



## DESEMPENHO E PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA DE IDOSOS

Antonio Caldeira da Silva\*

Maria Elenice Vicentini\*\*

Maria de Lourdes Sperli Geraldês Santos\*\*\*

Natalia Sperli Geraldês Marin dos Santos Sasaki\*\*\*\*

Amena Alcantara Ferraz\*\*\*\*\*

Camila Garcel Pancote\*\*\*\*\*

### RESUMO

**Objetivo:** Avaliar o desempenho das Instituições de Longa Permanência para Idosos com enfoque na proposição de indicadores de monitoramento. **Método:** Realizou-se um estudo quantitativo em 41 instituições sem fins lucrativos pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XV, na região de São José do Rio Preto-SP, com análise das planilhas de monitoramento pactuadas com as Vigilâncias Municipais, preenchidas mensalmente pelas instituições e consolidadas anualmente. Para a análise dos dados, empregou-se estatística descritiva e cálculos de indicadores compostos por taxas e razões. **Resultados:** O consolidado anual mostrou uma capacidade instalada de 1.402 vagas, taxa de ocupação de 92,5% e taxa de 6,1/1.000 idosos; 21,4% procedentes de municípios diferentes da sede das instituições; 70,3% com mais de 70 anos; 50,6% homens; 18,6% apresentavam dependência grau III; 14,6% tinham diagnóstico de Alzheimer; 63,1% dos recursos humanos eram profissionais de cuidado (equivalendo a 2,1 profissionais de cuidado por residente grau III). Foram realizadas anualmente, em média, 5,1 visitas da Vigilância Sanitária, 0,6 dos Conselhos e 12,1 da Atenção Básica. **Conclusão:** Com a ampliação dos indicadores, foi possível conhecer e identificar a realidade das pessoas idosas institucionalizadas, organizar fluxos, garantir acesso aos serviços do SUS e desenvolver ações prioritizadas nos cuidados na Rede de Atenção à Pessoa Idosa.

**Palavras-chave:** Instituição de longa permanência para idosos. Serviços de saúde para idosos. Saúde do idoso institucionalizado. Serviços de vigilância sanitária.

### INTRODUÇÃO

A tendência de envelhecimento populacional cada vez mais acelerada e desafiadora reforça a necessidade de um aprofundamento do diagnóstico dos serviços de acolhimento aos idosos e dos modelos de atenção e cuidado que possam atender as necessidades atuais e dos próximos anos <sup>(1,2)</sup>. A mudança nas estruturas familiares, aumento da longevidade, somado à maior vulnerabilidade e maior dependência funcional trazem uma incerteza às pessoas idosas quanto à obtenção do cuidado, sendo as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) o destino de grande parte desta população <sup>(3)</sup>.

No Brasil, em 2017, existiam cerca de 1.451 ILPIs cadastradas, das quais 836 na região

sudeste (57,6%) e um total de pessoas idosas institucionalizadas de 45.868. Apesar de corresponder a 1% do percentual da população brasileira, esse número tende a aumentar significativamente nos próximos anos em consequência das mudanças familiares e envelhecimento populacional <sup>(4)</sup>.

O desempenho de instituições de saúde relaciona-se à capacidade de atingir metas e gerar produtos e ações de qualidade a partir de um planejamento adequado e parâmetros de avaliação por meio de indicadores que possam refletir a realidade <sup>(5-7)</sup>. A RDC 283/05 elenca alguns indicadores importantes para as vigilâncias sanitárias, porém não são suficientes para o desenvolvimento do cuidado pelas equipes <sup>(8)</sup>. Em 2021, houve a revisão desta RDC, sem, no entanto, o avanço esperado na

\*Médico, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Unilago, [acalds@uol.com.br](mailto:acalds@uol.com.br); <https://orcid.org/0000-0002-8622-4982>

\*\*Enfermeira, Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, [elen.vicentini@hotmail.com](mailto:elen.vicentini@hotmail.com); <https://orcid.org/0000-0003-4628-1373>

\*\*\*Enfermeira, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, [mlsperli@gmail.com](mailto:mlsperli@gmail.com); <https://orcid.org/0000-0001-6110-619X>

\*\*\*\*Enfermeira, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, [natalia.geraldês@famerp.br](mailto:natalia.geraldês@famerp.br); <https://orcid.org/0000-0002-8627-9713>

\*\*\*\*\*Bióloga, Unilago, [amenaferraz@gmail.com](mailto:amenaferraz@gmail.com); <https://orcid.org/0000-0002-0150-8733>

\*\*\*\*\*Farmacêutica, Unilago, [camilapancote@hotmail.com](mailto:camilapancote@hotmail.com); <https://orcid.org/0000-0002-8823-675X>

proposição de novos indicadores que contemplassem a realidade atual<sup>(9)</sup>.

Além da avaliação de indicadores, outra ferramenta importante para garantia da qualidade da atenção prestada é a educação permanente dos profissionais. Esta visa a resultados efetivos na mudança de processos de trabalho por meio da aprendizagem e troca de experiências a partir de cenários ligados ao cotidiano de atuação das equipes<sup>(10)</sup>.

Assim, este estudo teve como objetivo avaliar o desempenho das ILPIs com enfoque na proposição de indicadores de monitoramento.

## MÉTODO

Estudo transversal, de abordagem quantitativa, desenvolvido em ILPIs da região noroeste do Estado de São Paulo, pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XV (DRS XV). O estudo foi realizado a partir da análise de indicadores propostos em planilha ampliada, pactuada pelo coletivo durante reuniões bimestrais com representantes das ILPIs, vigilâncias sanitárias (VISAs) dos municípios com ILPI em seus territórios e com o DRS XV. Nessas reuniões, com duração média de duas horas, discutiam-se as realidades de cada instituição e as necessidades de monitoramento dos indicadores propostos.

Em 2018, a partir dos encontros bimensais, entre as equipes das VISAs, ILPIs e pesquisadores, foram implementadas ações de educação permanente em que se pactuou indicadores propostos pela RDC 283/05<sup>(8)</sup> além da inclusão de outros indicadores priorizados pelo grupo para o monitoramento das instituições. A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a dezembro de 2019. As planilhas foram preenchidas pelas equipes das ILPIs, mensalmente, após treinamentos e enviadas às VISAs e Grupo de Vigilância Sanitária XXIX (GVS XXIX).

As ILPIs selecionadas para o estudo possuem caráter filantrópico, com parcerias já estabelecidas com os municípios. Optou-se por realizar o estudo nestas instituições devido à facilidade de acesso das equipes de assistência social e saúde municipais. Além disso, já estava em andamento um processo de educação permanente com encontros bimensais entre as vigilâncias municipais e as equipes das ILPIs, o que facilitou a definição dos indicadores priorizados. As ILPIs pertencem à área de abrangência do GVS XXIX da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Esta área conta

com uma população total de 1.293.390 habitantes, sendo 17,6% composta por pessoas idosas (60 anos ou mais), sendo a região mais envelhecida do estado de São Paulo<sup>(11)</sup>. Inclui 67 municípios divididos em quatro colegiados, sendo denominadas no estudo como C1, C2, C3 e C4 para preservar a identidade das instituições. A região de São José do Rio Preto, representada por 102 municípios, possui 97 ILPIs cadastradas nas Vigilâncias Sanitárias (VISAs) de 33 municípios (49,25%), sendo 41 delas sem fins lucrativos<sup>(4)</sup> e todas incluídas no estudo.

As classificações de grau de dependência também foram realizadas pelas equipes de acordo com a RDC 283<sup>(8)</sup>. Os dados consolidados no Excel foram organizados, agrupados e analisados por regiões no sentido de ampliar o diagnóstico de situação e desenhar o perfil regional das Redes de Atenção.

As planilhas foram compostas por variáveis demográficas: sexo e faixa etária dos idosos residentes; variáveis organizacionais: capacidade instalada, vagas disponíveis, número de residentes, grau de dependência (grau I: indivíduos independentes; grau II: indivíduos dependentes em até três atividades de vida diária (AVD) sem ou com comprometimento cognitivo controlado; grau III: aqueles com dependência em todas as AVDs e/ou comprometimento cognitivo)<sup>(8)</sup>; recursos humanos (equipe de enfermagem, nutrição, cuidador, limpeza; todos considerados profissional de cuidado com exceção dos responsáveis pela limpeza do ambiente), centro dia (local de curta permanência para idosos); variáveis clínicas: óbitos, doenças diarreicas agudas, escabiose, desidratação, lesão por pressão, desnutrição, quedas e fratura de fêmur; variáveis de monitoramento: visitas das VISAs, Conselho Municipal dos Direitos dos Idosos (CMDIs), promotoria pública e Atenção Primária à Saúde.

Para análise dos dados descritivos foi utilizado o teste do qui-quadrado, sendo considerado um nível de significância de 5% ( $p \leq 0,05$ ) na análise inferencial. Para análise dos indicadores foi utilizada a estatística descritiva (números absolutos e frequências) além de cálculos de indicadores, taxas de incidência, prevalência, mortalidade e razões. Optou-se por calcular a razão de profissional de cuidado por residente Grau III, devido à complexidade dos cuidados, além do dimensionamento de profissionais especializados<sup>(8)</sup>.

As fórmulas para o cálculo dos indicadores propostos no estudo e contemplados na RDC<sup>(8)</sup> são:

1. Taxa de vagas para idosos:

$$\frac{\text{capacidade instalada}}{\text{número de população com 60 anos e mais}} \times 1000$$

2. Razão de profissional de cuidado por residente:

$$\frac{\text{Total de profissionais de cuidado}}{\text{Número de residentes}}$$

3. Razão de profissional de cuidado por residente Grau III:

$$\frac{\text{Total de profissionais de cuidado}}{\text{Número de residentes Grau III}}$$

4. Todas as demais taxas tiveram no denominador o número de idosos residentes no mês, sendo elas: mortalidade em idosos residentes, incidência de doença diarreica aguda, incidência de escabiose, incidência de desidratação, prevalência de lesão por pressão, desnutrição, queda, fratura de fêmur.

Este estudo está em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da União das Faculdades dos Grandes Lagos (Unilago), sob parecer nº 3706351 e CAAE:10490319.6.00005415.

## RESULTADOS

Atualmente, as 41 ILPIs deste estudo possuem capacidade instalada de 1402 vagas, das quais 92,5% estão ocupadas. Segundo indicador proposto por este estudo, a taxa de vagas para pessoa idosa foi de 6,1/1000 habitantes com 60 anos ou mais. Na região existem 75 vagas de Centros Dia em parceria com as ILPIs, sendo

90,7% na região C3. A procedência dos residentes das ILPIs é de 78,6% dos municípios sede (ou seja, aqueles onde as instituições estão localizadas). A região C2 apresentou 47,8% de residentes procedentes de outros municípios.

A Tabela 1 mostra a distribuição das características demográficas, condições clínicas e grau de dependência, segundo a RDC 283/05 distribuídas por colegiado. Nota-se que 50,6% dos residentes eram homens, e esse predomínio foi em todas as regiões. No que se refere à faixa etária, 31,7% dos residentes tinham 80 anos ou mais, mantendo-se uma distribuição semelhante entre as diferentes regiões. Os residentes classificados com grau III de dependência foi de 18,6% nas ILPIs do estudo, sendo a região C3 a que apresentou 26,2% de idosos nesta condição.

O diagnóstico de Alzheimer foi estabelecido em 13,7% dos residentes, com destaque às ILPIs da região C2, com 29,3% dos residentes. Na região C3, 26,1% dos residentes foram classificados como grau III de dependência (Tabela 1).

Sobre os procedimentos registrados, a sondagem vesical foi realizada em 2,3% dos residentes; sendo maior na região C3 (3,1%). A sondagem nasoenteral ou nasogástrica foi utilizada em 2,8% dos idosos. O uso de antibióticos ocorreu em 33,1% dos residentes, principalmente em C1, com maior percentual de utilização (47,6%). Os antidepressivos foram utilizados por 16,3% dos residentes das ILPIs, sendo que 23,9% pertenciam a região C4 (Tabela 1).

**Tabela 1.** Distribuição das características demográficas, condições clínicas e grau de dependência de idosos residentes nas ILPIs segundo colegiado, GVSXXIX, 2019

| Variáveis            |                            | C1         | C2        | C3         | C4         | Valor-p | Total        |
|----------------------|----------------------------|------------|-----------|------------|------------|---------|--------------|
|                      |                            | N (%)      | N (%)     | N (%)      | N (%)      |         | N (%)        |
| Residentes (total)   |                            | 475 (36,6) | 82 (6,3)  | 455 (35,1) | 285 (22,0) |         | 1297 (100,0) |
| Capacidade instalada |                            | 492 (35,1) | 90 (6,4)  | 508 (36,2) | 312 (22,3) |         | 1402 (100,0) |
| Sexo                 | Feminino                   | 237 (49,9) | 35 (42,7) | 227 (49,9) | 137 (48,1) | <0,001  | 636 (49,4)   |
|                      | Masculino                  | 238 (50,1) | 47 (57,3) | 228 (50,1) | 148 (51,9) |         | 661 (50,6)   |
| Faixa etária (anos)  | <60                        | 15 (3,2)   | -         | 14 (3,1)   | 5 (1,8)    | <0,001  | 34 (2,6)     |
|                      | 60-69                      | 171 (36,0) | 16 (19,5) | 91 (20,0)  | 73 (25,6)  |         | 351 (27,1)   |
|                      | 70-79                      | 151 (31,8) | 38 (46,3) | 194 (42,6) | 117 (41,1) |         | 500 (38,6)   |
|                      | 80-89                      | 64 (13,5)  | 23 (28,0) | 115 (25,3) | 67 (23,5)  |         | 269 (20,7)   |
|                      | 90 e mais                  | 74 (15,6)  | 5 (6,1)   | 41 (9,0)   | 23 (8,1)   |         | 143 (11,0)   |
| Grau de dependência  | Grau I                     | 222 (46,7) | 42 (51,2) | 170 (37,4) | 128 (44,9) | <0,001  | 562 (43,3)   |
|                      | Grau II                    | 177 (37,3) | 33 (40,2) | 166 (36,5) | 118 (41,4) |         | 494 (38,1)   |
|                      | Grau III                   | 76 (16)    | 7 (8,5)   | 119 (26,2) | 39 (13,7)  |         | 241 (18,6)   |
| Morbidade*           | Alzheimer                  | 53 (11,1)  | 24 (29,3) | 55 (12,1)  | 46 (16,1)  | <0,001  | 178 (13,7)   |
|                      | Demência                   | 62 (13,0)  | 22 (26,8) | 77 (16,9)  | 68 (23,8)  |         | 229 (17,6)   |
|                      | Pneumonia                  | 49 (10,3)  | 8 (9,6)   | 60 (13,2)  | 33 (11,6)  |         | 150 (11,6)   |
|                      | Incontinência              | 146 (30,7) | 1 (1,2)   | 199 (43,7) | 101 (35,4) |         | 447 (34,5)   |
|                      | Urinária                   |            |           |            |            |         |              |
|                      | Infecção do Trato Urinário | 110 (23,1) | 2 (2,4)   | 59 (13,0)  | 10 (3,5)   |         | 181 (13,9)   |

|                       |                       |             |           |            |            |                  |                    |
|-----------------------|-----------------------|-------------|-----------|------------|------------|------------------|--------------------|
| <b>Dispositivos</b>   | <b>Sonda Vesical</b>  | 11 (2,3)    | -         | 14 (3,1)   | 5 (1,8)    | <b>0,362</b>     | <b>30 (2,3)</b>    |
|                       | <b>SNE ou SNG</b>     | 13 (4,7)    | 3 (3,7)   | 13 (2,9)   | 8 (2,8)    |                  | <b>37 (2,9)</b>    |
|                       | <b>Sem</b>            | 451 (36,7)  | 79 (6,4)  | 428 (34,8) | 272 (22,1) |                  | <b>1230 (94,8)</b> |
| <b>Medicamentos**</b> | <b>Antidepressivo</b> | 76 (16,0)   | -         | 67 (14,7)  | 68 (23,9)  | <b>&lt;0,001</b> | <b>211 (16,3)</b>  |
|                       | <b>Antibiótico</b>    | 226 (47,6%) | 12 (14,6) | 127 (27,9) | 64 (22,4)  |                  | <b>429 (33,1)</b>  |

SNE: Sonda Nasoenteral; SNG: Nasogástrica. \*Exclusão dos casos ausentes/missing. \*\*Apresentação apenas dos que utilizaram medicamentos.

Com relação ao quadro de recursos humanos, observa-se um percentual de equipe de enfermagem inferior a 50,0% em todas as instituições, sendo C3 a que possui o menor percentual (32,4%). Os profissionais de cuidado (enfermeiros, técnicos de enfermagem, Nutricionistas e cuidadores) representam 79,6% do total de recursos humanos das ILPIs do estudo, sendo maior que 70% em todos os colegiados (Tabela 2). Apenas 34,1% das 41 ILPIs contam com pessoal cadastrado como voluntário.

Os indicadores propostos para análise do RH foram razão de profissional de cuidado por total de recursos humanos, por residentes e por residentes grau III (0,6 profissional de cuidado/RH, 0,2 profissional de cuidado/residentes e 1,3 profissional de cuidado/residentes grau III). Na região C2 foi encontrado indicador abaixo do total para razão de profissional de cuidado por total de RH. Todos os colegiados ficaram com indicador razão de profissional de cuidado por residentes e por residentes grau III acima do total (Tabela 2).

As visitas realizadas pelas VISAs tiveram uma média de 5,2 por ILPI, sendo que a região de C3 obteve uma média de 9,2 de visitas, a região de C1 foi a que menos realizou (média 1,9 visitas). Sobre as visitas da promotoria pública e CMDI, a região de C2 não realizou nenhuma e a média total foi de 0,3 para a primeira e 0,6 para a segunda. As visitas da atenção básica tiveram uma média de 12,4 visitas por ano por ILPI na área de abrangência do GVS XXIX, sendo a região de C2 a maior (25,5 visitas por ILPI) e C1 a menor (4,9 visitas por ILPI) (Tabela 2). Nota-se que a região de C2 apresentou maiores taxas mortalidade (28,0%), prevalência de lesão por pressão (7,3%) e prevalência de diabetes (31,7%). A região de C3 foi a que teve maior prevalência de doença diarreica aguda (13,0%), incidência de escabiose (4,2%), prevalência de HAS (67,5%) e prevalência de internação (47,1%). A prevalência de desnutrição foi maior nas regiões de C1 e C3 (1,3% em ambas). A região de C4 apresentou maiores prevalências de desidratação (5,6%), lesão por pressão (8,1%) e fratura de fêmur (2,5%) (Tabela 2).

**Tabela 2.** Distribuição de recursos humanos por colegiado e de indicadores de monitoramento, GVS XXIX, 2019

| Variáveis                                                             | C1                | C2               | C3                | C4                | TOTAL             |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
|                                                                       | N (%)             | N (%)            | N (%)             | N (%)             | N (%)             |
| <b>ILPI</b>                                                           | 14 (34,1)         | 2 (4,9)          | 15 (36,6)         | 10 (24,4)         | <b>41 (100,0)</b> |
| <b>RH Total</b>                                                       | 274 (37,6)        | 45 (6,2)         | 277 (38,0)        | 133 (18,2)        | <b>729(100,0)</b> |
| <b>Equipe de Enfermagem</b>                                           | 117 (42,7)        | 22 (48,8)        | 90 (32,4)         | 49 (36,8)         | <b>278 (38,1)</b> |
| <b>Cuidador</b>                                                       | 56 (20,4)         | 1 (2,2)          | 87 (31,4)         | 33 (24,8)         | <b>177 (24,3)</b> |
| <b>Nutrição</b>                                                       | 42 (15,3)         | 9 (20,0)         | 51 (18,4)         | 23 (17,2)         | <b>125 (17,1)</b> |
| <b>Limpeza</b>                                                        | 59 (21,5)         | 13 (28,8)        | 49 (17,6)         | 28 (21,0)         | <b>149 (20,5)</b> |
| <b>Profissional de cuidado</b>                                        | <b>215 (78,5)</b> | <b>32 (71,1)</b> | <b>228 (82,3)</b> | <b>105 (78,9)</b> | <b>580 (79,6)</b> |
| <b>Razão de profissional de cuidado por total de recursos humanos</b> | 0,6               | 0,5              | 0,6               | 0,6               | <b>0,6</b>        |
| <b>Razão de profissional de cuidado por residentes</b>                | 0,4               | 0,3              | 0,4               | 0,3               | <b>0,2</b>        |
| <b>Razão de profissional de cuidado por residentes grau III</b>       | 2,2               | 3,2              | 1,4               | 2,1               | <b>1,3</b>        |
| <b>Mortalidade*</b>                                                   | 16,6              | 28,0             | 18,0              | 19,5              | <b>17,4</b>       |
| <b>Incidência de doença diarreica aguda*</b>                          | 5,3               | 8,5              | 13,0              | 9,5               | <b>9,1</b>        |
| <b>Incidência de escabiose*</b>                                       | 1,1               | 1,2              | 4,2               | 1,4               | <b>2,2</b>        |
| <b>Incidência de desidratação*</b>                                    | 1,3               | 1,2              | 2,4               | 5,6               | <b>2,6</b>        |
| <b>Prevalência de lesão por pressão*</b>                              | 3,2               | 7,3              | 2,6               | 8,1               | <b>4,3</b>        |
| <b>Prevalência de desnutrição*</b>                                    | 1,3               | 0,0              | 1,3               | 1,1               | <b>1,1</b>        |
| <b>Prevalência de quedas*</b>                                         | 11,4              | 30,5             | 32,5              | 21,1              | <b>22,1</b>       |
| <b>Prevalência de fratura de fêmur*</b>                               | 1,5               | 2,4              | 2,0               | 2,5               | <b>1,9</b>        |
| <b>Prevalência de HAS*</b>                                            | 48,8              | 62,2             | 67,5              | 47,0              | <b>55,0</b>       |
| <b>Prevalência de diabetes*</b>                                       | 20,7              | 31,7             | 18,0              | 19,3              | <b>19,8</b>       |
| <b>Prevalência de internação*</b>                                     | 29,7              | 20,1             | 47,1              | 3,0               | <b>100,0</b>      |

ILPI: Instituição de Longa Permanência de idosos. HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica. \*por 100 residentes.

## DISCUSSÃO

O estudo mostrou que a avaliação de desempenho por meio da ampliação dos indicadores das ILPIs contribuiu para identificação de fragilidades e necessidades importantes para a qualificação do cuidado prestado, principalmente no manejo de agravos e condições crônicas de saúde. Possibilitou ainda o dimensionamento rotineiro da necessidade de adequação de recursos humanos, de acordo com agravamento dos graus de dependência dos residentes.

A padronização de indicadores e entendimento da importância pelas equipes das ILPIs, vigilâncias e conselhos municipais foram fatores limitantes do estudo.

A alta rotatividade e a insuficiência de recursos humanos, além da mudança do perfil de fragilidade e dependência dos residentes, indicam a necessidade de aprimoramento<sup>(12-14)</sup> da RDC 283/05<sup>(8)</sup> e 502/21<sup>(9)</sup>. A insuficiência de documentos norteadores e de políticas integradas que propõem modelos de cuidado na qualificação da atenção às pessoas idosas institucionalizadas revelam uma barreira importante para atuação das equipes gestoras e responsáveis pela prestação da assistência, trazendo sobrecarga para os profissionais e prejuízos aos institucionalizados<sup>(13,14)</sup>.

O aumento da longevidade da população institucionalizada representa um desafio para o cuidado integral nos próximos anos<sup>(12,14)</sup>. A sobrecarga e falta de recursos humanos qualificados tem como consequência a aceleração da dependência e fragilidade das pessoas idosas, que resulta no aumento das taxas de internações hospitalares, impactando de forma negativa a saúde e autonomia<sup>(15)</sup>.

As oficinas de educação permanente realizadas significaram estratégias relevantes para troca de experiências entre as equipes, empoderamento e aplicabilidade dos instrumentos para o monitoramento dos indicadores e avaliação das dimensões de qualidade das ILPIs<sup>(10,16)</sup>. Os encontros estimularam os processos de supervisão das VISAs e Unidade Básicas de Saúde municipais.

Este estudo revelou que as ILPIs têm trabalhado com proximidade da lotação máxima e provavelmente se deparando com lista de espera, o que pode significar dificuldade de acesso pelos

critérios de admissão. Neste sentido, o indicador proposto para o monitoramento de vagas ofertadas, em relação ao total de pessoas idosas facilitará o acompanhamento e otimização destas vagas, principalmente nas regiões com serviços de referência reduzidos, como identificado em outras regiões do Brasil<sup>(12,13)</sup>.

Outro achado importante do estudo, foram os residentes com idade inferior a 60 anos, que contraria o próprio estatuto ou contrato social das ILPIs, além das normas das RDCs 283/05<sup>(8)</sup> e 502/21<sup>(9)</sup> e muitas vezes são determinadas judicialmente. Geralmente essas pessoas são acometidas por agravos limitantes para o autocuidado, como deficiências variadas, físicas ou mentais, ou usuários de drogas lícitas ou ilícitas, dentre outros sobrecarregando ainda mais as equipes<sup>(17)</sup>.

Com relação ao grau de dependência, os resultados do estudo apontam para predomínio de residentes classificados como Grau I, sendo Grau III a minoria dos residentes. A literatura mostra resultado semelhante em instituições sem fins lucrativos e predomínio de dependência total em instituições privadas<sup>(15)</sup>. Sobre este aspecto, é possível que o grau de dependência seja influenciado pelo tipo e a frequência de atividades ofertadas, interferindo na funcionalidade dos idosos, sendo importante incentivar a participação em diferentes atividades, especialmente aquelas que promovem a mobilidade e o equilíbrio<sup>(15,18)</sup>, podendo ser este um indicador importante a ser contemplado nas próximas pactuações.

Com relação ao diagnóstico de Alzheimer os resultados mostraram discrepâncias importantes, sugerindo a necessidade de avaliações envolvendo as equipes das instituições para que sejam melhor esclarecidas. Nesse sentido, apontam para o desafio da Pactuação de padronizar a classificação de grau de dependência e qualificação do diagnóstico de Alzheimer através de um plano de educação permanente das equipes das ILPIs e serviços de Referência do SUS e SUAS (Sistema Único de Assistência Social). Além disso, à medida que a doença avança, mais complexas se tornam as demandas de cuidado e a necessidade de profissionais capacitados para dar conta desta demanda<sup>(19)</sup>.

Quanto aos indicadores de morbidade propostos pela RDC é importante esclarecer que a incidência de diarreias agudas em ILPIs representa

um indicador para avaliação das condições de saúde dos idosos com necessidade de identificação de situações de alerta e intervenções imediatas em nível coletivo. O monitoramento estabelecido com acompanhamento das equipes facilitou a identificação de condições sanitárias por meio das visitas dos órgãos pertinentes, como Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa (CMDI), promotoria, equipes das VISAs, mesmo que insuficientes<sup>(16)</sup>.

A prevalência de Hipertensão Arterial encontrada foi semelhante a outro estudo<sup>(17)</sup>. Indicadores que refletem o uso de medicamentos nas ILPIs impactam na avaliação da qualidade do serviço de saúde e nos cuidados implementados para a garantia de melhores condições de vida. Além disso, as reações adversas causadas pelo uso indiscriminado de medicamentos aumentam o risco por desfechos negativos, sendo a pessoa idosa os mais vulneráveis<sup>(20)</sup>. Cabe destacar que nem todas as equipes das ILPIs realizam um monitoramento qualificado das condições crônicas, com classificação de risco, sendo um dos desafios para as ILPIs e Atenção Primária à Saúde no desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares<sup>(21,22)</sup>.

A taxa de prevalência de quedas e de fratura de fêmur foi menor do que o relatado em outros estudos<sup>(23,24)</sup>. A RDC 283/05 propõe a seguinte proporção de cuidadores, de acordo com o grau de dependência dos residentes: grau I – 1/20 idosos (8 horas por dia), grau II – 1/10 idosos por turno e grau III 1/6 idosos por turno<sup>(8)</sup>. Esta proposição significou um avanço, porém não se adequa à realidade atual das rotinas de trabalho das ILPIs. As instituições enfrentam desafios importantes que passam pela falta de financiamento para a ampliação das equipes de cuidados de saúde que possam garantir o atendimento adequado e o enquadramento às exigências propostas pela vigilância sanitária e conselhos profissionais<sup>(12-14)</sup>.

Apesar da não exigência da nova RDC 502/2001, as ILPIs podem possuir em seu quadro de pessoal profissionais de saúde<sup>(9)</sup>. Percebe-se a necessidade de indicadores que proporcionem maior detalhamento na distribuição das categorias profissionais nas rotinas diurnas e noturnas estabelecidas<sup>(25)</sup>.

Outro aspecto relevante do estudo, foi a expansão da oferta da modalidade de centros dia para idosos. Esta modalidade oferece atenção a

pessoas semi-dependentes, priorizando a criação de vínculo familiar e comunitário devido as atividades oportunizadas, como saúde, cultura e recreativa evitando assim a institucionalização total<sup>(26)</sup>. O trabalho voluntário, definido pela Lei 9608/98<sup>(27)</sup> como atividade não remunerada, prestada por pessoa física à entidade pública ou instituições sem fins lucrativos e assistência à pessoa deve ser incentivada com normatização nos estatutos das instituições, cadastros e protocolos a serem instituídos. Esta ação foi identificada em todas as ILPIs do estudo, sendo imprescindível para atuação das equipes.

Outra perspectiva na organização da Rede de Atenção à Pessoa Idosa é formar recursos humanos para a realidade do envelhecimento<sup>(28)</sup>. Uma proposta discutida na Comissão de Integração Ensino Serviço do Noroeste Paulista é instituir estágios programados dos cursos da área da saúde nestas instituições. Na região este potencial vem sendo trabalhado na perspectiva da Universidade Amiga do Idoso.

Diante desta situação, fica o desafio de rever os modelos de acolhimento e atenção aos idosos, na rede de serviços e, principalmente, nas instituições filantrópicas que historicamente foram assumindo este papel social, vinculados ou em parceria com a Assistência Social. Este modelo brasileiro ainda tem muitas semelhanças com as chamadas instituições totais, ultrapassadas no que diz respeito à administração de serviços de saúde e/ou habitação para idosos.

## CONCLUSÃO

Os indicadores propostos foram ferramentas que contribuíram para ampliar as possibilidades de análise de situações de alarme, desenvolvimento de ações de controle, prevenção e promoção da saúde nos processos de trabalho das Instituições contribuindo na qualificação da assistência das pessoas idosas. A priorização de outros indicadores que vão além dos propostos nas RDC contribuiu na qualificação de Linhas de Cuidado das condições crônicas e prevenção de agravos.

O estudo reforçou o grande desafio da Rede de Atenção à Pessoa Idosa na região, já que muitos municípios não dispõem de instituições e serviços de referência para acolhimento de pessoas idosas vulneráveis e contribuiu para o aperfeiçoamento do processo de monitoramento, envolvendo equipes

das instituições, das Unidades de Saúde de perspectiva de políticas Integradas.  
Referência e gestores dos municípios na

## PERFORMANCE AND CONTINUING EDUCATION PROCESS IN LONG-TERM CARE INSTITUTIONS FOR THE ELDERLY

### ABSTRACT

**Objective:** To assess the performance of Long-Term Care Institutions for the Elderly (LTCIs) with a focus on proposing monitoring indicators. **Method:** A quantitative study was conducted in 41 nonprofit institutions under the XV Regional Health Department in the São José do Rio Preto-SP region. Monitoring spreadsheets agreed upon with Municipal Health Surveillance agencies were analyzed; these were completed monthly by the institutions and consolidated annually. Descriptive statistics and indicator calculations, composed of rates and ratios, were employed for data analysis. **Results:** The annual consolidation showed an installed capacity of 1,402 beds, an occupancy rate of 92.5%, and a coverage rate of 6.1 per 1,000 elderly. Among the residents, 21.4% came from municipalities other than the institution's location; 70.3% were over 70 years old; 50.6% were men; 18.6% were level III dependency; 14.6% had an Alzheimer's diagnosis; and 63.1% of the workforce were direct care professionals (equating to 2.1 care professionals per level III resident). On average, 5.1 health surveillance visits, 0.6 council visits, and 12.1 primary care visits were conducted annually. **Conclusion:** Expanding the monitoring indicators made it possible to analyze and understand the situation of institutionalized elderly people, organize workflows, ensure access to SUS services, and develop prioritized actions in the Elderly Care Network.

**Keywords:** Homes for the aged. Health services for the aged. Health of institutionalized elderly. Health surveillance services.

## DESEMPEÑO Y PROCESO DE EDUCACIÓN PERMANENTE EN INSTITUCIONES DE LARGA ESTADÍA PARA PERSONAS MAYORES

### RESUMEN

**Objetivo:** evaluar el desempeño de las Instituciones de Larga Estadía para Personas Mayores con enfoque en la proposición de indicadores de monitoreo. **Método:** se realizó un estudio cuantitativo en 41 instituciones sin fines de lucro pertenecientes al Departamento Regional de Salud XV, en la región de São José do Rio Preto-SP/Brasil, con el análisis de las hojas de monitoreo acordadas con las Vigilancia Municipal rellenas mensualmente por las instituciones y consolidadas anualmente. Para el análisis de los datos, se empleó estadística descriptiva y cálculos de indicadores compuestos por tasas y razones. **Resultados:** el consolidado anual mostró una capacidad instalada de 1.402 plazas, tasa de ocupación de 92,5% y tasa de 6,1/1.000 personas mayores; 21,4% procedentes de municipios distintos a la sede de las instituciones; 70,3% con más de 70 años; 50,6% hombres; 18,6% presentaban dependencia grado III; 14,6% tenían diagnóstico de Alzheimer; 63,1% de los recursos humanos eran profesionales de cuidado (equivaliendo a 2,1 profesionales de cuidado por residente grado III). Se realizaron anualmente, en promedio, 5,1 visitas de la Vigilancia Sanitaria, 0,6 de los Consejos y 12,1 de la Atención Básica. **Conclusión:** con la ampliación de los indicadores, fue posible conocer e identificar la realidad de las personas mayores institucionalizadas, organizar flujos, garantizar el acceso a los servicios del SUS y desarrollar acciones dirigidas a los cuidados en la Red de Atención a las Personas Mayores.

**Palabras clave:** Institución de larga estadía para personas mayores. Servicios de salud para personas mayores. Salud de la persona mayor institucionalizada. Servicios de vigilancia sanitaria.

### REFERÊNCIAS

1. Crispim R. Institutionalization in old age: a systematic review of literature on predictors in the context of Long-term Care (LTC). *Revista De Ciencias Sociais*. 2021; 9(2): 258-71. DOI: <https://doi.org/10.17502/mrcs.v9i2.499>.
2. Kurata VM, Carreira L. Influence of institutionalization in development of depression in elderly people: an integrative review. *Ciênc. cuid. saúde*. 2020; 18(4). DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v18i4.42392>.
3. Lourenço LFL, Santos SMA. Institutionalization of elderly and family care: perspectives of professionals from long term facilities. *Cogitare Enferm*. 2021;26:e69459. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.69459>
4. Brasil. Censo SUAS 2017: Análise dos componentes sistêmicos da Política Nacional de Assistência Social. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. 2018. Available from: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagimaps/ferramentas/docs/Censo%20SUAS%202017.pdf>
5. Andrade FB de, Pinto RS, Antunes JLF. Tendências nos indicadores de desempenho e monitoramento de produção dos Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(9):e00162019. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00162019>
6. Parente AS, Santana ASR, Oliveira SRA. Desempenho dos serviços de saúde do SUS de uma macrorregião do estado de Pernambuco, Brasil. *Saúde debate*. 2021;45(129):300–14. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112904>
7. Vieira BL de C, Martins AC, Ferreira RC, Vargas AMD. Development and content validation for a self-assessment instrument of care quality in long-term care facilities for older adults. *Rev bras geriatr gerontol*. 2024;27:e230173. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562024027.230173.en>
8. Brasil, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância

- Sanitária. Resolução RDC n° 283, de 26 de setembro de 2005. 2005. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283\\_26\\_09\\_2005.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html)
9. Brasil, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n° 502, de 27 de maio de 2021. 2021. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2021/res\\_502\\_31\\_05\\_2021](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2021/res_502_31_05_2021)
10. Barcellos RMS, Melo LM, Carneiro LA, Souza AC, Lima DM, Rassi LT. Educação permanente em saúde: práticas desenvolvidas nos municípios do estado de Goiás. *Trab educ saúde*. 2020;18(2):e0026092. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00260>
11. São José do Rio Preto (SP). Secretaria Municipal de Planejamento Estratégico, Ciência, Tecnologia e Inovação. *Conjuntura Econômica de São José do Rio Preto*. 2023, 38 ed.
12. Guimarães MRC, Giacomini KC, Ferreira RC, Vargas AMD. Evaluation of Long-Term Institutions for Older People in Brazil: an overview of regional inequalities. *Ciênc saúde coletiva*. 2023Jul;28(7):2035–50. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023287.15792022>
13. Chiarelli TM, Sathler STB. Trajetória das Políticas Públicas Brasileiras para pessoas idosas frente a Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030). *Kairós-Gerontologia*. 2022;25(1):93-114. Doi: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2022v25i1p93-114>
14. Wanderleu VB, Bezerra INM, Pimenta IDSF, Silva G, Machado FCA, Nunes VMA, et al. ng-stay institutions for the elderly: the reality in Brazil. *Journal Health NPEPS*. 2020; 5(1):321-337 DOI: <http://dx.doi.org/10.30681/252610104183>
15. Schmidt A, Penna RA. Instituições Residenciais Brasileiras para Idosos e Condições Psicológicas e Cognitivas de Residentes. *Psicol cienc prof*. 2021;41(spe4):e191768. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003191768>
16. Guimarães MRC, Ferreira RC, Giacomini KC, Vargas AMD. Indicators for evaluating long-term care facilities for old people: development and validation. *Rev bras geriatr gerontol*. 2020;23(5):e200265. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200265>
17. Jerez-Roig J, Souza DLB, Andrade FLJP, Lima Filho BF, Medeiros RJ, Oliveira NPD, et al. Self-perceived health in institutionalized elderly. *Cien Saude Colet*. 2016;21(11). DOI: 10.1590/1413-812320152111.155620
18. Santana EMM, Safons MP. Ocorrência de quedas e oferta de atividade física em instituições de longa permanência para idosos no Distrito Federal, Brasil. *Fisioterapia Brasil* 2021;22(5):667-80 DOI: 10.33233/fb.v22i5.4759
19. Carneiro JLS, Ayres JRCM. Older adult health and primary care: autonomy, vulnerabilities and challenges of care. *Rev Saúde Pública*. 2021;55:29. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002856>
20. Moreira FSM, Jerez-Roig J, Ferreira LMBM, Dantas APQM, Lima KC, Ferreira MAF. Use of potentially inappropriate medications in institutionalized elderly: prevalence and associated factors. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(6):2073–82. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.26752018>
21. Veras RP. Chronic diseases and longevity: future challenges. *Rev bras geriatr gerontol*. 2023;26:e230233. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562023026.230233.en>
22. Sulzbach CC, Weiller TH, Dallepiane LB. Acesso à Atenção Primária à Saúde de idosos: perspectiva de profissionais da Saúde da Família de um município do Rio Grande do Sul. *Cad saúde colet*. 2020Jul;28(3):373–80. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028030158>
23. Paula JGF, Gonçalves LHT, Nogueira LMV, Delage PEGA. Correlation between functional independence and risk of falls in older adults at three long-term care facilities. *Rev esc enferm USP*. 2020;54:e3601. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018054103601>
24. Rosa VPP, Pasa TS, Magnago TSBS, Urbanetto JS. Validation of the Morse Fall Scale – Brazilian version for institutionalized older adults (MFS-B/ ILPI). *Rev bras geriatr gerontol*. 2024;27:e230218. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562024027.230218.en>
25. Poltronieri BC, Souza ER, Ribeiro AP. Violence and right to care in public policies on long-term care institutions for the elderly. *Interface (Botucatu)*. 2019;23:e180124. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.180124>
26. Corsini TVM, Varoto VAG. Long-term care institution and day care center for the elderly: Brazilian typology according to managers' perception. *Revista Ibero-Americana de Saúde E Envelhecimento*. 2020; 6(2): 138-152. DOI: [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2020.6\(2\).411.138-152](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2020.6(2).411.138-152)
27. BRASIL. Lei n° 9.608, de 18 de fevereiro de 1998. Dispõe sobre o serviço voluntário e dá outras providências. Brasília, DF, 19 fev. 1998.
28. Pancote CG, Sasaki NSMS, Louvison MCP, Ferraz AA, Silva AC, Santos MLSG, et al. *Journal Health NPEPS*. 2024 jan-jun; 9(1):e12114. Doi: <http://dx.doi.org/10.30681/2526101012114>

**Endereço para correspondência:** Antonio Caldeira da Silva Endereço: Alameda Vitalino Urbano, 191, CEP: 15.061-854, Parque Residencial Damha 4, São José do Rio Preto-SP.

**Data de recebimento:** 05/01/2023

**Data de aprovação:** 13/07/2025