.

Quadro 3 - Síntese dos indicadores selecionados

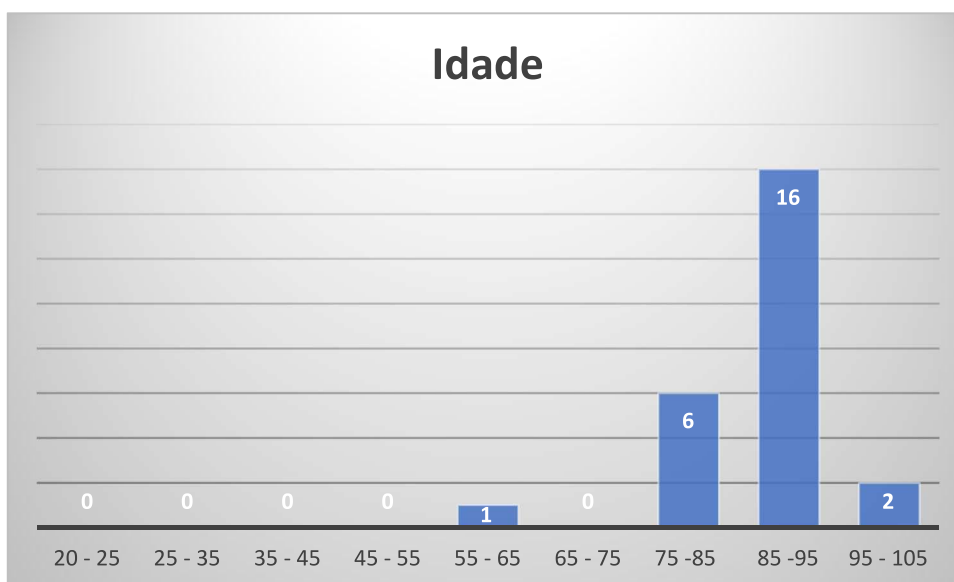
Pesquisado	Fórmula para Cálculo	Frequência da Medida	A quem se Aplica	Referência
Perfil epidemiológico	Doença CID 10 = número de acometidos	Mensalmente	Todos Residentes	VERMELHO, L. L.; MONTEIRO, M. F. G. Transição Demográfica e Epidemiológica. In: MEDRONHO, R. A. Et al. Epidemiologia, SP: Editora Atheneu, 2002.
Grau de Dependência	A pontuação da escala varia de 0-100 com intervalos de 5 pontos. Escores menores que 45 pontos representam dependência severa; de 45 a 59 pontos, dependência grave; e de 60 a 100 pontos, dependência leve.	Mensalmente, chegada de um novo institucionalizado ou algum acontecimento acometido	Todos Residentes	Escala de BARTHEL
Incidência de Quedas	$n^{\circ}$ de quedas / $n^{\circ}$ pacientes x 1000	Mensalmente	Todos Residentes	Oliver D, Healey F, Haines TP. Preventing falls and fall-related injuries in hospitals. Clin Geriatr Med 2010; 26(4):645-92
Incidencia de Úlcera Sob Pressão	Número de idosos apresentando no mês úlcera/número de idosos no mês*100(%)	Mensalmente	Todos Residentes	Referencia: RDC N° 283/2005,
Prontuário	Número de atendimentos x Registros	Mensalmente	Evolução de todos os profissionais	Desenvolvido pela equipe saúde BRA
Serviço de Terceiros	Saidas da ILPI para assistência a saúde	Mensalmente	Todos serviços assistencias externos	Desenvolvido pela equipe saúde BRA + Governo ADM
Processo de Trabalho	Número de profissionais por CBO	Mensalmente	Equipe Interdisciplinar	Desenvolvida pela saúde Bra
Tiket Médio	Custo total da ILPI/ N° de Residentes	Mensalmente	Todos Residentes	Desenvolvida pela saúde Bra

Fonte: Elaboração do autor.

Esse ingresso ainda jovem, somado à necessidade de cursar formações em diferentes territórios nacionais, reduz as oportunidades de convívio com familiares. Em muitos casos, resume-se a uma visita anual. Após o ingresso na congregação, inicia-se a trajetória de trabalho que ocorre em qualquer lugar no Brasil, em períodos entre 4 a 6 anos de imersão em cada missão, o que tende a intensificar o distanciamento da família. Como consequência, ao envelhecer, poucos ainda mantêm laços familiares aptos ao acompanhamento no declínio funcional, restando à congregação o provimento do cuidado e o seguimento nos anos finais da vida.

Os materiais gerados, foram compilados em gráficos que apresentam a distribuição das frequências e progressão das medidas de cuidado (Assistenciais, de eficiência e gestão) com as pessoas idosas vinculadas à ILPI, como se segue. No ano de 2019, a taxa de ocupação das 96 vagas das Comunidades de Saúde e Bem-estar ficou em 81%. A idade média dos idosos desse estudo é uma idade média bem avançada, de 84,7 anos (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Idade dos institucionalizados na Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do Rio Grande do Sul



Elaborado pelo autor.

Ainda no gráfico 5, percebe-se que entre as pessoas idosas institucionalizadas, há um número menor, que apresenta faixa etária entre 55 e 65 anos, correspondendo a apenas 1 residente na ILPI dessa instituição confessional, já a faixa etária de 75 a 85 anos á 6 institucionalizado, se observa a maior população desta unidade é a 85 a 95 anos com 16 integrantes e de 95 a 105 anos com 2 institucionalizados.

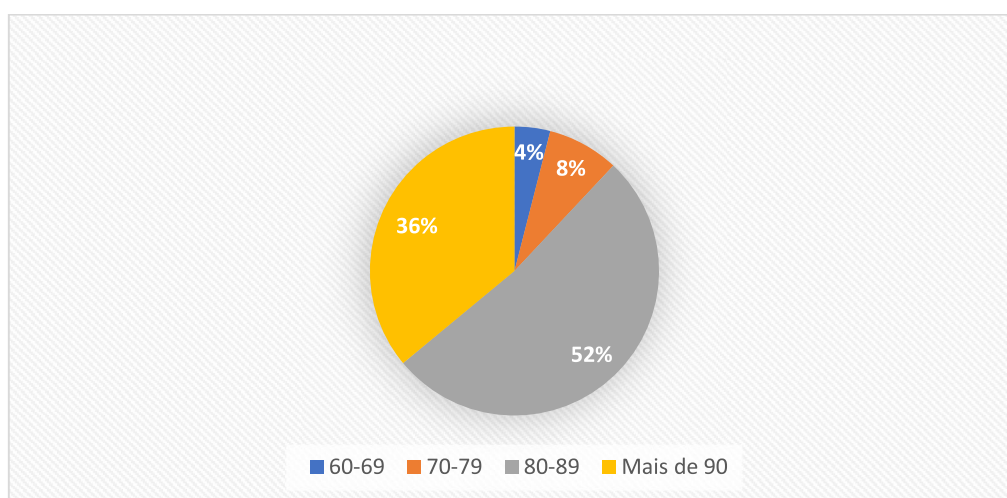


Ao compararmos com outros estudos, realizados com uma população semelhante, idosos residentes de ILPI, porém sem vínculo religioso, observa-se que a ILPI amostral possui idade média superior a outras instituições. Alencar et al (2012), por exemplo, aponta o resultado de uma ILPI de Belo Horizonte, MG, onde se constatou uma idade média de 73 anos entre os 47 idosos residentes. Pode-se inferir que a maior longevidade do grupo religioso do grupo em estudo, quando comparado às demais instituições avaliadas em outros estudos, deve-se às condições assistências e de cuidado recebidas por cada grupo.

Da Rosa et al (2011), em pesquisa realizada na região noroeste do estado do Rio Grande do Sul, demonstram que a faixa etária média entre os idosos foi de 78,88, porém nesse estudo foram incluídos idosos de ambos os sexos, sendo que entre os 33 homens a idade média foi de 77, 88 anos. Outro dado importante identificado em outros estudos quanto a longevidade é que o percentual de mulheres nas ILPI é sempre maior, além de apontarem uma longevidade maior em relação aos homens.

No gráfico 6, é possível perceber que o perfil etário desse grupo de pessoas, residentes no ambiente de pesquisa dessa dissertação, é bastante idoso, 52% dos idosos residentes possuem idade entre 80 a 89 e os demais, 36% estão com a idade acima de 90 anos. Isso representa desafios em decorrência do envelhecimento avançado, o que exige maior demanda de cuidados e de suporte para as atividades da vida diária.

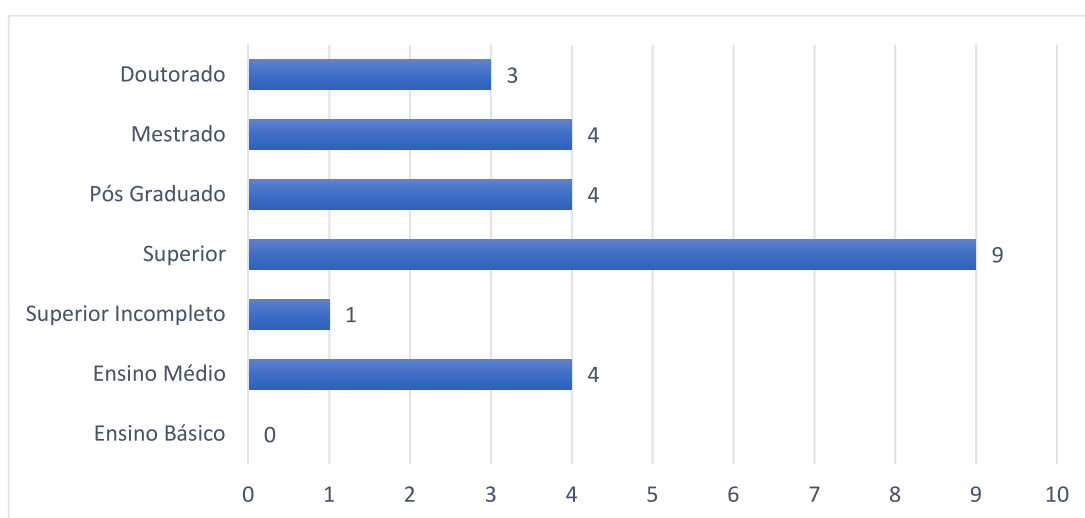
Gráfico 6 - Distribuição em grupos etários das pessoas idosas vinculadas a uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do sul do Brasil



Fonte: Elaborado pelo autor.

Diferente da população brasileira em geral, em relação à escolaridade, observa-se um nível elevado entre os idosos residentes da ILPI dessa congregação religiosa, com pelo menos 80% apresentando curso superior, incluídas formações que se estendem até o doutorado. Isso se deve, pela natureza da instituição a qual representam, a exigência de uma vida pautada pelo estudo formalizado (Gráfico 7).

Gráfico 7 - Escolaridade das pessoas idosas vinculadas a uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do sul do Brasil



Fonte: Elaborado pelo autor.

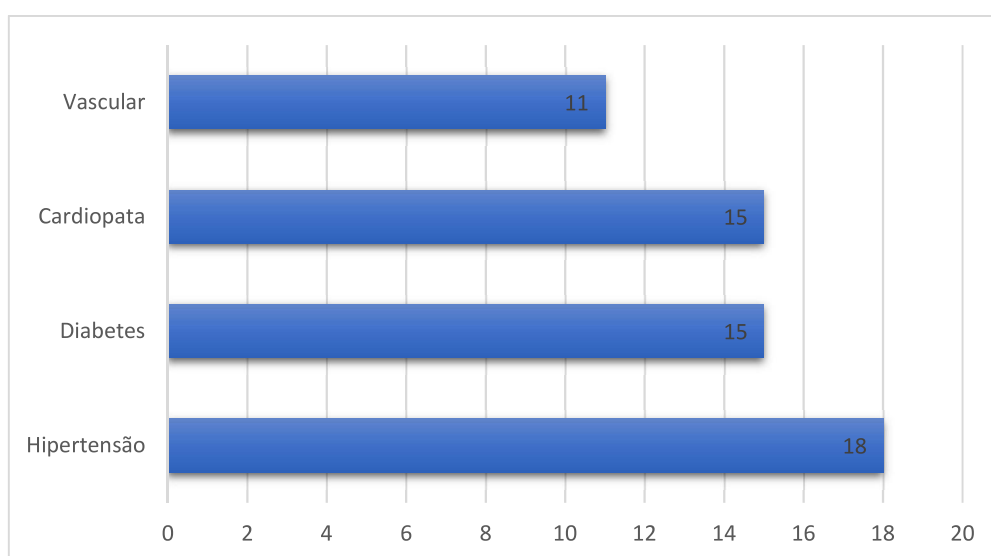
Corroborando essa disparidade entre a população de estudo e a população idosa de outras ILPIs, alguns estudos mostram que há uma porcentagem considerável de idosos nessas instituições na condição de analfabetismo. O estudo de Oliveira e Tavares (2014), realizado em oito ILPIs de um município do Triângulo Mineiro, estado de Minas Gerais, mostra que dos 260 idosos das ILPIs-não confessionais avaliadas, 48,8% é analfabeto. (OLIVEIRA; TAVARES, 2014).

Atualmente, a hipertensão arterial sistêmica é a doença crônica não transmissível, segundo dados da PNS, mais prevalente entre os idosos no Brasil. Conforme estudo divulgado pelo IBGE, realizado por Cavararo (2014), a partir das entrevistas domiciliares em 2013, 44,4% desses com idade entre 60 e 64 anos, referiu diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica; 52,7% entre as pessoas de 65 a 74 anos de idade e de 55,0% entre as pessoas de 75 anos ou mais. (CAVARARO *et al.*, 2014).

O gráfico 8 demonstra a quantidade de idosos com cada patologia, sendo que 18 idosos possuem hipertensão arterial sistêmica, 15 possuem diabetes, 15 possuem

cardiopatia e 11 possuem doença vascular. No que se refere às principais doenças encontradas em idosos institucionalizados, quando comparado a outros estudos realizados em ILPIs, observa-se também maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica. O estudo realizado por Oliveira (2016), com 345 idosos residentes de ILPIs, com ou sem fins lucrativos, no município de Natal- RN constatou que 45% (157) dos idosos avaliados possuem HAS, seguido de 25% (88) que possuem Diabete Mellitus. (OLIVEIRA, 2016).

Gráfico 8 - Doenças crônicas entre as pessoas idosas vinculadas a uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do sul do Brasil

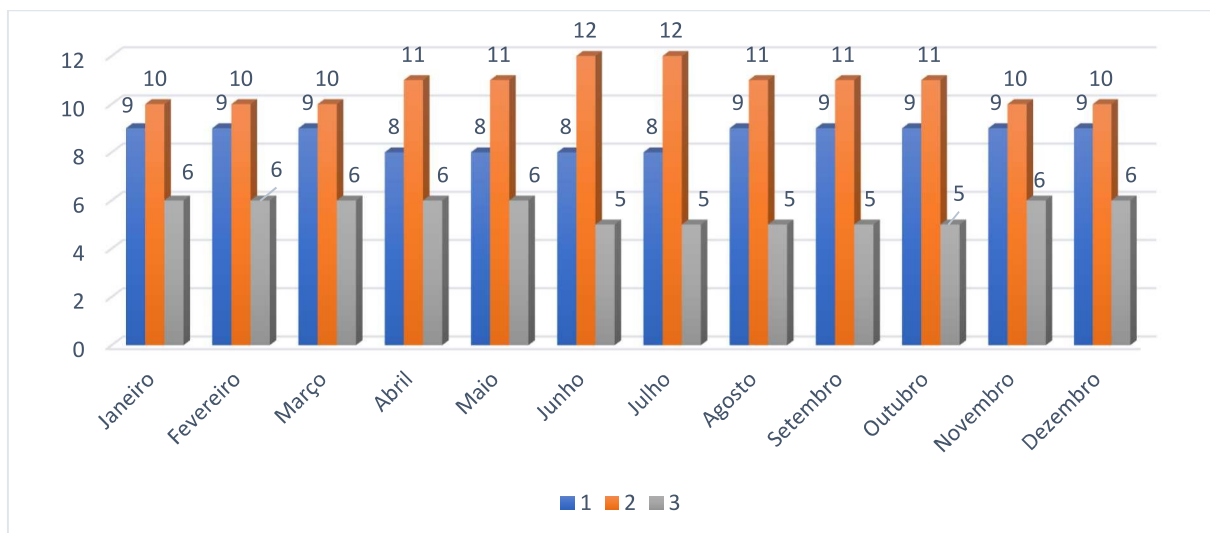


Fonte: Elaborado pelo autor.

No item **2.3.1.2** desse trabalho, sobre o grau de dependência, há a descrição do regulamento em que a ANVISA quantifica o grau de dependência de idosos institucionalizados, que é retomado abaixo:

Entre os 25 institucionalizados, observou-se no mês de janeiro/2019 a ocorrência de 9 pessoas com grau de dependência I, de 10 pessoas com grau de dependência II e de 6 pessoas com grau de dependência III. Em junho do mesmo ano, este cenário modificou-se, observando-se 8 pessoas com grau de dependência I, 12 pessoas com grau de dependência II e 5 pessoas com grau de dependência III. Assim, apesar das variações de dependência percebe-se que a ILPI confessional em estudo possui a maioria dos seus idosos com um grau de dependência II, ou seja, necessitam de auxílio para desenvolverem pelo menos três atividades de autocuidado da vida diária (Gráfico 9).

Gráfico 98 - Grau de dependência das pessoas idosas vinculadas a uma ILPI do sul do Brasil, nos meses de janeiro, junho e dezembro de 2019

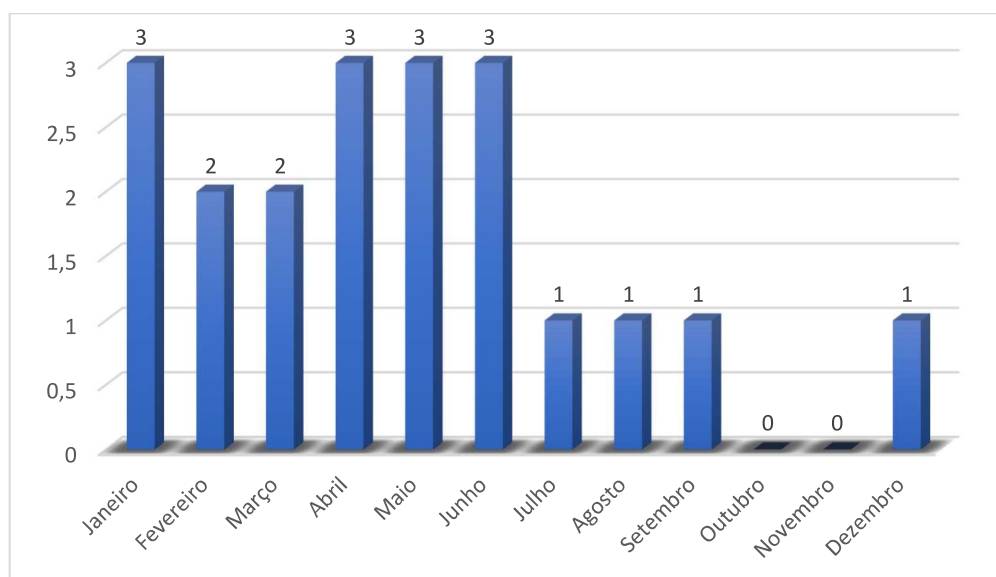


Fonte: Elaborado pelo autor.

Essa informação é tomada como referência para o dimensionamento da equipe de trabalho, pois conforme a RDC 283/2005 conhecer e quantificar os graus de dependência das pessoas da Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) deve ser critério para a estimação da força de trabalho. Dessa maneira, observa-se que esse indicador se faz importante para que haja um aumento gradativo da melhora de qualidade de vida dos idosos e, como consequência, quanto mais pessoas no grupo de grau I de dependência, menor será a força de trabalho.

Outro fator de grande relevância aqui estudado é o referente ao índice de quedas. Ao todo, em 2019, houve 20 eventos queda de idosos, distribuídas da seguinte forma nos meses do ano: no mês de janeiro 3 quedas, em fevereiro e março 2 quedas, nos meses de abril, maio e junho 3 quedas, junho, agosto, setembro e dezembro 1 queda. Nos meses de outubro e novembro não houve registro de quedas na residência (Gráfico 10).

Gráfico 10 - Ocorrência de quedas entre idosos de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do sul do Brasil



Fonte: Elaborado pelo autor.

As quedas são a causa mais comum de acidentes, que cursam com algum tipo de seqüela, seja psicológica, física, incluído a mortalidade.

Aproximadamente 25% das pessoas com mais de 65 anos de idade caem a cada ano, e cerca de 20% das quedas requerem atenção médica. Constituem a causa mais comum de lesões e internações hospitalares em idosos, também uma das principais causas de incapacidade e dependência no idoso, representando um dos principais infortúnios clínicos observados nesta população e consideradas problema de saúde pública por causa de sua alta incidência (ARAÚJO NETO *et al.*, 2017, p.753).

Dessa forma, é imprescindível dar destaque nas condições de atenção para os processos que visam à redução do número de quedas. No caso desta investigação, é possível perceber a redução já a partir do mês de fevereiro/2019. Como foi visto, nos meses de outubro e novembro, a redução de quedas foi de 100%, nos meses de fevereiro, março, abril, maio, junho, julho, agosto, setembro e dezembro, a redução de quedas foi de 66,6%.

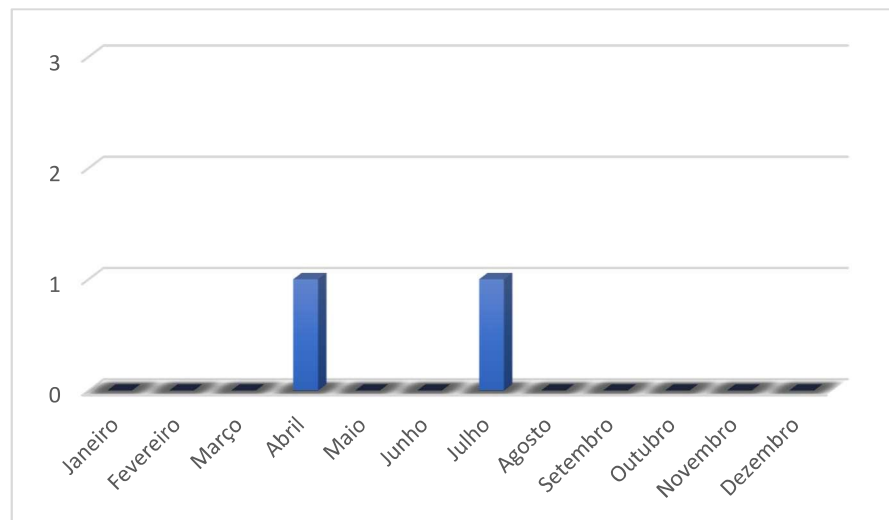
Cabe destacar que a melhora na resposta aos eventos de quedas foi resultado de ações conjuntas da equipe em busca de melhor desempenho frente ao evento, como a incorporação das informações em painel de monitoramento da instituição e o reconhecimento da importância dos prejuízos causados para a saúde do idoso. As quedas são um indicador indireto de qualidade assistencial, que apresentam um indicativo da capacidade de seguimento e de provimento de cuidados, principalmente

da resposta de equipes assistenciais no acompanhamento das pessoas. (TEIXEIRA, 2014.).

Outro evento frequente em ILPI e que apresentam grande impacto sobre a qualidade de oferta de cuidado, é o surgimento de úlceras de pressão, o qual está relacionado ao processo de envelhecimento da pele e a condições específicas de cada indivíduo. Como se observa no gráfico 11 ainda que seja uma patologia frequente em idosos, constatou-se no período de análise, a ocorrência de apenas dois eventos de úlceras de pressão, os quais ocorreram nos meses de abril e de julho.

A baixa incidência no grupo estudado, indica um cuidado mais planejado e qualificado da equipe assistencial. No entanto, o que se pôde verificar em Freitas et al (2011) e Matos (2016), é que no grupo de amostra dessas pesquisas, a porcentagem da incidência de úlceras por pressão é, respectivamente, 9% e 8%. Esses patamares são os mesmos verificados nessa dissertação que do grupo de 25 idosos, houve 2 casos, isto é, 8%.

Gráfico 11 - Ocorrência de úlceras de pressão entre idosos vinculados a uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do sul do Brasil



Fonte: Elaborado pelo autor.

Em relação aos indicadores de eficiência da instituição destacam-se os processos de trabalho e o prontuário eletrônico, ambos contribuem para as melhores estratégias de cuidado, auxiliam na promoção e prevenção de eventos adversos, melhoram a relação entre os residentes e funcionários, bem como os resultados financeiros para a instituição.

Vale ressaltar que diferente de outras ILPIs, o gerenciamento financeiro da saúde dos idosos institucionalizados na Comunidade de Saúde e Bem-Estar, provém de um fundo monetário de reserva, destinado à saúde da congregação, semelhante ao que ocorre em instituições privadas, em que o recurso para estadia de cada idoso é cobrado de seus familiares. O prontuário eletrônico instalado em dezembro de 2018, com utilização a partir de janeiro de 2019, tem apresentado crescimento cumulativo das operações de registro e documentação da assistência.

Conforme estudo realizado pela revista, *Ciência y Enfermería*, de 2018, os resultados apresentados foram a importância da equipe multiprofissional estar informada de tudo que ocorre com cada institucionalizado, trazendo-lhes mais segurança para a tomada de decisões, pois aproxima a equipe para desenvolver uma assistência baseada em informações, trazendo saúde e bem estar para os idosos. (WESTPHAL et.al, 2018).

Quadro 4 - Evolução no prontuário

Evoluções - 2019	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Médico	12	9	14	54	51	57	52	56	61	52	54	49
Enfermeiro	74	81	114	286	324	527	518	541	539	534	547	551
Tec Enfermagem	113	127	134	491	688	870	881	867	889	901	884	876
Nutricionista	21	18	18	29	36	31	30	36	37	34	32	37
Educador Físico	0	0	0	17	44	84	83	74	78	81	76	74
Fisioterapeuta	15	17	21	59	179	182	178	184	177	184	182	179
Farmacêutica	0	0	0	48	42	40	42	41	43	48	45	47

Fonte: Elaborado pelo autor.

Na estruturação do serviço, devem ser considerados: o grau de dependência, as capacidades de locomoção e autocuidado pelos idosos. A assistência e cuidado, ofertados pelas ILPIs precisam ser sensíveis às necessidades das pessoas idosas, visando proporcionar segurança, preservar a independência e a qualidade de vida, e reduzir os riscos relacionados à institucionalização.

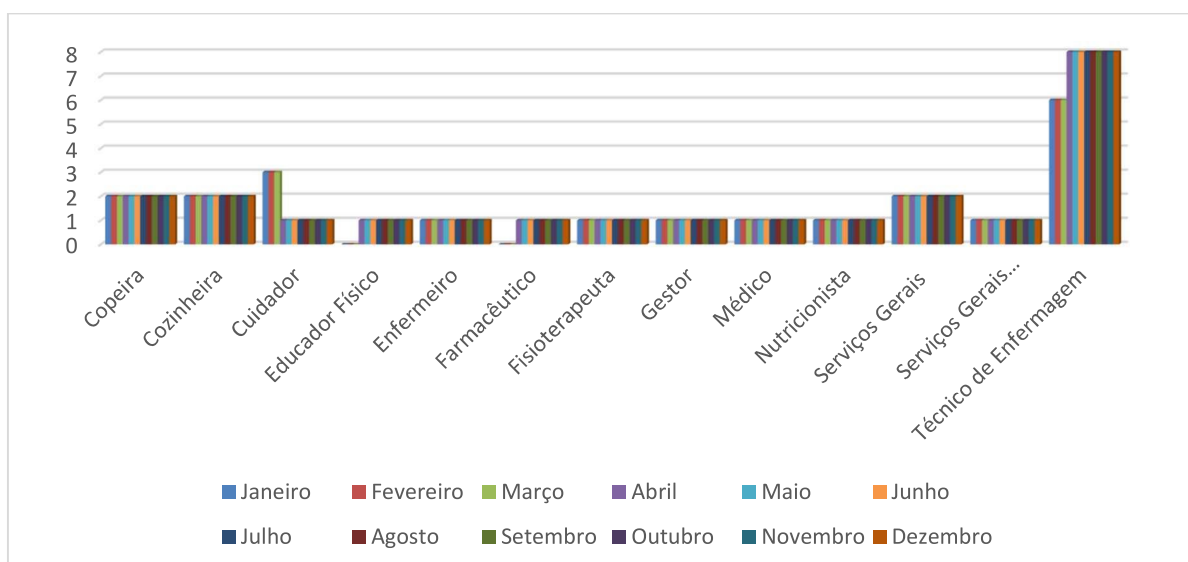
A qualidade da assistência passa pela disponibilidade de equipe de trabalho em quantitativo e disponibilidade de horas suficiente para produzir resultados junto às pessoas. Na instituição estudada, entre janeiro e março, a equipe dispunha de 2 copeiras, 2 cozinheiras, 3 cuidadores, 1 enfermeiro, 1 fisioterapeuta, 1 gestor, 1 médico, 1 nutricionista, 2 serviços gerais, 1 operador de lavanderia, 6 técnicos de enfermagem (GRÁFICO 13).

A partir da percepção de que havia a necessidade de qualificação estrutural, a instituição elaborou um plano de ação e o executou, realizando a contratação de um

profissional de educação física, um de farmácia e promovendo 2 cuidadores, com curso técnico de enfermagem, para trabalhar junto aos outros 6 técnicos em enfermagem.

O estudo publicado em 2018 por WESTPHAL et.al, 2018, também enfatiza que a regulamentação brasileira para ILPIs, não propõe uma formação específica (especialidade) para a equipe de profissionais de cuidado dessas instituições. Contudo, sabe-se que é fundamental para o cuidado do institucionalizado uma equipe qualificada e interdisciplinar, assegurando assim qualidade e eficiência da assistência em saúde prestada. Corroborando com os resultados aqui apresentados.

Gráfico 12 - Profissionais vinculados à equipe operacional de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do sul do Brasil



Fonte: Elaborado pelo autor.

Conforme Salcher (2015), uma ILPI deve seguir algumas condições legais, a fim de garantir as atividades que estão relacionadas com os cuidados aos residentes, de acordo com os graus de dependência, a partir da implementação qualitativa de recursos humanos. Para compor essa força de trabalho faz-se necessário ter atenção ao vínculo formal de trabalho ou com a contratação de serviços terceirizados e, além disso, o zelo pelas atividades de lazer que deve ser executada por profissionais com formação de nível superior. Junto a isso, os serviços de limpeza, alimentação e lavanderia são parte integrantes desse contexto.

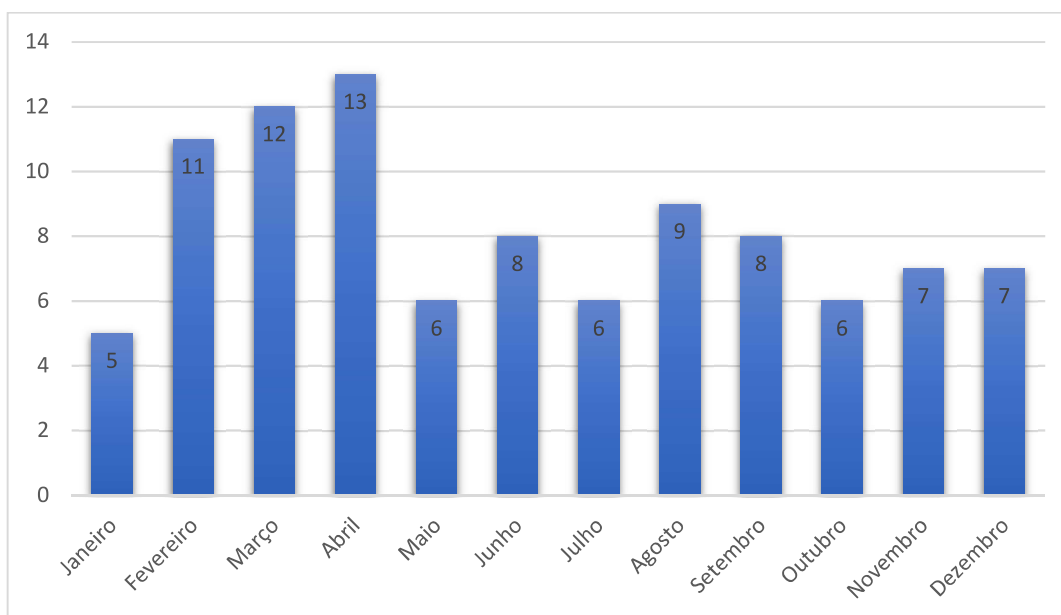
Os resultados obtidos com os indicadores de gestão, avaliados a partir dos itens de terceirização dos serviços e ticket médio, são expostos detalhadamente



através de gráficos referentes a cada serviço terceirizado contratado e a frequência de utilização deles, bem como o custo médio de cada paciente para instituição.

As consultas externas, apresentadas no GRÁFICO 13, representam o número de internos que saíram para auxílio de caráter ambulatorial, ou seja, aponta mês a mês, o número de saídas dos internos para consultas com profissionais médicos, psicólogos ou fonoaudiólogos.

Gráfico 13 - Consultas externas de pessoas vinculadas a uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do sul do Brasil, no ano de 2019



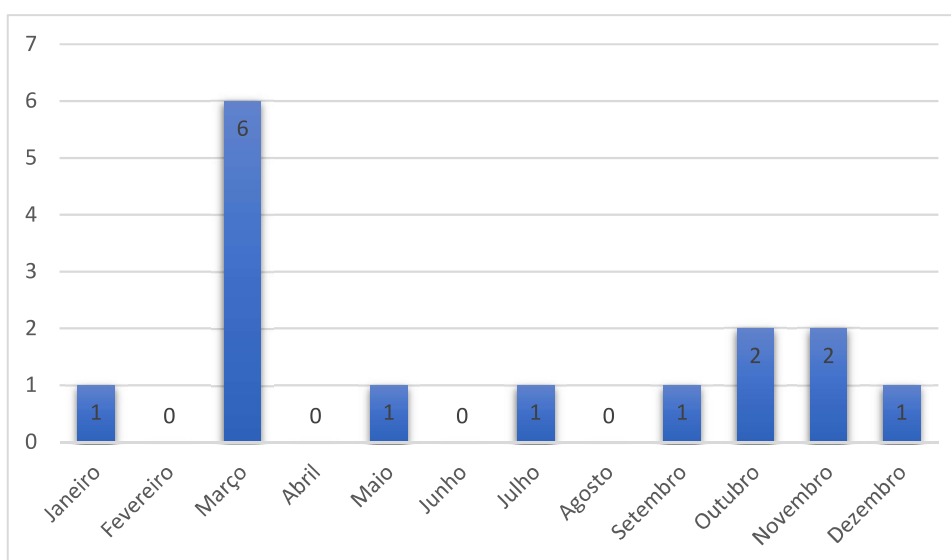
Fonte: Elaborado pelo autor.

Observa-se que pelo modelo de gestão que inclui vários profissionais capacitados para o atendimento ao idoso, é possível fazer um acompanhamento mais próximo ao indivíduo. Isso possibilita uma manutenção de variadas ações internas que resultam na redução de saídas externas mensais, visando à proteção individual de cada paciente e à melhora da sua qualidade de vida. Percebe-se que os meses de fevereiro, março e abril apresentaram um número de saídas maiores que os outros meses.

O resultado apresentado mostra uma queda, a partir do mês de abril. Isso resulta do reforço de profissionais nas equipes interdisciplinares. Este estudo aponta como uma das necessidades da Instituição, o aumento no número de profissionais na equipe para que a necessidade de saídas a consultas externas, seja reduzida ainda mais.

A partir da análise do gráfico 13, sobre a quantificação de saídas para consultas ou procedimentos externos, abaixo, segue no gráfico 14, que desenha os tipos de exames de imagem realizados na constatação das saídas mensais.

Gráfico 94 - Exames de pessoas vinculadas a uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do sul do Brasil



Fonte: Elaborado pelo autor.

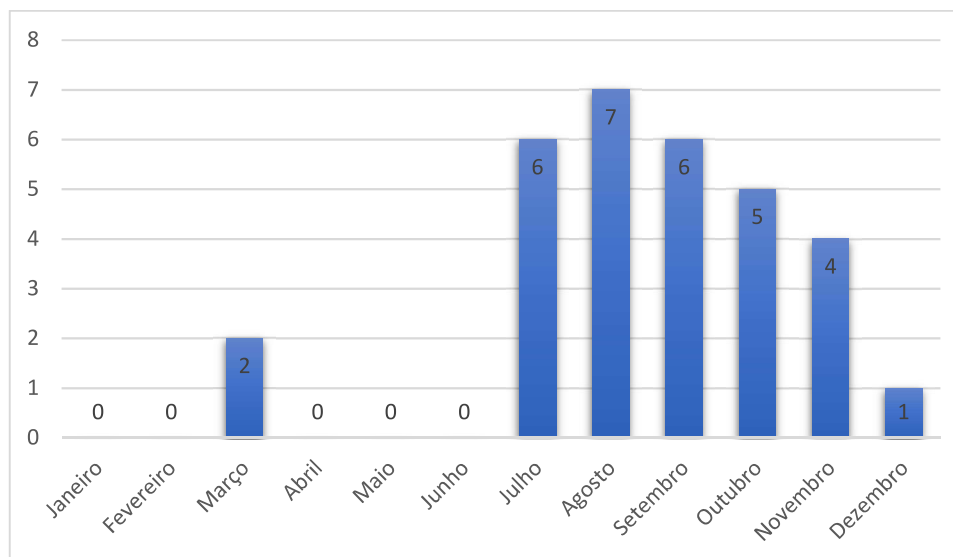
Com o controle de saídas para a realização de exames de diagnóstico por imagem, como: ecocardiograma, ressonância magnética, tomografia computadorizada e raio x, foi possível verificar mensalmente a incidência desses exames e mensurar as necessidades para que esse tipo de ação pudesse ser evitado. Mais uma vez, a atividade intensa, realizada pela equipe multidisciplinar, colabora para que as avaliações sejam mais precisas, a fim de que possam minimizar o sofrimento.

No mês de janeiro, uma saída para realização de exames, no mês de fevereiro não ocorreu nem um exame por imagem, no mês de março se observa o maior número no ano com 6 exames realizados. Nos meses de abril, junho e agosto não ocorreu nenhum exame de diagnóstico por imagem, nos meses de maio, julho, setembro e dezembro ocorreu um exame a cada mês e, em outubro e novembro, ocorreram 2 exames em cada mês.

Esse mapeamento é imprescindível para projetar custos com a saúde deste público e para definir quais clínicas devem ser conveniadas para atender à demanda.

Na mesma linha das análises dos gráficos 13 e 14, o gráfico a seguir demonstra as saídas para as consultas odontológicas.

Gráfico 15 - Consultas odontológicas de pessoas vinculadas a uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do sul do Brasil



Fonte: Elaborado pelo autor.

Como o perfil da população estudada está em uma faixa etária acima de 80 anos, é natural que o trabalho odontológico também se faça necessário para garantir qualidade de vida aos internos. Vê-se por meio do gráfico 15 que, entre os meses de janeiro e fevereiro, nenhum deslocamento foi realizado para uma consulta com dentista. No mês de março foram realizadas 2 consultas. Entre os meses de abril a junho, não houve ocorrência de deslocamento ao dentista. Em julho, 6 consultas foram realizadas. No mês de agosto, 7, em setembro, 6, em outubro, 5, em novembro, 4 e em dezembro, 1.

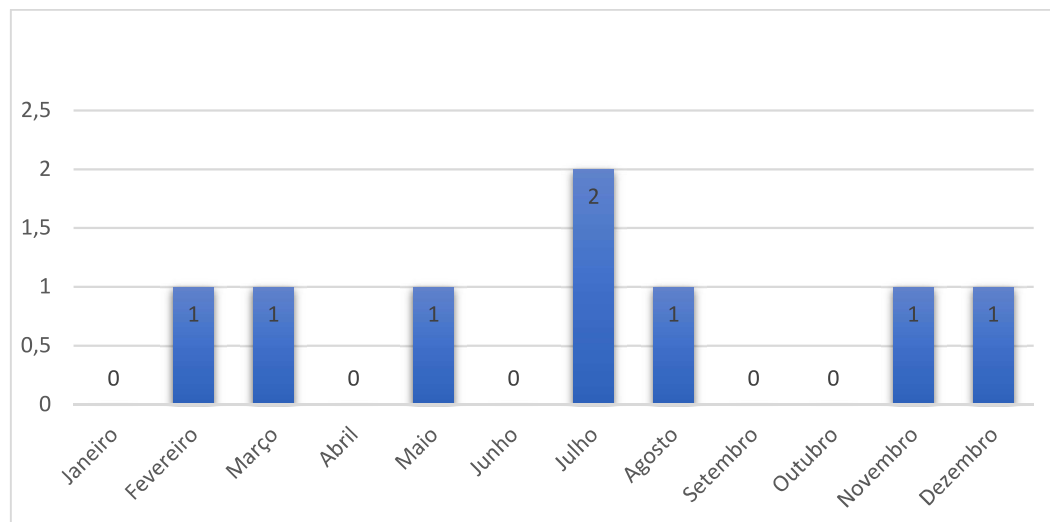
No grupo estudado, pode-se dizer que, pelo perfil etário, as incidências de idas ao consultório dentário apresentam um nível satisfatório. Tendo como referência um estudo sobre a assistência à saúde bucal em residências geriátricas da Espanha e do Brasil, tem-se a seguinte conclusão:

A assistência à saúde bucal não é prática sistemática nas instituições investigadas, em ambas as regiões, que transferem à família ou aos serviços locais de saúde o encaminhamento quando surgem problemas. Os procedimentos de higiene mais apontados foram escovação de dentes e próteses, porém práticas ineficazes são citadas. Foi frequente a alegação de falta de cooperação dos idosos para justificar a ausência de uma higiene bucal sistemática, revelando transferência de responsabilidades das instituições e cuidadores para o idoso. (MELLO *et al.*, 2009, p.8).

Frente a isso, pode-se destacar, mais uma vez, a importância da adoção de uma equipe multidisciplinar mais robusta para que os cuidados com a higiene bucal possam ser reforçados. Dentre as ações, desenvolveu-se o protocolo de cuidados odontológicos, o qual prevê que todos os residentes devem ir ao dentista 2 vezes por ano e, mais, quando se fizer necessário. Este protocolo foi implementado no mês de julho, conforme se observa a evolução do acesso ao serviço no gráfico 15.

No gráfico 13, mapeou-se o número de saídas para atendimentos de urgências a hospitais de em São Leopoldo e Novo Hamburgo. Observou-se que nos meses de janeiro, abril, junho, setembro e outubro não ocorreram intercorrências. Nos meses de fevereiro, março, maio, agosto, setembro e dezembro houve uma intercorrência por mês. No mês de julho houve 2 casos de intercorrência de urgência.

Gráfico 106 - Atendimentos de urgência de pessoas vinculadas a uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do sul do Brasil



Fonte: Elaborado pelo autor.

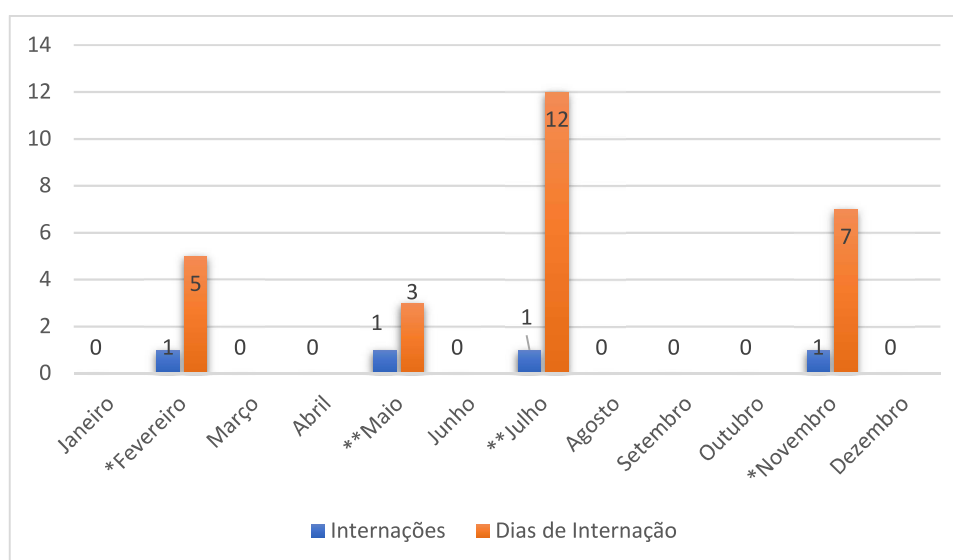
Em um outro estudo realizado pela Universidade Federal de Campina Grande – PB, observou-se que os idosos usuários do serviço de emergência e urgência apresentam vulnerabilidades sociais e de saúde, tais como baixa escolaridade, renda familiar reduzida, percepção de saúde ruim ou muito ruim, presença de danos crônicos agudizados e comorbidades. Os principais atendimentos realizados no setor de urgência e emergência ao idoso, são os acidentes por causas externas e estão entre as principais ocorrências de morte na população geral e entre os idosos.

Compreende-se por causas externas as lesões, sejam físicas, mentais ou psicológicas, que podem ou não levar ao óbito, decorrentes de acidentes (trânsito, afogamento, envenenamento, quedas, queimaduras) e violência (agressão/homicídio, suicídio, abuso físico, sexual e psicológico. (SOUSA *et al.*, 2016, p. 129).

A análise dos resultados da pesquisa de Campina Grande –PB confirma que a adoção de medidas que deem oportunidades estruturais e emocionais às pessoas e a garantia de que elas tenham acesso aos processos de saúde e bem-estar, após atingirem a terceira idade, são as melhores maneiras de se ter bons resultados no cuidado da saúde dos idosos.

O próximo gráfico irá apresentar a quantificação de internações dos idosos da ILPI escolhida para esta pesquisa.

Gráfico 17 - Internações de pessoas vinculadas a uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do sul do Brasil



Fonte: Dados extraídos no prontuário eletrônico (2019).

\* CID 10 N 39, Infecção do trato urinário.

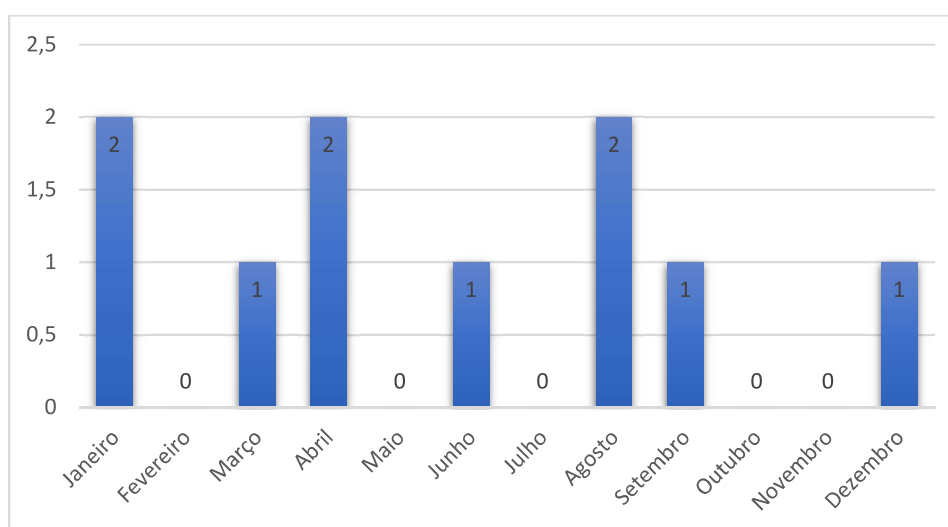
\*\* CID 10 W01. 9 Queda no mesmo nível por escorregão, tropeção ou passos em falsos - local não especificado

Foi proposto fazer a identificação do número de internações realizadas no ano de 2019, bem como medir o número de dias hospitalizados. Constatou-se que no mês de fevereiro houve 01 internação por 05 dias. Em maio houve, também, 01 internação, porém, por 3 dias. No mês de julho, por 12 dias, ocorreu 01 internação. No mês de novembro ocorreu, novamente, uma internação com a necessidade de 7 diárias.

A hospitalização do grupo de idosos é realizada de maneiras distintas das ocorridas por crianças e adultos, a necessidade de tempo de internação é superior comparada a demais faixas etárias. (TEIXEIRA; BASTOS; SOUZA, 2017). Segundo o estudo realizado por (FERREIRA 2018), idosos entre 60 e 70 anos apresentaram a

média de permanência hospitalar de 10,02 dias. Nos resultados apresentados no gráfico 17, a média de dias internados ficou em 6,75 dias. Este resultado dá-se devido à comunidade estuda possuir estrutura de hotelaria e profissional adequada para receber paciente com necessidade de cuidados mais apurados. Isso permite que se realize a desospitalização mais brevemente para tratamento na comunidade.

Gráfico 18 - Procedimentos ambulatoriais de pessoas vinculadas a uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do sul do Brasil



Fonte: Elaborado pelo autor.

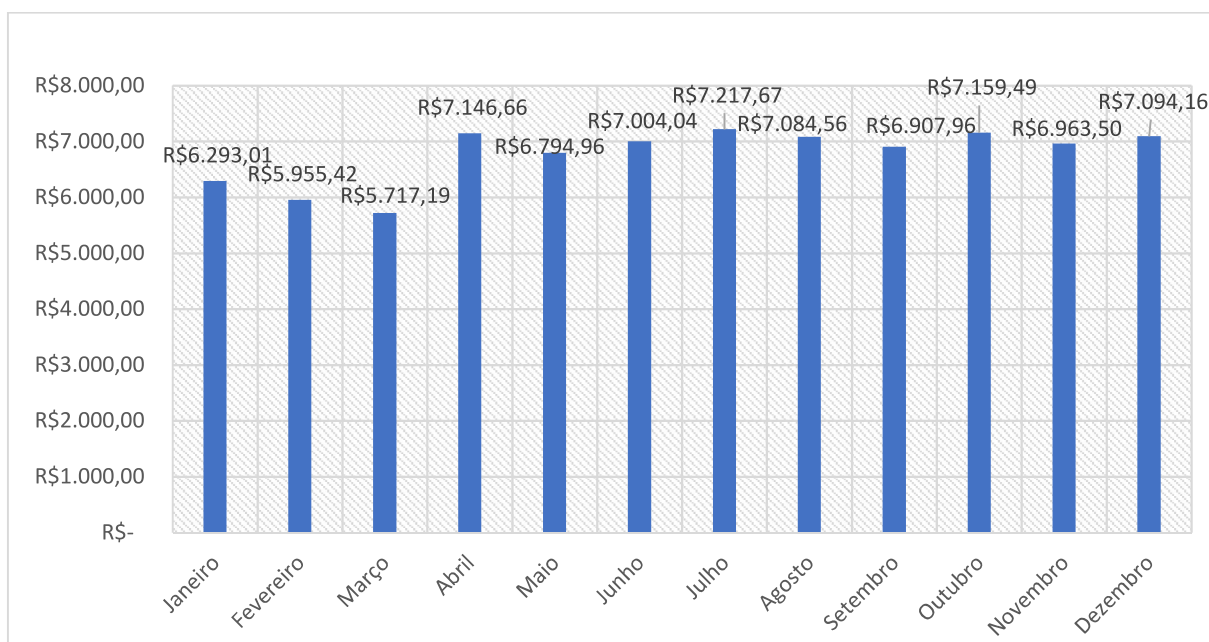
Dentro das análises realizadas em relação às saídas externas, como há uma necessidade e, conseqüente, procura por atendimento especializado em consultórios ambulatoriais, sentiu-se a necessidade de mapear o número de saídas para tais procedimentos. Embora sejam processos eletivos, são importantes devido às características de diagnósticos que antecipam as urgências.

Dessa forma, o que pode ser observado é que, nos meses de janeiro, abril e agosto ocorreram 2 procedimentos em cada um desses meses. Em fevereiro, maio, julho, outubro e novembro não houve a ocorrência de saídas para esses procedimentos. Por fim, nos meses de março, junho, setembro e dezembro houve 1 saída por mês para cumprir esse procedimento.

Considerando esses números, é preciso salientar que houve a adoção de medida de contratação, por parte da gestão, de uma equipe multidisciplinar composta por um número de integrantes e de especialidades maiores que o recomendado pelo órgão oficial. O resultado disso, mais uma vez, é o bem-estar no idoso residente da ILPI.

O Ticket Médio foi medido no período de janeiro a dezembro de 2019, tendo como base 25 pacientes assistidos mensalmente. Esse valor mensal corresponde ao custo total da comunidade, dividido pelo número de institucionalizados. No primeiro mês, janeiro, o valor foi de R\$ 6.393,01, havendo uma redução nos gastos no período de março. Em abril, o valor chegou a R\$7.146,66, mantendo-se em uma média de R\$ 6.700,00 a R\$ 7.247,67 até o mês de dezembro.

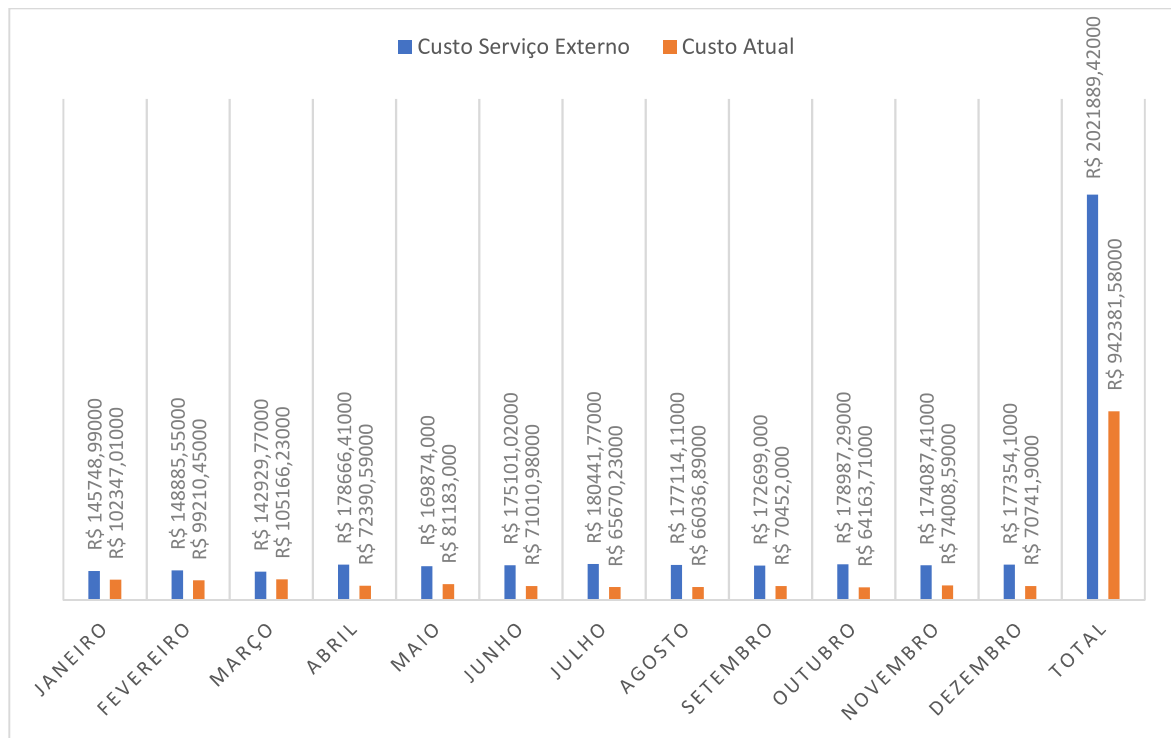
Gráfico 19 - Ticket médio de pessoas vinculadas a uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do sul do Brasil



Fonte: Elaborado pelo autor.

Levando em consideração o valor médio, gasto por residente nesta comunidade, conforme seu grau de dependência, o gráfico 19 demonstra que o custo obtido no ano de 2019 pela comunidade, demonstrou-se positivo no quesito economia. Observa-se que durante o período de 12 meses, o valor para esses mesmos idosos estarem locados em uma ILPI de terceiro setor, seria de R\$ 2.021,889,42. Comparado ao valor obtido no mesmo período pela comunidade estudada o valor foi de R\$ 942.381,58, o que significa uma economia de R\$ 1.079.507,84.

Gráfico 20 - Relação entre o custo de serviços interno X serviços externos de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do sul do Brasil



Fonte: Elaborado pelo autor.

Esse valor permite à gestão investir ainda mais em suas estruturas, em contratação de mais profissionais interdisciplinares e em melhorias na infraestrutura. Para a gestão geral, o resultado alcançado responde a alguns questionamentos existentes sobre se os valores hoje destinados a essa comunidade corresponderiam aos valores de um serviço externo de ILPI.

Como resultado de um ano de seguimento dos principais indicadores de cuidados, operações e gestão da ILPI objeto desse estudo, identifica-se como *framework* a ser observado por gestores dessas instituições, o material disponível na Figura 5.



Figura 5 - Artefato para proposta do *framework* para a gestão de Instituições de Longa Permanência de Idoso (ILPI)



Fonte: Elaborado pelo autor.

A base do *framework* é a utilização das dimensões discutidas neste projeto, com classificação em relação às características pessoais, e ao efeito que produzem sobre maiores níveis de necessidades de assistência, à estrutura e processos de trabalho, e aos marcadores de desempenho econômico, a partir dos quais são possíveis as conclusões deste material.

Trata-se de síntese distribuída em características pessoais, oferta de cuidado e impacto financeiro, na qual a direcionalidade das flechas indicam o melhor resultado desejado para a gestão desse tipo de serviços. Este artefato resume informações que compõem o repertório cotidiano para a tomada de decisões, a organização dos serviços e a promoção de um ambiente seguro, de um cuidado centrado na pessoa. É ele também uma sugestão para ILPIs organizarem suas rotinas, como o apropriado dimensionamento de pessoal, monitoramento de eventos críticos e ajuste de custos e investimentos.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A significativa escassez de literatura específica para indicadores de monitoramento, controle e avaliação de gestão de ILPI, mais especificamente da qualidade assistencial, da eficiência e da sustentabilidade econômica, foi a matriz de origem do objeto deste estudo.

A partir do desafio de monitorar e avaliar a qualidade assistencial, a eficiência e a gestão em saúde, a partir de um framework, foram explorados indicadores para monitorar, controlar e avaliar a gestão de eficiência assistencial e financeira dentro de uma ILPI. A construção desse quadro de indicadores pautou a abordagem de aspectos práticos e frequentes da rotina desses estabelecimentos, para os quais a gestão precisa tomar ciência, no tempo apropriado, para a tomada de decisões.

Grande parte das ILPIs está sob a gestão de instituições filantrópicas, cuja fonte de receita é o valor recebido pelos moradores que, em sua grande maioria, é composta por idosos de baixa renda, com carência de recursos financeiros para atender à demanda. Nesses espaços, as normatizações são ainda falhas no processo de administração, seja pela falta de recursos, seja pela falta de profissionais especializados no cuidado com o idoso, seja pela inexperiência dos gestores. (SALCHER, 2015; LINI, 2015).

O quadro de indicadores possibilitou ajustar as rotinas operacionais, assistenciais e de gestão do espaço estudado, pois até o momento da construção deste framework não havia nem um tipo de monitoramento do serviço prestado.

O framework foi apresentado a toda a equipe de funcionários da instituição, realizado treinamentos durante o período de dez dias, a mesma era atualizada mensalmente para sanar dúvidas e expor alguma melhoria no processo. No que tange o acompanhamento e responsabilidade da equipe assistencial, ficou a cargo do responsável técnico enfermeiro da unidade, já a parte financeira e de eficiência com o administrador.

Ciente dos consumos externos que as pessoas idosas institucionalizadas demandavam recorrentemente, foi possível à administração recorrer a métodos de negociação, substituição de custos e compra de serviços da cadeia de cuidados, que qualificaram e reduziram as despesas, sem prejuízo assistencial.

Embora ferramentas validadas para avaliação de qualidade dos serviços prestados em ILPI ainda não tenham sido testadas, o framework proposto aqui é um

ponto de partida para a qualificação das operações, para além dos indicadores puramente estruturais, ou direcionados exclusivamente a profissionais de enfermagem visualizados em outros materiais. (FELICIAN et al., 2011).

O limite para um avanço mais qualificado passou pela escassez de referenciais literários sobre a construção de indicadores para o monitoramento, controle e avaliação de ILPI, demonstrado nesse estudo que o desenvolvimento de metodologias de exploração operacional pode ampliar a profissionalização e a organização desses serviços, com ganhos qualitativos às pessoas e às organizações.

O presente estudo sugere uma primeira versão de painel de indicadores que supere a ausência e defasagem da literatura científica atual, para o desenvolvimento de sistemas que ampliem a profissionalização e os instrumentos de organização das ILPIs. Tendo como base a experiência do autor em instituições similares, nas quais não há a utilização de indicadores para gestão, e as atuais necessidades para uma gestão tático-operacional, este trabalho busca reconhecer os indicadores assistenciais, de eficiência e gestão em ILPI como ferramentas de compreensão e geração de informações. A utilização dos indicadores poderá, da mesma forma, prover informações elementares à elaboração do planejamento estratégico de ILPI.

Ao avaliar o desempenho de uma ILPI, com aprofundamento em relação às categorias estruturais, assistenciais, do perfil dos usuários, e de aspectos da gestão, foi possível uma ampliação da abordagem de gestão, de instrução científica da tomada de decisões, e da qualificação operacional. Sabe-se que a utilização de indicadores pode se mostrar tarefa ampla, cercada de metodologias nem sempre convergentes entre si, e algumas vezes tomada em tamanho grau de complexidade e detalhamento, que inviabilizam seu uso cotidiano. Nesse sentido, a opção foi a de simplificar informações às características da organização, ao seu sistema de informações, e à sua capacidade de incorporação do framework e utilização efetiva.

A validação do framework ocorreu entre gestores de ILPI de três estados do Brasil, e com o governo geral da congregação em uma apresentação ocorrida na conferência nacional. A ampliação do campo de aplicação do framework foi comunicada no final desta conferência que se dará em mais três comunidades, que serão avaliadas através dos indicadores aqui abordados.

Por esse motivo, ainda que estudos futuros possam mais densamente cristalizar os achados desse material, tem-se como alcançados os objetivos que

nortearam a realização desta pesquisa, bem como abrem-se novas possibilidades de exploração e aprofundamento dos conhecimentos sobre o tema.

### 5.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo realizado apresentou uma amostra pequena, pois não foi possível a aplicação em tempo hábil nas demais comunidades pertencentes a mesma congregação religiosa. No início do estudo, observou-se uma resistência organizacional para a sua realização, pois até o momento não eram aplicados indicadores para acompanhar e monitorar os resultados desta comunidade.

Para elaboração deste estudo a falta de aplicação de indicadores em outras unidades ILPI dificultou o embasamento e posteriormente o cruzamento de resultados alcançados.

### 5.2 SUGESTÕES DE ESTUDOS FUTUROS

Aplicar em outras comunidades ILPI que não estejam no escopo de uma instituição religiosa, ou seja, em unidades particulares e unidades governamentais (SUS), assim podendo cruzar os resultados propostos no framework. Nesse sentido propor-se um modelo de aplicação para futuramente essa ferramenta se tornar uma referência para acreditação de uma ILPI, trazendo segurança a quem a procura para deixar seus entes queridos.

Além disso pretende-se desenvolver um artefato de autogestão na saúde para a província, que atenda os mais de 400 integrantes, utilizando suas 4 ILPI como referência em saúde, tornando-se um centro de cuidado para todos, não somente aos idosos.

## REFERÊNCIAS

ANSILIERO G. **Censo 2010: primeiros resultados e implicações para a previdência social**. In: Ministério da Previdência Social. Informe de Previdência Social. 2011; 23 (5):3-16.

ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). **Resolução RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005**. Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. Brasília: ANVISA, 2005.

ARAH, Onyebuchi A. *et al.* A conceptual framework for the OECD health care quality indicators project. **International Journal for Quality in Health Care**. v. 18, n. suppl\_1, p. 5-13, 2006.

BATISTA A. S.; JACCOUD L. B.; AQUINO L. E.; L-MOOR P. D. **Envelhecimento e dependência**: desafios para a organização da proteção social. Brasília, DF: MPS, SPPS, 2008.

BERTA, WHITNEY, AUDREY LAPORTE, AND WALTER P. WODCHIS. **Approaches to Accountability in Long-Term Care**." *Healthcare Policy* 10. SP (2014): 132–144.

BEZERRA, A. A. C.; TANAJURA, L. L. C. A Pesquisa-ação sob a ótica de René Barbier e Michel Thiollent: aproximações e especificidades metodológicas. **Revista Eletrônica Pesquiseduca**. v. 7, n. 13, p. 10-23, 2015.

BOIS, J. P. **De la Vieillesse em Communauté à la vieillesse em colectivité**. Université Catholique de Louvain. Louvain, Bélgica: *Revue Génération*, nº 10-11-12, novembro 1997, pp. 6-12. Université de Nantes, Département d'Histoire.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Regulamento Técnico que define as normas de funcionamento para as instituições de longa permanência para idosos. **RDC nº 283**. set 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO). **Queda em Idosos**. Disponível em: 2009[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/184queda\\_idosos.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/184queda_idosos.html). Acesso em: abril de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Pessoa Idosa**. Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-da-pessoa-idosa>

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Institui a Norma Operacional Básica**, de 15 de julho de 2005.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. et al. (Orgs.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.58-71.

CHRISTOPHE, M. **Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: uma opção de cuidados de longa duração.** Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas, 2009.

COMMITTEE ON IMPROVING QUALITY IN LONG-TERM CARE. Institute of Medicine (US). **Improving the quality of long-term care.** Washington: National Academy Press, 2001.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL (CORENRS). Decisão nº 009-2005. **Normas para definição das atribuições do Responsável Técnico.** Porto Alegre, 2005.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL (CORENRS). Decisão nº 006-2009. **Normatização para o exercício do profissional Enfermeiro em relação à constituição e funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idoso (ILPI).** Porto Alegre: Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul, 2009.

CORSINOVI L; BO M; RICAUDA AIMONINO N; MARINELLO R; GARIGLIO F; MARCHETTO C; GASTALDI L *et al.* **Predictors of falls and hospitalization outcomes in elderly patients admitted to an acute geriatric unit.** Arch Gerontol Geriatr. 2009;49(1):142-5. DOI:10.1016/j.archger.2008.06.004

COSTA EFA. **Análise de Soroprevalência para as infecções pelos vírus das hepatites B e C em idosos residentes em asilos no município de Goiânia-GO.** [dissertação]. Goiânia: Universidade de Goiás, 2004.

CULYER, Anthony J.; LAVERS, R. J.; WILLIAMS, Alan. **Social indicators: health.** Social Trends, v. 2, p. 31-42, 1971.

DATASUS. **Instrumentos de Avaliação Geriátrica.** Referência para tabela em português (Índice de Barthel). maio 12 (3). Disponível em:<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>

DE OLIVEIRA, R. M.; ALVES, V. P. A qualidade de vida dos idosos a partir da influência da religiosidade e da espiritualidade: cuidados prestados aos idosos institucionalizados em Caetité (BA). Kairós Gerontologia. **Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde.** ISSN 2176-901X, v. 17, n. 3, p. 305-327, 2014.

DEL NERO CR. O que é economia da saúde. *In*: Piola SF; Vianna SM. **Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde.** 3ª ed. Brasília: IPEA, 1995. Cap I, p. 5-21.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia e Serviços de Saúde,** v. 21, n. 4, p. 529-532, 2012.

EDSBERG LE. Histologia do tecido da úlcera por pressão: uma avaliação do conhecimento atual. **Ostomy Wound Manage.** 2007; 53 (10): 40-49. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17978414/>.

FELICIAN A. M.; SANTOS S. S. C.; PELZER M. T.; OLIVEIRA A. M. N.; PINHO L. B. Construção de ferramenta avaliativa direcionada às instituições de longa permanência para idosos: relato de experiência. **Rev Eletr Enf.** 2011; 13(3):474-482.

FERREIRA, Amanda Aparecida. Hospitalização de idosos: avaliação epidemiológica e de custos. 2018. 39 f. **Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem)** - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2018.

GRUNIER A.; MOR V. 2008. **Segurança no lar de enfermagem: questões atuais e obstáculos à melhoria.** Revisão anual da saúde pública 29: 369-82.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. **Condições de funcionamento e infraestrutura das instituições de longa permanência para idosos no Brasil.** Maio de 2011. Disponível em: [www.ipea.gov.br](http://www.ipea.gov.br). Acesso em: 29/04/2017.

JESUÍTAS. Disponível em: <https://jesuitas.lat/pt/somos/os-jesuitas-pt>.

KAPLAN, Robert S.; NORTON, David P. **Using the balanced scorecard as a strategic management system.** 1996.

Katz S; Ford AB; Moskowitz RW *et al.* **Studies of illness in the aged.** The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963;185(12):914-9. 38

KHOURY, H. T. T. et al. Bem-estar subjetivo de idosos residentes em instituições de longa permanência. *In: Falcão DVS, Araújo LF. Psicologia do Envelhecimento: relações sociais, bem-estar subjetivo e atuação profissional em contextos diferenciados.* Campina: Alínea, p. 103-118, 2009.

EL KHOURI, S.G. (2003), Telemedicina: análise da sua evolução no Brasil, Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo / USP, São Paulo, 238p, ago.

LANGLEY J; BRENNER R. O que é uma lesão? **Inj Prev.** 2004; 10 (2): 69-71. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5098472/>

LINDBERG, 1995) DAB; HUMPHREYS, BL. Computadores em medicina. **Jornal da Associação Médica Americana.** v. 272, n. 231, p. 1667-1668, 1995.

LINI, E. V. *et al.* **Instituições de longa permanência para idosos: da legislação às necessidades.** 2015.

LINO VTS; PEREIRA SEM; CAMACHO LAB *et al.* **Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz).** *Cad. Saúde Pública* 2008;24(1):103-12.

LOPES, Camila *et al.* **Revista Conhecimento Online.** Dissertação, Novo Hamburgo, a. 11, v. 3. set./dez. 2019



MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Pessoa idosa**. Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-da-pessoa-idosa>.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL (MPAS). **Decreto n.º 1.948/96**. Brasília; 1997.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL (MPAS). **Lei n.º 8.842/94**. Brasília; 1997.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, June 2016.

Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180998232016000300507&ng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232016000300507&ng=en&nrm=iso). Acesso em: 29 Apr. 2017.

MITCHELL J. I.; NICKLIN W.; MACDONALD B. **O Programa de Acreditação de Canadá: Uma Ferramenta Complementar para Promover a Responsabilidade em Cuidados de Saúde Canadenses**. Política de Saúde 10 (Problema Especial): 150-53. 2014.

MOORE ZE; Webster J; Samuriwo R. **Wound-care teams for preventing and treating pressure ulcers**. Cochrane Database Syst Rev: 2015;(9):CD011011.

MORAES EM; MORAES FL. **Avaliação multidimensional do idoso**. 5a ed. Belo Horizonte: Folium, 2016. 248p.

OLIVEIRA, Larissa Praça de. **Mortalidade e fatores prognósticos em idosos residentes em Instituições de Longa Permanência**. 2016.

OLIVEIRA, W. I. F. *et al.* Semantic and conceptual equivalence of the observable indicators of Nursing Home Care Quality Instrument. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 7, p. 2243-2256, 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Saúde nas Américas 2012: panorama da situação de saúde dos países das Américas**. Organização Pan-Americana da Saúde; 2019. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6036:numero-de-pessoas-idosas-com-necessidade-de-cuidados-prolongados-triplicara-ate-2050-alerta-opas&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6036:numero-de-pessoas-idosas-com-necessidade-de-cuidados-prolongados-triplicara-ate-2050-alerta-opas&Itemid=820)

OSTORINO, R. *et al.* **Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. OPS, 2002.

PAIVA MCMS; PALHARES VC; AVILA MAG; BOCCHI SCM; FUSCO SFB; LIMA N *et al.* Prevenção e acompanhamento de úlceras por pressão em idosos institucionalizados: relato de experiência. *In: Congresso de Extensão Universitária da Unesp*, 8, 2015, São Paulo. **Anais eletrônicos [...]** São Paulo: Unesp; 2015. p. 1-5. [citado em 2017 set 20]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/142553>.

PARANHOS WY; SANTOS VLCG. **Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden**, na língua portuguesa. Rev Esc Enferm. USP. 1999

[citado em 2017 out 20];33(1):191-206. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/799.pdf>

PERRACINI MR. Prevenção e manejo de quedas. In: Ramos LR e Neto JT. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar Unifesp** – Escola Paulista de Medicina, Geriatria e Gerontologia. São Paulo: Editora Manole, 2005.

RANTZ MJ; ZWYGART-STAUFFACHER M. How to Find the Best Eldercare: A 20-Minute Guide to Assisted Living, In-Home Care, Nursing Homes, & Senior Housing In Your Community. In: **Nursing Homes: making a decision about quality of care**. Minneapolis: Fairview Press; 2009. p. 103-172

RANTZ MJ; ZWYGART-STAUFFACHER M; MEHR DR; PETROSKI GF; OWEN SV; MADSEN RW; FLESNER M; CONN V; BOSTICK J; SMITH R; MAAS M. Field testing, refinement, and psychometric evaluation of a new measure of nursing home care quality. **J Nurs Meas**. 2006; 14(2):129-148.

RANTZ, M. J. *et al*. Nursing home care quality: a multidimensional theoretical model integrating the views of consumers and providers. **J. Nurs. Care Qual.**, v. 14, n. 1, p. 16-37, quiz 85-7, 1999.

RANTZ, M; ZWYGART-STAUFFACHER, M. **How to find the best eldercare: a 20-minute guide to assisted living, in-home care, nursing homes, e senior housing in your community**. Minnessota, United States of America: Fairview press, 2009. cap. 5. p. 103-131.

REZGALE–STRAIDOMA, E.; RASNAČA, L. **Long-term elderly care: quality assurance challenges for local governments**. Research for rural development, v. 2, 2016.

RIPSA. **Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2008.

SALCHER, E. B. G.; PORTELLA, M. R.; SCORTEGAGNA, H. M. Cenários de instituições de longa permanência para idosos: retratos da realidade vivenciada por equipe multiprofissional. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v. 18, n. 2, p. 259-272, 2015.

SECRETARIA DE AÇÃO SOCIAL (SAS). **Lei n. 10.741** de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Brasília, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (SBGG) – Seção São Paulo. **Manual de funcionamento para instituição de longa permanência para idosos**. São Paulo: Imprensa Oficial, 2003.

TAMADA, R. C. P.; DA SILVA BARRETO, M. F.; CUNHA, I. C. K. O. **Modelos de Gestão em Saúde: Novas tendências, responsabilidades e desafios**. 2013.

TAVARES, D. M. S; DIAS, F. A. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 112-120, Mar. 2012. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-)

07072012000100013&lng=en&nrm=iso>. Access on 13  
Sept. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000100013>.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 1985.  
\_\_\_\_\_ notas para o debate sobre pesquisa-ação in brandão, c.r. (org.),  
repensando a pesquisa participante. 3º ed. São Paulo: brasiliense, 1987.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e pesquisa**. v.  
31, n. 3, p. 443-466, 2005.

VAN EENOO, L. *et al.* Substantial between-country differences in organising  
community care for older people in Europe - a review. **The European Journal of  
Public Health**, v. 26, n. 2, p. 213-219, 2016

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência  
brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília**, v. 21, n. 4, p.539-548, dez. 2012.  
Disponível em: [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742012000400003&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400003&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 29 abr. 2017.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e  
inovações. **Rev Saúde Pública**. v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

VIEIRA VAS; SANTOS MDC, ALMEIDA NA, *et al.* Risco de lesão por pressão em  
idosos com comprometimento na realização de atividades diárias. **Revista de  
Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. 2018;8:e2599. [Access\_\_\_\_\_]; Available

WESTPHAL DOS SANTOS, A. C.; DE ALMEIDA HAMMERSC, K. S.; REIS  
GIRONDI, J. B.; SCHIER, J.; MARTINS FERREIRA, J.; MARTINS DACOREGIO, B.  
Percepção da equipe multiprofissional sobre o registro no prontuário do residente da  
instituição de longa permanência para idosos. **Revista Ciencia y Enfermería**, v. 24,  
15 may 2018.

WOLFF, S. H., BREDEMEIER, S. M., BONICOSKI, O. Qualidade de vida: uma visão  
dos idosos jesuítas institucionalizados. **Memorialidades**. v. 9, n. 18, p. 123-153,  
2014.

**APÊNDICE A - APRESENTAÇÃO DOS INDICADORES EXIGIDOS PELO  
MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA ILPI**

Indicador	Fórmula e Unidade	Descrição
Taxa de mortalidade em idosos residentes	(Número de óbitos no mês / Número de idosos residentes no mês) x 100 [%]	<b>População exposta:</b> considerar o número de idosos residentes do dia 15 de cada mês
Taxa de incidência de doença diarreica aguda em idosos residentes	(Número de novos casos de doença diarreica aguda em idosos residentes no mês / Número de idosos residentes no mês) x 100 [%]	<p><b>Taxa de incidência:</b> é uma estimativa direta da probabilidade ou risco de desenvolvimento de determinada doença em um período específico; o numerador corresponde aos novos casos, ou seja, aqueles iniciados no período em estudo.</p> <p><b>Doença diarreica aguda:</b> Síndrome causada por vários agentes etiológicos (bactérias, vírus e parasitas), cuja manifestação predominante é o aumento do número de evacuações, com fezes aquosas ou de pouca consistência. Com frequência, é acompanhada de vômito, febre e dor abdominal. Em alguns casos, há presença de muco e sangue. No geral, é autolimitada, com duração entre 2 e 14 dias. As formas variam desde leves até graves, com desidratação e distúrbios eletrolíticos, principalmente quando associadas à desnutrição prévia.</p>
Taxa de incidência de escabiose em idosos residentes	(Número de novos casos de escabiose em idosos residentes no mês / Número de idosos residentes no mês) x 100 [%]	<b>Escabiose:</b> parasitose da pele, causada por um ácaro cuja penetração deixa lesões em forma de vesículas, pápulas ou pequenos sulcos, nos quais ele deposita seus ovos. As áreas preferenciais da pele onde se visualizam essas lesões são as regiões interdigitais, punhos (face anterior), axilas (pregas anteriores), região Periumbilical, sulco Inter glúteo, órgãos genitais externos nos homens. Em crianças e idosos, podem também ocorrer no couro cabeludo, nas palmas e plantas. O prurido é intenso e, caracteristicamente, maior durante a noite, por ser o período de reprodução e deposição de ovos.

Taxa de incidência de desidratação em idosos residentes	(Número de idosos que apresentaram desidratação / Número de idosos residentes no mês) x 100 [%]	<b>Desidratação:</b> (perda de água) Falta de quantidade suficiente de líquidos corpóreos para manter as funções normais em um nível adequado. Deficiência de água e eletrólitos corpóreos por perdas superiores à ingestão. Pode ser causada por: ingestão reduzida (anorexia, coma e restrição hídrica); perda aumentada gastrointestinal (vômitos e diarreia), ou urinária (diurese osmótica, administração de diuréticos, insuficiência renal crônica e da suprarrenal), ou cutânea e respiratória (queimaduras e exposição ao calor).
Taxa de prevalência de úlcera de decúbito em idosos residentes	(Número de idosos residentes apresentando úlcera de decúbito no mês/ Número de idosos residentes no mês) x 100 [%]	<b>Taxa de prevalência:</b> mede o número de casos presentes em um momento ou em um período específico; o numerador compreende os casos existentes no início do período de estudo, somados aos novos casos.
Taxa de prevalência de desnutrição em idosos residentes	(Número de idosos residentes com diagnóstico de desnutrição no mês/ Número de idosos residentes no mês) x 100 [%]	<b>Desnutrição:</b> Condição causada por ingestão ou digestão inadequada de nutrientes. Pode ser causada pela ingestão de uma dieta não balanceada, problemas digestivos, problemas de absorção ou problemas similares. É a manifestação clínica decorrente da adoção de dieta inadequada ou de patologias que impedem o aproveitamento biológico adequado da alimentação ingerida.

Fonte: Adaptado do Ministério da Saúde, RDC 283/2005.

**APÊNDICE B - ÁREAS DE ATUAÇÃO NO RELATÓRIO HQO SOBRE O SISTEMA DE SAÚDE DE ONTÁRIO**

Área de Desempenho		INDICADORES
Acessível	Tempo de Espera	Número médio de dias para a colocação em casa de cuidados de longa duração
Eficaz	Incontinência	% de residentes com piora do controle da bexiga
	Atividades de Vida Diária	% de residentes com dificuldade crescente em realizar tarefas diárias normais
	Função cognitiva	% de residentes cuja língua, memória e capacidade de pensar diminuíram recentemente
	Dor	% de residentes com dor que piorou recentemente
	Visitas ao departamento de emergência	% de visitas a serviços de emergência devido a uma condição de atendimento ambulatorial por 100 residentes LTC por ano
Seguro	Quedas	% de residentes que tiveram queda recente
	Úlceras de pressão	% de residentes que tiveram uma úlcera de pressão e recentemente piorou
	Restrições	% de residentes que foram fisicamente contidos
	Segurança da medicação	% de residentes com 65 anos ou mais prescreveu um medicamento que nunca deve ser usado entre os idosos por 100.000 residentes com 65 anos ou mais por ano
Recursos adequados	Recursos Humanos em Saúde	De lesões por 100 trabalhadores LTC por ano
Focada na saúde da população	Infecções	% de residentes de longa permanência com novas infecções

Fonte: Adaptado de ANVISA (2005).