



Rua Dr. Celestino, 74
24020-091- RJ – Brasil
Tel (21) 2629-9493
e-mail: mpeauff@gmail.com
www.uff.br/mpea



DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: ESTUDO RETROSPECTIVO

Aluno: Rodolpho César Cardoso de Paula

Orientadora: Dr^a Rosimere Ferreira Santana

Linha da pesquisa: O cuidado de enfermagem para os grupos humanos.

Niterói, 2015



Rua Dr. Celestino, 74
24020-091- RJ – Brasil
Tel (21) 2629-9493
e-mail: mpeauff@gmail.com
www.uff.br/mpea



DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: ESTUDO RETROSPECTIVO

Aluno: Rodolpho César Cardoso de Paula

Orientadora: Prof^a. Dr^a Rosimere Ferreira Santana

Relatório de pesquisa apresentado a Banca de Defesa de Dissertação do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* de Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense como parte dos requisitos para obtenção de título de mestre em enfermagem do Mestrado Profissional em Enfermagem

Linha de Pesquisa: O Cuidado de Enfermagem para os Grupos Humanos

Niterói, 2015.

P 324 Paula, Rodolpho César Cardoso de.
Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de longa permanência para idosos: estudo retrospectivo. / Rodolpho César Cardoso de Paula. – Niterói: [s.n.], 2016.
103 f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial) – Universidade Federal Fluminense, 2016.
Orientadora: Prof^ª. Rosimere Ferreira Santana.

1. Legislação de Enfermagem. 2. Downsizing Organizacional. 3. Serviços de Saúde para Idosos. 4. Instituição de Longa Permanência para Idosos. 5. Enfermagem Geriátrica. 6. Recursos Humanos de Enfermagem. I. Título.

CDD 610.73



Rua Dr. Celestino, 74
24020-091- RJ – Brasil
Tel (21) 2629-9493
e-mail: mpeauff@gmail.com
www.uff.br/mpea



DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: ESTUDO RETROSPECTIVO

Método: estudo retrospectivo, de análise documental e abordagem quantitativa.

Autor: Rodolpho César Cardoso de Paula

Orientadora: Prof^a Dr^a Rosimere Ferreira Santana

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dra Rosimere Ferreira Santana – UFF – Presidente

Prof.^a Dra Lilian Prates Belem Behring – UERJ – 1^a Examinadora

Prof.^a Dra Simone Cruz Machado Ferreira - UFF – 2^a Examinadora

Prof.^a Dra Maria Terezinha Nóbrega da Silva - UERJ- Suplente

Prof.^a Dra. Zenith Rosa Silvino - UFF - Suplente

Niterói, 2015.

DEDICATÓRIA

A todos os idosos institucionalizados e aos profissionais de enfermagem que poderão se beneficiar desta obra.

“Penso, logo existo”.

René Descartes, 1637

AGRADECIMENTOS

À Deus por ter me concedido o dom da vida, sabedoria e discernimento em todos os momentos da vida.

À minha família, em especial a minha esposa Vierluce pelo apoio e compreensão na realização deste trabalho.

As minhas filhas Sophia e Beatriz que me inspiram a cada dia a ser um ser humano melhor.

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense que tão bem me acolheu ao longo destes dois anos.

À minha orientadora Prof. Dra Rosimere Ferreira Santana que acreditou no meu potencial e na minha proposta.

À Comissão Examinadora que estiveram presente desde a defesa do projeto e que contribuíram com o seu tempo e com sua sabedoria para construção deste trabalho.

À minha amiga Maria Auxiliadora que esteve também nesta trajetória, sendo fonte de estímulo e apoio até nos momentos mais difíceis da conclusão deste trabalho.

À todos os colegas de mestrado pela valorosa contribuição.

Aos Fiscais do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro que acreditaram e me incentivaram na concretização deste trabalho.

A Gestão do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro por ter-me permitido o acesso aos processos e realização desta pesquisa.

À Dra Maria Terezinha Nóbrega da Silva por ter acreditado e autorizado o desenvolvimento deste estudo, quando esteve na Gestão 2012-2014 do COREN-RJ.

RESUMO

PAULA, RCC. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de longa permanência para idosos: estudo retrospectivo. Niterói/RJ, 2015. Dissertação (Mestrado Profissional de Enfermagem Assistencial) Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa / Universidade Federal Fluminense

Objetivo: Analisar os Relatórios Circunstanciados do Departamento de Fiscalização quanto ao dimensionamento de pessoal de enfermagem existente nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Foram identificados 159 Processos Administrativos referentes às Instituições fiscalizadas no período de Janeiro de 2010 até Dezembro de 2013. O instrumento de coleta de dados analisou itens relacionados ao dimensionamento de enfermagem existente e propostos, número de idosos atendidos, complexidade do atendimento presentes nos Relatórios Circunstanciados. Após a exclusão dos relatórios de fiscalização que não continham dados pertinentes para coleta de dados, a amostra final foi composta de 80 processos. Dos 92 municípios do Estado do Rio de Janeiro houve abrangência de 19 localidades, 61 (76,2%) instituições privadas, 17 (21,3%) filantrópicas e 02 (2,5%) públicas. Houve variabilidade quanto ao porte das instituições foi variado, de 08 a 300 leitos, com taxa de ocupação média de 91,5%, variando de 60 a 100%, quanto ao número de idosos na instituição de 06 a 300, com média de 48,1 e desvio padrão de 45,5, demonstrando uma distribuição heterogênea do número de idosos nas instituições. A proporção geral de ILPI com enfermeiro responsável técnico (RT) é de aproximadamente 92,5%. As 80 instituições possuem em média 1,2 enfermeiros, 6,7 técnicos de enfermagem e 2,3 auxiliares de enfermagem e em relação aos cuidadores de idosos foram identificados sua presença em 53 instituições (66,2%). Em relação à classificação dos idosos institucionalizados, 60,6% das instituições apresentavam classificação dos idosos. Segundo a Resolução 293 as instituições teriam que aumentar o quadro de Enfermeiros em 1348% e de Técnicos em 420%. Para o atendimento a Portaria 73 teria que aumentar o quadro de Enfermeiros em 224% e de técnicos em 73%, neste caso não atenderia a Lei 7498/86 em 62,5% das instituições. A nova proposta de dimensionamento apresentado neste estudo prevê o aumento do quadro de Enfermeiros em 580% e de Técnicos em 122%. Portanto, o Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem em ILPIs, considerando a Portaria 73, a Resolução 293 e a nova proposta são diferentes entre si (p-valor 0,000). O produto desta dissertação fornece um instrumento de dimensionamento pessoal apropriado as ILPI, cumpre à Resolução 293, porém mais passível de ser executado. Recomenda-se o atendimento as legislações de enfermagem em relação ao dimensionamento de pessoal e a classificação dos idosos assistidos nas ILPIs, dado o vertiginoso aumento da população idosa, e conseguinte aumento dessa modalidade assistencial à sociedade civil. Ao estabelecer um cálculo de dimensionamento de enfermagem original para as instituições de idosos pode-se assegurar uma assistência segura e livre de danos.

Descritores: Legislação de Enfermagem; Downsizing Organizacional; Serviços de Saúde para Idosos; Instituição de Longa Permanência para Idosos; Enfermagem Geriátrica; Recursos Humanos de Enfermagem.

ABSTRACT

PAULA, RCC. Sizing of nursing staff in long term care facilities for the elderly: a retrospective study. Niterói/RJ, 2015. Dissertation (Master's Degree in Assistance Nursing) – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/ Universidade Federal Fluminense.

Objective: To assess the Department of Supervision detailed reports on the design of existing nursing staff in long-stay institutions for the elderly. 159 Administrative Proceedings were identified relating to institutions under audit from January 2010 to December 2013. The data collection instrument discussed items related to existing nursing design and proposed number of elderly assisted, complexity of care present in detailed reports. After exclusion of inspection reports which did not contain relevant data for data collection, the final sample consisted of 80 cases. Of the 92 county in the state of Rio de Janeiro there was coverage of 19 locations, 61 (76.2%) private institutions, 17 (21.3%) philanthropic and 02 (2.5%) public. There was variability in the size of the institutions was varied, 08-300 beds with an average occupancy rate of 91.5%, ranging from 60 to 100%, as the number of elderly in the institution 06-300, averaging 48 , 1 and standard deviation of 45.5, showing a heterogeneous distribution of the number of elderly in institutions. The overall proportion of ILPI with technical charge nurse (RT) is approximately 92.5%. The 80 institutions have an average of 1.2 nurses, 6.7 and 2.3 nursing technicians nursing assistants and for the elderly caregivers have been identified its presence in 53 institutions (66.2%). Regarding the classification of the institutionalized elderly, 60.6% of homes had a classification of the elderly. According to Resolution 293 institutions would have to increase the Nurses framework% in 1348 and Technicians 420%. To meet the Ordinance 73 would have to increase the Nurses frame in 224% technical and 73% in this case would not meet the Law 7498/86 in 62.5% of the institutions. The proposed new design presented in this study provides for an increased Nurses frame at 580% and technicians by 122%. Therefore, the Nursing Staff Dimensioning in ILPIs considering Ordinance 73, Resolution 293 and the new proposal are different (p-value 0.000). The product of this work provides an appropriate personal sizing instrument the ILPI, complies with Resolution 293, but more likely to be executed. It is recommended to call the nursing legislation in respect of the staff sizing and classification of assisted elderly in ILPIs, given the rapid increase in the elderly population, and therefore increase this type of care to civil society. By establishing a unique nursing sizing calculation for the elderly institutions can ensure a safe and free assistance of damage.

Descriptors: Legislation, Nursing; Personnel Downsizing; Health Services for the Aged; Homes for the Aged; Geriatric Nursing; Nursing Staff

RESUMEN

PAULA, RCC. Dimensionamiento de personal de enfermería en centros de atención a largo plazo para las personas mayores: un estudio retrospectivo. Disertación (Maestro Atención de Enfermería Profesional) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/ Universidade Federal Fluminense

Objetivo: Evaluar el Departamento de Supervisión de informes detallados sobre el diseño de personal de enfermería existente en instituciones de larga estadía para los ancianos (LTCF). 159 Procedimientos administrativos fueron detectados en relación a las instituciones controladas a partir de enero de 2010 a diciembre de 2013. El instrumento de recolección de datos de artículos relacionados con el diseño de cuidado existentes y propuestos número de ancianos asistida, la complejidad de la atención presente en informes detallados discutido. Tras la exclusión de los informes de inspección que no contienen datos relevantes para la recopilación de datos, la muestra final consistió en 80 casos. De los 92 municipios del estado de Río de Janeiro hubo una cobertura de 19 sitios, 61 (76,2%) instituciones privadas, 17 (21,3%) y 02 filantrópicas pública (2,5%). Hubo variabilidad en el tamaño de las instituciones se varió, 08-300 camas con una ocupación media del 91,5%, que van desde 60 a 100%, ya que el número de personas mayores en la institución 06 a 300, con un promedio de 48 , 1 y desviación estándar de 45.5, que muestra una distribución heterogénea del número de personas de edad avanzada en las instituciones. El porcentaje total de ILPI con el técnico enfermero responsable (RT) es de aproximadamente 92,5%. Las 80 instituciones tienen un promedio de 1,2 enfermeras, técnicos y auxiliares de enfermería 6.7 y 2.3 de enfermería en relación con los cuidadores de edad avanzada se identificaron su presencia en 53 instituciones (66,2%). En cuanto a la clasificación de los ancianos institucionalizados, el 60,6% de los hogares tenía una clasificación de las personas mayores. De acuerdo con la Resolución 293 instituciones tendrían que aumentar el marco Enfermeras en 1348% y Técnicos 420%. Para cumplir con la Ordenanza 73 tendría que aumentar el marco de enfermeras en un 224% técnica y 73% en este caso no cumpliría con la Ley 7498/86 en el 62,5% de las instituciones. El nuevo diseño propuesto se presenta en este estudio prevé un mayor marco de Enfermeras a 580% y el 122% de los técnicos. Por lo tanto, el personal de enfermería en Dimensionamiento ILPIs teniendo en cuenta la Ordenanza 73, la Resolución 293 y la nueva propuesta son diferentes (p-valor de 0,000). El producto de este trabajo ofrece un instrumento de tamaño personal adecuado del ILPI, cumple con la Resolución 293, pero es más probable que se ejecute. Se recomienda llamar a las leyes de enfermería en relación con el tamaño del personal y clasificación de los ancianos atendidos ILPIs, dado el rápido aumento de la población de edad avanzada, y por lo tanto aumentar este tipo de atención a la sociedad civil. Mediante el establecimiento de un cálculo de tamaño de enfermería único para las instituciones de edad avanzada puede garantizar la asistencia segura y libre de daños.

Descriptores: Legislación de Enfermería; Reducción de Personal; Servicios de Salud para Ancianos; Hogares para Ancianos; Enfermería Geriátrica; Personal de Enfermería.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
1.1. Motivação do estudo.....	16
1.2. Caracterização do problema.....	16
1.3. Questão problema de estudo.....	18
1.4. Objetivos.....	18
2. BASES CONCEITUAIS	24
2.1. Idoso e as Instituições de Longa Permanência para Idosos.....	24
2.2. A Atuação da Equipe de Enfermagem nas Instituições de Longa Permanência para Idosos.....	27
2.3. Sistema COFEN / CORENs e a Fiscalização Ético Profissional.....	32
2.4. Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem e o Resolução COFEN 293/2004.....	37
3. MÉTODO	41
3.1. Amostra do Estudo.....	41
3.2. Cenário do Estudo.....	43
3.3. Instrumento e Procedimento de Coleta dos Dados.....	43
3.4. Análise do Dados.....	45
3.5. Aspectos Éticos.....	46
4. RESULTADOS	47
4.1. Análise das Legislações para Proposição de um Cálculo para o Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem nas Instituições de Longa Permanência para Idosos.....	47
4.2. Análise dos Dados Restropectivos.....	57
4.3. Proposição Legal do Cálculo de Dimensionamento ao Sistema COFEN.....	78
5. DISCUSSÃO	83
6. CONCLUSÃO	90
Referências.....	92
Apêndices.....	96
Formulário para Coleta de Dados.....	96
Anexos.....	98
Parecer de Aprovação do Comitê de Pesquisa.....	99
Carta de Anuência do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro.....	102
Termo de Autorização para disponibilização de Teses e Dissertações.....	103

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma prisma de obtenção das publicações.....	21
Figura 2: Municípios do Rio de Janeiro com representação na amostra.....	58
Figura 3: Representação dos números de idosos atendidos nas instituições.....	59
Figura 4: Média da quantidade de profissionais nas instituições do Rio de Janeiro, Niterói e São Gonçalo.....	67
Figura 5: Média do número de idosos atendidos nas instituições do Rio de Janeiro, Niterói e São Gonçalo.....	67
Figura 6: Média da quantidade de profissionais por cada 10 leitos nas instituições do Rio de Janeiro, Niterói e São Gonçalo.....	69
Figura 7: Dimensionamento da quantidade de enfermeiros nas instituições.....	73
Figura 8: Dimensionamento da quantidade de técnicos e auxiliares de enfermagem nas instituições.....	74
Figura 9: Aumento médio previsto pela Resolução 293, Portaria 73 e Nova Proposta nas quantidades atuais de enfermeiros e técnicos e auxiliares das instituições.....	74
Figura 10 Número de enfermeiros por cada 10 leitos.....	75
Figura 11: Número de técnicos e auxiliares de enfermagem por cada 10 leitos.....	76
Figura 12: Total de profissionais de enfermagem por cada 10 leitos.....	77

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Modelo de Espelho Padrão.....	49
Quadro 2 – Espelho Semanal Padrão com a configuração das atividades.....	51
Quadro 3 – Demonstração do período de trabalho da manhã.....	51
Quadro 4 – Demonstração dos períodos de trabalho.....	52
Quadro 5 – Demonstração da multiplicação dos sítios funcionais da modalidade II.....	53
Quadro 6 – Demonstração da multiplicação dos sítios funcionais da modalidade III.....	53
Quadro 7 - Cálculo dos Sítios funcionais e determinação das horas de enfermagem.....	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição das instituições, por município e por tipo.....	57
Tabela 2: Distribuição do número de inspeções nas instituições.....	59
Tabela 3: Distribuição das instituições por motivo de inspeção.....	60
Tabela 4: Distribuição conjunta do Município e motivo de Inspeção das instituições.....	61
Tabela 5: Distribuição de algumas frequências por Motivo de Inspeção.....	62
Tabela 6: Médias do número de profissionais, entre as instituições que tem o enfermeiro RT e as que não tem, por motivo de inspeção.....	63
Tabela 7: Taxas médias do número de profissionais por cada 10 leitos ocupados, global e por motivo de inspeção.....	64
Tabela 8: Médias do número de profissionais, entre as instituições que tem o enfermeiro RT e as que não tem, por município.....	66
Tabela 9: Taxas médias do número de profissionais por cada 10 leitos, por município.....	68
Tabela 10: Distribuição conjunta da classificação pela instituição dos idosos e a classificação pela fiscalização.....	70
Tabela 11: Distribuição conjunta da classificação pela instituição dos idosos e a classificação pela fiscalização.....	70
Tabela 12: Distribuição conjunta do cálculo de dimensionamento pela instituição dos idosos e pela fiscalização.....	71
Tabela 13: Distribuição conjunta da legislação usada pela instituição dos idosos e pela fiscalização no dimensionamento de pessoal.....	71
Tabela 14: Distribuição conjunta da jornada e escala de enfermagem.....	72
Tabela 15: Dimensionamento da quantidade de enfermeiros nas Instituições.....	73
Tabela 16: Dimensionamento da quantidade de técnicos e auxiliares de enfermagem nas instituições.....	74
Tabela 17: Taxas de enfermeiro por cada 10 leitos.....	75
Tabela 18: Taxas de técnico e auxiliar de enfermagem por cada 10 leitos.....	76
Tabela 19: Taxas de total de profissionais de enfermagem por cada 10 leitos.....	76

LISTA DE ABREVIATURAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVD	Atividades da Vida Diária
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CINAHL	Cumulative Index to Nursing & Allied Health
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN RJ	Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro
CRT	Certidão de Responsabilidade Técnica
DEFIS	Departamento de Fiscalização
HED	Horas de Enfermagem por Dia
HEP	Horas de Enfermagem por Paciente
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituições de Longa Permanência para Idosos
IST	Índice de Segurança Técnico
JST	Jornada Semanal de Trabalho
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
QP	Quantidade de Profissionais de Enfermagem
PADs	Processo Administrativo
PubMed	Biblioteca Nacional de Medicina Americana
PT	Período de Trabalho
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SF	Sítio Funcional
SCP	Sistema de Classificação de Pacientes
THE	Total de Horas de Enfermagem
TSF	Total de Sítios Funcionais

1- INTRODUÇÃO

Apresentação da Temática e Problemática do Estudo

A temática de estudo “*Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem em Instituições de Longa Permanência para Idosos*” foi motivada pela vivência como Enfermeiro Fiscal do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro (COREN-RJ). Durante as fiscalizações identificaram-se irregularidades referentes às legislações de Enfermagem, principalmente, concernente ao dimensionamento de pessoal de enfermagem nas instituições de longa permanência de idosos, onde frequentemente haviam ausências de profissionais de enfermagem ou em número reduzido.

Acrescido desta problemática geral há outras específicas que coadunam com a complexidade do tema em estudo, como: à presença de profissionais não habilitados exercendo à Enfermagem, *os cuidadores*; dificuldade em classificar o idoso assistido nestas instituições, como cuidados mínimos, intermediários, ou intensivos que se aplicam mais a rede hospitalar que a institucional; ou mesmo, legislações concorrentes que consideram ILPIs como locais de assistência social, ou seja, não as classificam como de atendimento à saúde, mesmo atendendo uma população com risco de fragilidade e em franco processo de envelhecimento.

O dimensionamento de pessoal de Enfermagem é definido como um processo sistemático, que fundamenta o planejamento e a avaliação do quantitativo e qualitativo de profissionais necessários para prover a assistência, de acordo com a singularidade dos serviços de saúde, que garantam a segurança dos usuários e dos trabalhadores.¹

A Resolução COFEN 293/2004 fixa e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do quadro de profissionais de Enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados.² Muito destes assemelhados não são instituições consideradas instituições de saúde, porém se nestas instituições ocorrerem atividades de saúde desenvolvidas por profissionais de enfermagem, mesmo assim devem estar de acordo com as legislações vigentes.

Esta Resolução apresenta a metodologia utilizada pelos Conselhos Regionais de Enfermagem para estabelecer a quantidade de profissionais de enfermagem, levando em consideração o grau de complexidade dos cuidados de enfermagem ao pacientes e as atividades de enfermagem desenvolvidas nos setores onde não existe internação de pacientes.

A Resolução COFEN 293/2004 não é adequada para a ILPI uma vez que as mesmas não são consideradas como instituição de saúde. Assim ao aplicar a metodologia de cálculo proposto pela Resolução, de acordo com a classificação desta clientela teremos um elevado número de profissionais de enfermagem gerando discordância entre os gestores destas unidades com o Departamento de Fiscalização. Mesmo que os usuários destas instituições sejam classificados como pacientes de cuidados mínimos (que requerem 3,8 horas de Enfermagem/ paciente/ dia), o quantitativo de profissionais encontrados será sempre superior ao número que os gestores das ILPI's afirmam poder manter em seu quadro.

As ILPIs são conhecidas por denominações diversas – abrigo, asilo, lar, casa de repouso, clínica geriátrica e ancionato – e devem proporcionar serviços nas áreas: social, médica, de psicologia, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia, e em outras áreas, conforme necessidades deste segmento etário.³

Historicamente as ILPIs despontaram como um serviço para abrigar idosos pobres, sem famílias e doentes. Eram locais que abrigavam além de idosos, pessoas com dificuldades financeiras, problemas sociais e até pacientes portadores de doenças mentais. Apresentavam locais de aspecto ruim, de aparência sombria e malcheirosa, chamados de asilos ou albergues. Recentemente, novas e diferentes instituições estão surgindo, com uma filosofia organizacional, resultantes da inclusão de ambientes para socialização, valorização da independência e autonomia, preservação da individualidade e respeito à identidade do idoso.⁴

Os principais objetivos das ILPIs seriam oferecer: ambiente seguro e acolhedor para idosos cronicamente debilitados e funcionalmente dependentes; garantir serviços de atenção biopsicossocial que atendam as necessidades das pessoas idosas em estado de vulnerabilidade; restaurar e manter o máximo grau de independência funcional; preservar a autonomia; promover conforto e a dignidade dessas pessoas com doença terminal, oferecendo suporte aos seus familiares; estabilizar ou tornar mais lenta a progressão de Doenças Crônicas Não-transmissíveis; prevenir e reconhecer intercorrências agudas e iatrogênicas.⁵ Para tanto, torna-se primordial uma assistência com provimento quanti e qualitativo do pessoal de enfermagem.

O processo de cuidar é complexo e contínuo, o que demanda um adequado planejamento de recursos humanos, estudos apontam que o dimensionamento de pessoal interfere diretamente na eficácia e nos custos do atendimento à saúde.⁶

As ILPIs continuam sendo lugar desprovido de trabalhadores qualificados, havendo falta de profissionais, dentre os quais os trabalhadores de enfermagem, principalmente em relação ao Enfermeiro. Assim, a maior parte do trabalho é realizada por auxiliares de

enfermagem e/ou cuidadores de idosos estando responsáveis pelos cuidados integrais a esta clientela.³

O dimensionamento de pessoal de enfermagem atualmente é considerado pela fiscalização do COREN/RJ a maior problemática a ser verificada nos atos fiscalizatórios, principalmente nas ILPIs. O dimensionamento quando em condições desfavoráveis ao exercício profissional de enfermagem, torna-se o maior fator de grande parte dos problemas no meio da enfermagem.

Cabe ressaltar que a maioria dos registros de denúncia realizados no Departamento de Fiscalização do Rio de Janeiro estão associadas ao dimensionamento de pessoal, sendo evidenciado inclusive por profissionais de enfermagem que atuam nas Instituições de Longa permanência para idosos.

Existe ainda uma tendência ao atribuir os altos custos da saúde aos gastos com o quadro de pessoal. Como exemplo temos a redução de custos, que tende a recair sobre a equipe de enfermagem, ocasionando diminuição do quadro de pessoal, o que repercute na qualidade da assistência prestada.⁶

Dessa forma delimita-se como **questão de estudo**: Qual o dimensionamento de enfermagem apropriado para Instituição de Longa Permanência para Idosos?

E, como **Objetivo Geral**:

- Analisar os Relatórios Circunstanciados do Departamento de Fiscalização quanto ao dimensionamento de pessoal de enfermagem em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPIs)

Objetivos Específicos:

- Caracterizar o dimensionamento de pessoal de enfermagem das Instituições de Longa Permanência para Idosos segundo os Relatórios Circunstanciados da fiscalização ético profissional do Conselho Regional de Enfermagem;
- Identificar o atendimento às legislações afins ao exercício profissional de enfermagem e ao cuidado integral a saúde do idoso;
- Propor um cálculo original e viável para assistência de enfermagem em Instituição de Longa Permanência para Idosos respeitando os preâmbulos da Lei do exercício profissional de enfermagem.

Justificativa

A população idosa é a que mais cresce atualmente no País, e que exige mudanças socioeconômicas em sua estrutura. Existem mais de 17 milhões de habitantes idosos no Brasil, que possui destaque entre os países com as dez maiores populações envelhecidas do mundo. A população brasileira ultrapassa os 180 milhões de habitantes e, destes, mais de 9% têm 60 anos ou mais. As projeções demográficas para o ano de 2025 indicam uma população de 32 milhões de idosos, representando quase 15% da população total brasileira. As estimativas apontam ainda que, de 1990 a 2025, a população idosa crescerá 2,4% ao ano, contra 1,3% de crescimento anual da população total.⁷

Com o aumento da população idosa no país, a preocupação em relação ao cumprimento das normatizações referentes à atenção do idoso se torna crescente. Às ILPI's, vem-se multiplicando, em parte pelo aumento do número de idosos e da procura pelos serviços de atenção integral, e pelas ausências dos cuidados familiares diretos.

No ano de 2010 o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) realizou uma pesquisa onde localizou 3.548 instituições no Brasil, em que moravam aproximadamente 83 mil idosos, significando 0,5% da população idosa, sendo estas instituições encontradas em 28% dos municípios brasileiros. Já em 2011, em uma nova pesquisa realizada pelo IPEA, das 3.548 instituições foram encontrados aproximadamente 100 mil residentes idosos.⁸

Neste contexto, a Instituição de longa permanência para idosos (ILPI) se configura como um estabelecimento para atendimento integral institucional, cujo público alvo é composto por pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, dependentes ou independentes, que não dispõe de condições para permanecer com a família ou em seu domicílio.⁹

No artigo 37 do Estatuto do Idoso, definido pela Lei 10.741 de outubro de 2003, é estabelecido que a pessoa idosa tenha direito a moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou ainda, em instituição pública ou privada. Essas instituições são obrigadas a manter padrões de habitação compatível com as necessidades das pessoas idosas e condizentes com as normas sanitárias, sob as penas da lei.¹⁰

Atualmente as ILPIs funcionam conforme as orientações da portaria SEAS/MPAS 73/2001 do Ministério da Previdência e Assistência Social e pela RDC 283/2005 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Estas estabelecem regras de funcionamento, de organização física e sanitária e de recursos humanos, segundo o grau de dependência do idoso atendido.

A Portaria 73 do Ministério da Previdência Social além de estabelecer as normas de funcionamento apresenta em seu escopo um dimensionamento de enfermagem para

assistência dos idosos institucionalizados classificados como modalidade assistencial II e III. As instituições classificadas como modalidade II, não prevê a presença do enfermeiro nas 24 horas para supervisão dos técnicos e auxiliares de enfermagem que são previstos na assistência 24 horas. Ou seja, ocorre um desentendimento com a Lei 7498/86.

A instituição classificada como modalidade I não prevê a presença de profissionais de enfermagem nos cuidados dos idosos classificados nesta modalidade, porém os idosos pertencentes a esta modalidade apresentam riscos e doenças crônicas que necessitam do acompanhamento de profissionais de saúde.

Na RDC ANVISA 283/2005 não é previsto explicitamente a presença de profissionais de enfermagem nos cuidados aos idosos institucionalizados, pois os profissionais destinados ao cuidado são chamados de cuidadores, não se definindo a que categoria profissional o mesmo pertence.

Na busca por conhecimentos sobre o dimensionamento de enfermagem em instituição de longa permanência para idosos, observou-se que na literatura nacional e internacional, não apresenta estudos suficientes sobre o assunto em questão.

Nesse sentido, busca-se o estado da arte acerca da temática. Os termos utilizados para a busca, foram previamente pesquisados em Descritores em Ciência da Saúde (Decs) da Biblioteca Virtual da Saúde e consistiram em: “Downsizing Organizacional, Recursos Humanos de Enfermagem, Instituição de Longa Permanência para Idosos e Enfermagem Geriátrica” e utilizado palavra chave dimensionamento de enfermagem nos periódicos da CAPES, realizado os devidos cruzamentos com os descritores acima, no intuito de conhecer o cenário das ILPIs relacionado ao dimensionamento de enfermagem e a atuação dos profissionais de enfermagem aos idosos institucionalizados.

As buscas foram realizadas nas bases de dados entre os meses de Agosto de 2014 a Agosto de 2015, via PubMed/MedLine (Biblioteca Nacional de Medicina Americana); LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), e na CINAHL (Cumulative Index to Nursing & Allied Health), EMBASE via portal CAPES. Utilizou-se também o vocabulário Medical Subject Headings of U.S National Library of Medicine (MeSH) em inglês: Personell Downsizing, Nursing Staff, Nursing Home, Home for the Aged e Nursing Geriatric

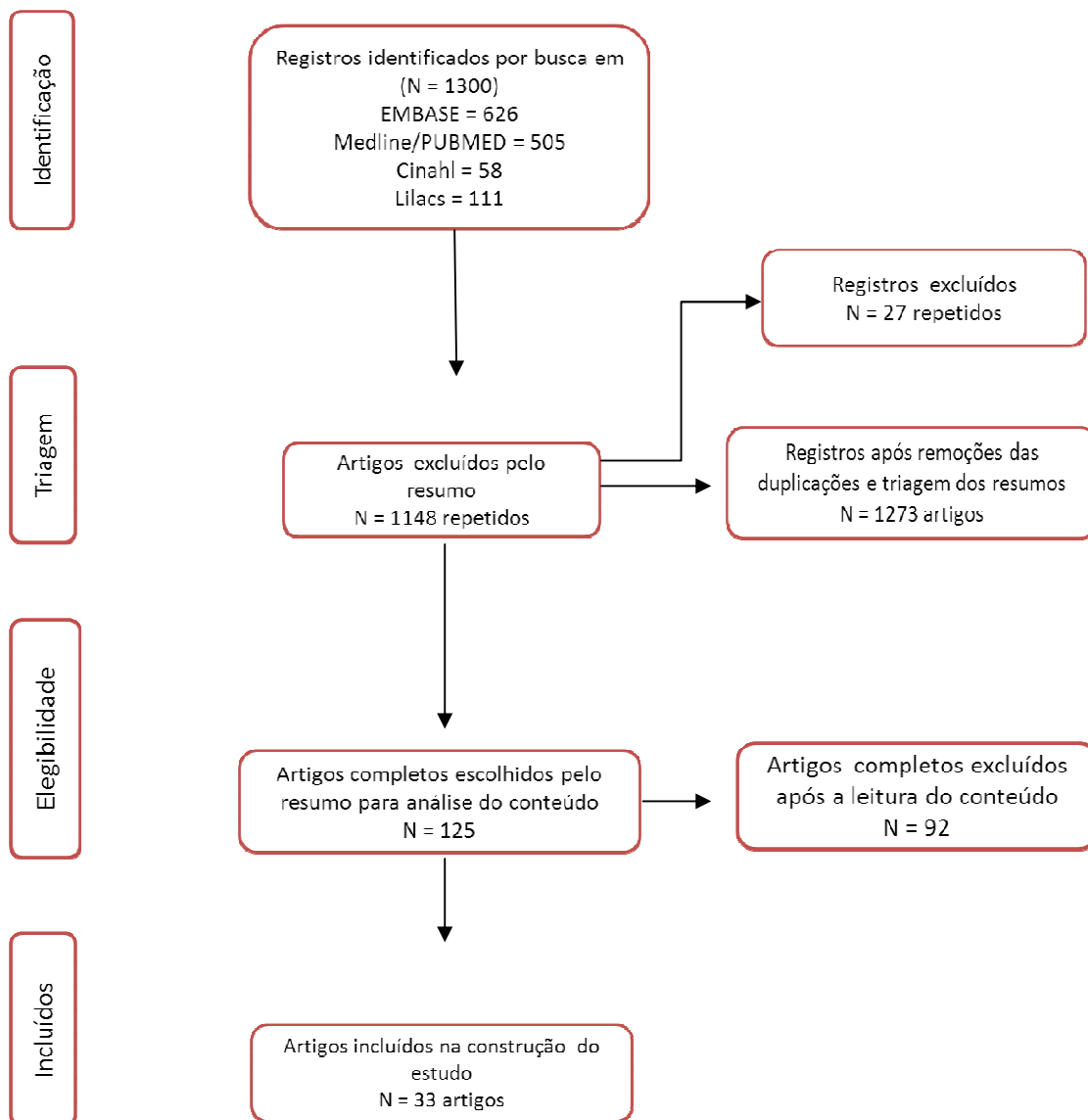
Os Critérios de inclusão utilizados foram: artigos originais na integra relacionados ao estudo e indexados nas bases de dados, com período definido de 2009 a 2015 e disponíveis

online nos idiomas português, inglês e espanhol. Utilizou-se também teses e dissertações relacionadas ao tema.

Já os critérios de exclusão foram: resumos de outras áreas profissionais, anais apresentados em eventos científicos e artigos relacionados à cuidadores de idosos.

Inicialmente, as buscas não resultaram muitos artigos. Foram realizados vários cruzamentos com poucos achados, porém com a combinação dos descritores Nursing Staff e Nursing Homes identificaram-se 5654 artigos nas fontes descritas sem a utilização dos filtros necessários. Em 20/03/2015 se estipulou os filtros: ano de publicação, revisão por pares, artigos originais, idioma e tema sendo encontrados 505 artigos. Realizou-se a leitura dos títulos e resumos observando a relevância desses para a pesquisa e a existência dos critérios de inclusão em consonância com os objetivos da pesquisa, chegou-se a 33 artigos escolhidos.

Figura 1 - Fluxograma Prisma de obtenção das publicações:



Os artigos excluídos para construção deste estudo abordavam a prática do cuidado realizada pelos cuidadores de idosos nas ILPIs e a condução do enfermeiro na supervisão desta atividade realizada por estes trabalhadores.

Os artigos escolhidos abordavam a temática, dimensionamento de enfermagem em instituições hospitalares e a atuação da equipe de enfermagem nas instituições de longa permanência para idosos.

Os cinco artigos internacionais encontrados na EMBASE discutiam a atuação dos profissionais enfermeiros na instituição de longa permanência e o quantitativo por meio de ferramentas de avaliação de qualidade.

Os 24 artigos encontrados na PUBMED abordavam a prevenção de riscos aos idosos nas ILPIs e os fatores de controle no cuidado do idoso.

Na LILACS foram encontrados muitos artigos relacionados ao dimensionamento de pessoal de enfermagem nas instituições hospitalares, principalmente nas unidades de internação, porém tais estudos foram importantes para sedimentar à necessidade do sistema de classificação dos pacientes para determinação fidedigna do quantitativo de profissionais.

Relevância

Através da análise dos Relatórios Circunstanciados da Fiscalização do COREN-RJ nas ILPIS busca-se descrever o cenário real destas instituições e o entendimento do cumprimento das legislações relacionadas ao dimensionamento de pessoal de enfermagem para assistência segura e de qualidade ao idoso residente nestes serviços.

Deste modo destaca-se a oportunidade de dar visibilidade ao Papel dos Conselhos de Classe como o do COREN – RJ, já que no uso da Lei 5905/73 que normatiza, fiscaliza e disciplina a atuação dos profissionais de enfermagem, a Lei 7498/86 e o Decreto 94406/87 que regulamentam Exercício Profissional, a Resolução 374/11, que institui em âmbito nacional o Manual de Fiscalização, e estabelece que, toda instituição onde exista unidade de serviço que desenvolva ações de Enfermagem deverá ter enfermeiro durante todo o horário de funcionamento da unidade, é desse modo, passível de fiscalização pelo COREN-RJ^{9,10,11} torna-se relevante o desenvolvimento dessa pesquisa.

Enfatiza-se também importância da adesão ao grupo de pesquisa da Universidade Federal Fluminense (UFF), GESAE, NEPEG na linha: O Cuidado de Enfermagem para os Grupos Humanos, pois, a Enfermagem brasileira vem marcando presença, expressão social e

compromisso com a atenção à saúde da população nos espaços políticos organizacionais de apoio e fomento a Ciência, Tecnologia e Inovação (C&T&I) em nosso país.

O estudo ainda prevê um novo cálculo de dimensionamento de pessoal de enfermagem para assistência ao idoso residente nas ILPIs, pois observa as considerações da Lei do exercício profissional de enfermagem, além de contribuir com a pesquisa sobre o tema, pois não foram encontrados estudos a cerca do tema.

A determinação de um cálculo específico para a ILPI proporciona aos profissionais de enfermagem que atuam na assistência ao idoso institucionalizado, um parâmetro no dimensionamento apropriado e legal ao exercício de enfermagem.

Esta recomendação também pode assegurar que os idosos institucionalizados tenham a garantia de receber os cuidados de enfermagem por profissionais de enfermagem devidamente habilitados e legalizados e não por leigos sem formação e responsabilidade civil na condução das suas ações.

Assim como, proporcionar material científico disponível sobre a temática ainda pouco explorada na literatura nacional, e de relevante discussão dado o aumento da população idosa e o exercício legal da profissão de enfermagem.

Já para as pesquisas, o estudo revela a necessidade de continuação das investigações, visto que em sua missão o conselho pode auxiliar a mudança da realidade posta na enfermagem, e a pesquisa nestes órgãos pode fundamentar o direcionamento do caminho institucional no alcance de resultados. Com este estudo, espera-se despertar a busca por outras pesquisas com os resultados diversos da fiscalização, como também de outros nichos de atuação do DEFIS/COREN-RJ.

2- BASES CONCEITUAIS

2.1 - O IDOSO E AS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSO

A Política Nacional do Idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e considera-se idoso, para os efeitos da lei, a pessoa maior de sessenta anos de idade¹¹, com isto estabelecer condições seguras e satisfatórias para assistência do idoso.

O Estatuto do Idoso define que todo idoso tem o direito a moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou, ainda, em instituição pública ou privada.¹⁰

§ 1o A assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência será prestada quando verificada inexistência de grupo familiar, casa-lar, abandono ou carência de recursos financeiros próprios ou da família.

§ 2o Toda instituição dedicada ao atendimento ao idoso fica obrigada a manter identificação externa visível, sob pena de interdição, além de atender toda a legislação pertinente.

§ 3o As instituições que abrigarem idosos são obrigadas a manter padrões de habitação compatíveis com as necessidades deles, bem como provê-los com alimentação regular e higiene indispensáveis às normas sanitárias e com estas condizentes, sob as penas da lei.

Existem duas legislações em vigência que se definem como Normas para o funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil, a Portaria MPAS 73 de 10 de Maio de 2001 e Resolução RDC ANVISA de 26 de setembro de 2005.

A Portaria MPAS 73/2001 constituiu mais uma das etapas de regulamentação da Política Nacional do idoso, bem como uma abordagem de procedimentos no que se refere a normas e padrões de funcionamento para serviços de programas de atenção a pessoa idosa.³ Esta portaria tem um aspecto mais amplo à todos os serviços de atenção ao idoso e não somente para ILPI.

Em relação ao atendimento integral ao idoso define como aquele prestado em uma instituição asilar, prioritariamente aos idosos sem famílias, em situação de vulnerabilidade, oferecendo-lhes serviços nas áreas social, psicológica, médica, de fisioterapia, de terapia ocupacional, de enfermagem, de odontologia e outras atividades específicas para este segmento social. Esta Portaria classifica as instituições por modalidades assistenciais de acordo com o grau de dependência dos idosos sendo:

Modalidade I - Idosos independentes para Atividades da Vida Diária (AVD), mesmo que requeiram o uso de algum equipamento de auto-ajuda, isto é, dispositivos tecnológicos que potencializam a função humana, como por ex., andador, bengala, cadeira de rodas, adaptações para vestimenta, escrita, leitura, alimentação, higiene, etc.

Modalidade II - Idosos dependentes e independentes que necessitam de auxílio e de cuidados especializados e que exijam controle e acompanhamento adequado de profissionais de saúde. Não serão aceitos idosos portadores de dependência física acentuada e de doença mental incapacitante.

Modalidade III - Idosos dependentes que requeiram assistência total, no mínimo, em uma Atividade da Vida Diária (AVD). Necessita de uma equipe interdisciplinar de saúde.³

Nesta Portaria a enfermagem é recomendada nas modalidades assistenciais II e III, sendo assim reconhecida a necessidade de profissionais de enfermagem durante todo o período de funcionamento destas instituições. O que esta Portaria não deixa claro é de quem é a responsabilidade de fiscalização das instituições de longa permanência para idosos no cumprimento desta regulamentação.

Porém os direitos adquiridos pelos idosos, garantidos no Estatuto do Idoso e o cumprimento das legislações que regulam estes serviços, o qual confere que as entidades governamentais e não-governamentais de atendimento ao idoso devem ser fiscalizadas pelos Conselhos do Idoso, Ministério Público, Vigilância Sanitária e outros previstos em Lei.¹⁰

A agência nacional de vigilância sanitária (ANVISA) criou a RDC 283/2005 que tem a finalidade de estabelecer padrões mínimos para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos.¹⁹ Esta Resolução tem aplicabilidade exclusivamente para as ILPIs, estabelecendo parâmetros relacionados a infraestrutura, recursos humanos e serviços oferecidos e necessários a atenção do idoso institucionalizado.

Esta Resolução classifica o idoso grau de dependência apresentado. A dependência é a condição do indivíduo que requer o auxílio de pessoas ou de equipamentos especiais para realização de atividades de vida diária.

Grau de Dependência I - idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de auto-ajuda;

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;

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.¹²

Assim, para se conhecer o grau de (in)dependência de idosos, torna-se necessário avaliar a sua capacidade funcional, a qual se expressa por meio da avaliação do desempenho

das Atividades de Vida Diária. A avaliação da capacidade funcional é relevante e diretamente associada a indicadores de qualidade de vida do idoso.¹³

Desta forma tem-se a classificação do idoso para se determinar os cuidados necessários e o número de profissionais destinados ao cuidado deste idoso. A RDC 283/2005 estipula os cuidados aos cuidadores, não citando nenhum outro profissional em seu escopo estabelecendo:

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.¹²

Porém no item 5.2 desta Resolução que trata do item Saúde, estabelece que as instituições elaborem a cada 02 anos o plano de atenção integral à saúde dos residentes, indicando os recursos de saúde disponíveis para cada residente e todos os aspectos de promoção, proteção e prevenção do idoso.

A RDC 283/2005 é a mais utilizada pelas instituições como norteadora das ações direcionadas ao funcionamento das ILPIs, que gera grande questionamento sobre a exigência na adequação do dimensionamento de pessoal de enfermagem, pois o profissional de enfermagem não é contemplado no texto da Resolução, mesmo existindo a necessidade destes profissionais pelas atividades que são realizadas diariamente ao cuidado do idoso.

A dependência não é um estado permanente, mas um processo dinâmico, cuja evolução pode ser modificada, prevenida e/ou reduzida. Tal evolução nesse processo sugere a existência de serviços qualificados e comprometidos com a assistência ao idoso¹³.

2.2 - A ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

Com a liberdade e autonomia assegurada em lei, os profissionais de enfermagem tem afirmado a atuação em diversos nichos de mercado de trabalho, exercício de atividades de gestão de instituições de saúde e de educação, e uma delas tem sido as Instituições de Longa Permanência para idosos.

O trabalho em saúde “é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não-material, que se completa no ato de sua produção. [...] O produto é indissolúvel do processo que o produz, é a própria realização da atividade. O trabalho em saúde envolve um trabalho profissional, realizado por trabalhadores que dominam os conhecimentos e técnicas especiais para assistir o indivíduo ou grupo com problemas de saúde ou com risco de adoecer, em atividades de cunho investigativo, preventivo, curativo ou com o objetivo de reabilitação”.¹⁴

Assim, constantemente, surgem novas tecnologias e ferramentas de trabalho em saúde, que influenciam diretamente nas atividades práticas, gerenciais, de ensino e pesquisa da enfermagem. E constantemente requerem o aprimoramento das normatizações vigentes propiciando o acompanhamento dessa evolução.

A Lei 7498 de 25 de Junho de 1986, no artigo 15, as atividades de auxiliares de enfermagem e técnica de enfermagem quando exercidas em instituições de saúde, públicas e privadas, e em programas de saúde, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão de Enfermeiro¹⁵, porém nota-se que ocorre inobservância neste parâmetro legal, pois normalmente as ILPIs não possuem Enfermeiros nas 24 horas.

A enfermagem possui diversos campos de atuação, dentre eles, os cuidados com idosos vêm sendo uma área de trabalho em franco crescimento. A atuação do profissional enfermeiro sobre diferentes ângulos na geriatria descrevem que o enfermeiro contribui para melhorar a qualidade de vida e o bem estar das pessoas institucionalizadas, através de cuidados básicos nas questões físicas, psicológicas e sociais.¹⁶

A atuação dos enfermeiros voltada à clientela idosa pode se alicerçar na promoção da vida e em educação em saúde. O olhar do profissional, quando se refere ao idoso das ILPI, terá como objetivo a manutenção da capacidade funcional. Os profissionais de Enfermagem das ILPI deverão acima de tudo, quando relacionados a seus residentes, tentar estimulá-los a serem independentes em suas atividades cotidianas.¹⁷

Portanto, salienta-se ações direcionadas aos idosos em ILPI, que se realizadas de modo sistematizado por um Enfermeiro, inserido nas rotinas institucionais, viabilizaria também a segurança do paciente, mesmo quando em processo demencial avançado. Esta atitude de sistematizar possibilita que a ILPI seja beneficiada em seu funcionamento.¹⁸

Os gestores das ILPIs consideram os cuidadores de idosos como profissionais componentes da equipe de enfermagem e de responsabilidade técnica do enfermeiro. Porém a Lei 7498/86 considera somente profissional de enfermagem o enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e as parteiras.

Os cuidadores de enfermagem que atuam na ILPI, não possuem regulamentação própria definindo suas atribuições legais. Porém possuem Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) n0 5162-10 que define seu papel de cuidar de idosos a partir de objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida. As atribuições relacionadas à saúde do idoso segundo esta classificação são:¹⁹

1. Observar a qualidade do sono;
2. Ajudar nas terapias ocupacionais e físicas;
3. Prestar cuidados especiais a pessoas com limitações e/ou dependência física;
4. Manusear adequadamente o idoso;
5. Observar alterações físicas (manchas, inchaços e ferimentos);
6. Controlar a guarda, horário e ingestão dos medicamentos;
7. Acompanhar o idoso em consultas e atendimento médicos-hospitalar;
8. Relatar orientação médica aos responsáveis;
9. Seguir orientação de profissional da saúde.¹⁹

A atribuição relacionada à medicação, no item 06 refere-se exclusivamente ao controle da cautela, do horário e da verificação se o mesmo ingeriu a medicação, ou seja, o idoso tem a capacidade de administra-se por via oral a medicação, conforme descrito na modalidade I da portaria MPAS73/2001. A administração de medicamentos por qualquer via só pode ser realizada por profissionais de saúde habilitados. Não é uma atividade privativa da enfermagem, porém vedada ao cuidador de idosos nas ILPIs.

Os medicamentos representam um dos itens de maior importância na assistência ao idoso, no qual os fármacos ocupam um espaço cada vez maior no conjunto de medidas voltadas para o cuidado à saúde. A sua efetividade em cessar os sintomas e proporcionar o

tratamento da doença, ou mesmo na prevenção destas, tornam-o um recurso importante e necessário na atenção à saúde.²⁰

O enfermeiro na assistência em uma ILPI tem como dever assegurar que a enfermagem seja exercida somente por profissionais legalmente habilitados e inscrito no COREN, segundo artigo 2^o da lei do exercício profissional. Permitir que cuidadores de idosos desempenhe o papel de profissionais de enfermagem na ILPI, é agir contra os preceitos éticos e legais da profissão e acima de tudo contribuir para prática do exercício ilegal que é considerada contravenção legal segundo a lei 3688, artigo 47^o.²¹

É nesse sentido a enfermagem se sobressai ao processo farmacológico, devido à limitação física e psíquica os idosos constituem uma população suscetível a não manter um cumprimento terapêutico eficiente. E, torna-se importante à presença de enfermeiros nas ILPIs, já que além de outras funções, este profissional pode avaliar os sinais e sintomas que surgem na pessoa idosa após o início da ingestão de uma nova medicação, as necessidades de cada um em particular, assumindo as orientações necessárias para que erros de medicações sejam evitados.²⁰

Estudos apontam a relevância dos profissionais da saúde para determinar um diagnóstico precoce em relação à depressão e ao declínio da capacidade funcional em idosos e estabelecer estratégias para minimizar e manejar os sintomas comportamentais como uma importante contribuição que a enfermagem pode dar para a geriatria.¹⁶ Outro estudo mostra que os medicamentos mais consumidos são os que atuam no Sistema Nervoso, e que muitos idosos fazem uso contínuo de medicações psicotrópicas e não tem o seu diagnóstico definido.²⁰

Os medicamentos administrados de uso prolongado podem concorrer para o desenvolvimento de úlceras de pressão, como os sedativos, que interferem na mobilização do idoso, e os hipotensores, que diminuem o fluxo sanguíneo e perfusão tecidual, aumentando a suscetibilidade do indivíduo as úlceras por pressão.²² A equipe de enfermagem das ILPIs deve estar consciente das alterações farmacodinâmicas e farmacocinéticas com o processo do envelhecimento humano, principalmente aos cuidados efetivos com a pele do idoso diante do risco da imobilidade e da perda da capacidade funcional.

É importante ter o enfermeiro como gestor e norteador de soluções dos eventos adversos nas instituições para que possa aprimorar esse quadro que demonstra a falta de assistência e cuidado ao idoso institucionalizado, muitas vezes já fragilizado. A atuação do enfermeiro pode reduzir as altas taxas de mortalidade em ILPIs.¹¹ A participação de profissionais da área

de saúde pode auxiliar nas limitações da capacidade funcional dos idosos institucionalizados, almejando a reabilitação precoce e prevenindo a evolução da perda funcional.²³ A avaliação da enfermagem como instrumento facilitador é necessária para a implementação de ações terapêuticas e avaliativas que visam à melhoria da qualidade de vida do idoso.²⁴

Observa-se que o Enfermeiro e a equipe de enfermagem possuem importante papel na equipe multidisciplinar na promoção e no cuidado ao idoso institucionalizado, e desta forma garantir um dimensionamento adequado e os parâmetros legais da atribuição de cada elemento é fundamental para possibilitar ao idoso institucionalizado o seu direito ao cuidado.

O enfermeiro tem o papel de desenvolver ações de educação continuada para capacitar a equipe a lidar com as limitações dos idosos e a incentivá-los a prática do autocuidado, pois resgatar a autonomia do idoso é o principal objetivo da ILPI.²⁵

Apesar de estudos apontarem o papel da equipe de enfermagem nas ILPIs, a RDC ANVISA 283 de 26 de setembro de 2005 não prevê a presença de profissionais de enfermagem no seu texto jurídico, porém utiliza como referencial a Portaria 73 de 10 de maio de 2001 do Ministério da Previdência e Assistência Social que condiciona a presença de profissionais de enfermagem no cuidado ao idoso de acordo com a modalidade de assistência das instituições:

Nas instituições classificadas como Modalidade I da Portaria MPAS 73/2001 não é prevista a presença de profissionais de enfermagem, sendo transferidos os cuidados aos cuidadores de idosos, pois segundo esta portaria os idosos são independentes para Atividades da Vida Diária (AVD) mesmo que requeiram o uso de algum equipamento de autoajuda, isto é, dispositivos tecnológicos que potencializam a função humana, como por ex., andador, bengala, cadeira de rodas, adaptações para vestimenta, escrita, leitura, alimentação, higiene, etc.

A RDC ANVISA 283/2005 é a legislação mais utilizada pelas instituições de longa permanência, que causa um imbróglho na exigência das solicitações relacionadas ao dimensionamento de pessoal de enfermagem.

A metodologia utilizada pelo Departamento de Fiscalização do Rio de Janeiro é a Resolução COFEN 293/2004 que considera o grau de complexidade e de dependência dos cuidados de enfermagem, que também pode ser interpretada pelas AVDs estipulada pela legislação acima, que estabelece o número de horas para cada modalidade assistencial assim determinando o número de profissionais de enfermagem para a assistência ao idoso institucionalizado.

Faz-se interessante que os empresários e administradores das ILPIs contratem o enfermeiro, garantindo, desse modo, aos idosos residentes, um cuidado qualificado. Isso também proporcionaria à equipe de enfermagem segurança no desenvolvimento de suas ações e um serviço com competência. Torna-se importante que os órgãos responsáveis pela legislação de enfermagem, em nível nacional e regional, procurem assegurar aos enfermeiros a plena atuação nessas instituições para idosos, oferecendo-lhes um novo campo de ação e condições para melhor desempenho das atividades dos trabalhadores de enfermagem.¹⁶

2.3 – SISTEMA COFEN/CORENS E A FISCALIZAÇÃO ÉTICO PROFISSIONAL

O Conselho Federal de Enfermagem é uma autarquia pública federal, com competências fixadas através da Lei Federal nº 5.905/73, para normatizar, fiscalizar e disciplinar a atuação dos profissionais de enfermagem, livremente, em consonância com os termos constitucionais declarados.

A enfermagem, profissão que compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, conquistou sua atual regulamentação legal em 25 de junho de 1986, com a Lei 7498/86, e em 08 de junho de 1987, com o seu Decreto regulamentador 94406/87, adquirindo autonomia para atuação, em consonância com os preceitos éticos e legais da profissão.¹⁵

O Manual de Fiscalização aprovado pela Resolução COFEN nº 374/2011, representa uma contribuição significativa aos Departamentos de Fiscalização do Exercício Profissional no âmbito dos Conselhos Regionais de Enfermagem. De acordo com o manual supracitado, a fiscalização é a atividade fim dos Conselhos Regionais de Enfermagem que busca garantir o Exercício Profissional de Enfermagem seguro, de qualidade e eficaz para a sociedade civil, nos nichos de atuação da enfermagem.²⁶

O Sistema de Fiscalização do Exercício Profissional da Enfermagem tem como base uma concepção de processo educativo, de estímulo aos valores éticos e de valorização do processo de trabalho em enfermagem. É um processo dinâmico, permeado por ações de planejamento, desenvolvimento, controle e melhorias, bem como as previstas na administração pública em prol da enfermagem e, principalmente para a sociedade.²⁷

A partir desta finalidade legal, o departamento de fiscalização do Coren-RJ, busca desenvolver a atividade fim conferida aos Conselhos Regionais, fiscalizando o exercício profissional através das demandas oriundas do atual Plenário, de seu planejamento anual, das representações de diversos órgãos de gestão e controle e da sociedade do Estado do Rio de Janeiro. É de responsabilidade ainda a função de registro e cadastro de pessoas jurídicas que dispõe de profissionais de enfermagem em corpo funcional. E por fim, o fiscal tem o papel fundamental de educadores da ética e da legalidade profissional, a partir de processos de fiscalização colaborativos e facilitadores.

Fiscal é o Enfermeiro admitido por concurso público de prova ou de provas e títulos nos termos da legislação vigente, tendo as seguintes atribuições segundo a Resolução COFEN 374/2011:

- a) Realizar inspeções do exercício profissional na circunscrição do Conselho Regional, de acordo com o planejamento previamente elaborado;
- b) Atender as determinações da coordenação do departamento;
- c) Elaborar relatório circunstanciado das verificações, notificações e outros elementos comprobatórios, integrantes do processo de fiscalização;
- d) Apresentar de forma sistemática instrumentos referentes às atividades desenvolvidas;
- e) Esclarecer aos profissionais de enfermagem, e sempre que possível, os dirigentes das instituições de saúde e ensino, a respeito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais;
- f) Orientar os profissionais de enfermagem a proceder a sua regularização perante o Conselho Regional, notificar os que estão em exercício irregular e afastar das atividades de enfermagem aqueles que estiverem em exercício ilegal;
- g) Participar das reuniões com a coordenação do Departamento de Fiscalização, para apresentação e discussão de relatórios das atividades realizadas e elaboração de novos planos de trabalhos;
- h) Realizar palestras na área de circunscrição do Conselho Regional ou fora dela, quando designado pela coordenação do Departamento de Fiscalização ou diretoria;
- i) Prestar esclarecimentos aos profissionais de enfermagem e atender quando necessário ao público de modo geral, bem como, aos profissionais convocados ou outros que necessitem de orientação referente às normatizações do exercício da enfermagem;
- j) Auxiliar outros setores dos Conselhos Regionais, quando necessário e/ou solicitado;
- k) Integrar comissões, quando designado;
- l) Executar outras tarefas, sempre que necessário ou quando solicitado pelo plenário ou diretoria do Conselho Regional, desde que dentro dos limites de suas atribuições como fiscal e servidor público;
- m) Participar de programas de divulgação do Sistema Cofen/Conselhos Regionais, legislação e Código de Ética;
- n) Atender as solicitações das diversas instituições de saúde, ensino e outras que requeiram orientações e/ou esclarecimentos pertinentes à fiscalização;
- o) Ter conhecimento das correspondências encaminhadas e recebidas no Departamento de Fiscalização;
- p) Propor, programar, promover e executar eventos de caráter esclarecedor sobre as legislações e outros dispositivos legais que norteiam a Enfermagem;

- q)** Opinar na elaboração do edital do concurso para fiscais, subsidiando de forma direta o processo de seleção, admissão e capacitação dos mesmos;
- r)** Realizar inspeções periódicas, sistemáticas, de supervisão e acompanhamento técnico às subseções;
- s)** Realizar inspeções de fiscalização do exercício profissional, quando necessário;
- t)** Participar das reuniões de diretoria e do plenário quando requisitado;
- u)** Representar os Conselhos Regionais nas diversas atividades, quando solicitado pela diretoria ou plenário;
- v)** Apresentar à Diretoria relatório anual das atividades desenvolvidas pelo Departamento de Fiscalização;
- w)** Realizar palestras na área de circunscrição do Conselho Regional ou fora dela, quando convidado;
- x)** Elaborar programa anual de fiscalização a ser apresentado e aprovado pelo Plenário do Conselho Regional até 30 de novembro do ano anterior;
- y)** Acompanhar sistematicamente os processos oriundos da fiscalização encaminhados ao Departamento Jurídico ou Procuradoria Geral;
- z)** Orientar a elaboração e a apresentação de denúncias, visando sua respectiva fundamentação e proceder aos devidos encaminhamentos;
- aa)** Esclarecer quanto à Certidão de Responsabilidade Técnica – CRT – e Registro de Empresa – RE –, fornecendo requerimentos específicos;
- bb)** Apoiar o Enfermeiro Responsável Técnico, quanto à organização do serviço e suas atividades.
- cc)** Solicitar da autoridade policial garantia de acesso às dependências de onde ocorrer o exercício profissional da enfermagem, quando houver impedimentos ou obstáculo da ação de fiscalização.²⁶

O Departamento de Fiscalização do Conselho Regional do Rio de Janeiro os fiscais direcionam as ações de fiscalização se norteando em quatro pilares: 1) Legalidade do Exercício Profissional; 2) Dimensionamento de Pessoal; 3) Sistematização da Assistência de Enfermagem e 4) Legislações afins.

A legalidade do exercício profissional de enfermagem é descrita na Lei 7498 de 25 de junho de 1986 no artigo 2^o¹⁵

Art. 2º - A Enfermagem e suas atividades Auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício.

Parágrafo único - A Enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação.

E também pelo Decreto Lei 94407 de 08 de junho de 1987 no artigo 1^o:²⁸

Art. 1º – O exercício da atividade de Enfermagem, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e respeitados os graus de habilitação, é privativo de Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e Parteiro e só será permitido ao profissional inscrito no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva região.

Ou seja, a ilegalidade é algo grave, considerado um fator importante a ser verificado em todos os atos fiscalizatórios para assegurar que somente profissionais de enfermagem habilitados e inscritos na jurisdição de atuação realizem a assistência de enfermagem.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem que é descrita na Resolução COFEN 358/2009²⁹

Art. 1º O Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

Toda a assistência de enfermagem, seja em qualquer nicho de atuação profissional deve implementar o processo de enfermagem sistematizado, obedecendo as etapas do processo de enfermagem, baseado em um suporte teórico que oriente as ações de enfermagem e a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados

Compete ainda ao COFEN/COREN conforme o artigo 7^o desta Resolução, a responsabilidade de promover as condições necessárias, firmar parcerias e estabelecer convênios para o cumprimento desta normatização em todos os ambientes de assistência de enfermagem.

As Legislações afins são verificadas pelo COREN, pois são legislações que se relacionam com o exercício de enfermagem e se as mesmas são descumpridas podem interferir no resultado da ação dos profissionais de enfermagem ou torna-los vulneráveis aos erros e as más práticas da profissão. As RDCs ANVISA e as Portarias Ministeriais são legislações afins ao exercício profissional, pois são regulamentações relacionadas ao ambiente de trabalho, materiais, instrumentos necessários e os requisitos mínimos de funcionamento dos serviços onde os profissionais de enfermagem desempenham as suas atividades.

E por último o dimensionamento de pessoal de enfermagem que tem como legislação a Resolução COFEN 293/2004 que tem a finalidade de fixar e estabelecer o quadro de

profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados.

Embora esta metodologia tenha maior aplicabilidade ao cenário hospitalar, também é aplicada aos assemelhados dos serviços de saúde. Nas ILPIs o grau de complexidade pode ser avaliado pelo grau de dependência do idoso que é medido pelas Atividades de Vida Diária (AVDs) estipulada pela legislação acima, que estabelece o número de horas para cada modalidade assistencial assim determinando o número de profissionais de enfermagem para a assistência ao idoso institucionalizado.

2.4 - DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM E A RESOLUÇÃO COFEN 293/2004

O dimensionamento de pessoal continua sendo um desafio para os gestores dos serviços de saúde e de enfermagem, sendo constantemente apontado como um dos principais problemas das instituições. As lideranças de enfermagem ainda encontram enormes resistências para adequar o número de profissionais às demandas de atendimento, principalmente, em razão de argumentos orçamentários, mesmo reconhecendo a importância dos recursos humanos para a qualidade da assistência e segurança dos pacientes.³⁰

O dimensionamento de pessoal constitui então "a adequação do pessoal em termos quantitativos e qualitativos". Também pode ser tratado por sua finalidade que "é a previsão da quantidade de funcionários por categoria, requerida para atender direta, ou indiretamente, as necessidades de assistência de enfermagem aos pacientes".⁶

Segundo a literatura sobre este tema, contextualizou historicamente a evolução dos métodos utilizados para dimensionar pessoal de enfermagem, caracterizando quatro períodos:

1. O método intuitivo ou das relações de proporção (antes de 1939) - Tratava-se de uma avaliação subjetiva e do julgamento dos enfermeiros sobre a necessidade de profissional para as atividades diárias;
2. Introdução da variável-horas médias de cuidado (1939) – Estudo realizado em 14 hospitais americanos, que se realizou o cálculo das horas a partir do quadro profissional dessas unidades de internação e verificado o percentual de trabalho atribuído a cada categoria profissional;
3. Introdução das variáveis relativas à ausência (1947) – Estudo que adotou um método aperfeiçoado de dimensionamento que considera o número de horas efetivas do trabalho/ por ano/ trabalhador de uma dada categoria.
4. Introdução do Sistema de Classificação de Pacientes (1960) – Passou a se considerar o grau de complexidade assistencial dos pacientes para se estimar a necessidade diária dos pacientes em relação à assistência de enfermagem.³¹

O dimensionamento de pessoal tem sido considerado um desafio, haja vista que estes recursos são os mais complexos da organização, e os demais recursos exigem a sua presença, para que possam ser utilizados. Apesar de ter havido algumas iniciativas de classificar os pacientes quanto ao grau de dependência e o estabelecimento de horas de enfermagem nas décadas de 70-80, apenas na última década os órgãos oficiais da enfermagem e saúde no

Brasil têm divulgado critérios e parâmetros que orientem o planejamento de recursos humanos em enfermagem nas organizações de saúde.³²

As Resoluções COFEN nº189/96 e 293/2004 estabeleceram os primeiros parâmetros oficiais para o dimensionamento de pessoal de enfermagem nas instituições de saúde e assemelhados, definindo o quanti-qualitativo mínimo nos diferentes níveis de formação para a cobertura assistencial.³²

A metodologia utilizada pelo Departamento de Fiscalização do Rio de Janeiro é a Resolução COFEN 293/2004 que tem a finalidade de estabelecer o quantitativo do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde e nos assemelhados. Esta metodologia permite realizar o cálculo de dimensionamento de duas maneiras: através da utilização do número de horas de enfermagem e através do sítio funcional determinando as atividades de enfermagem realizadas em cada setor.

Nas unidades de leitos de internação é utilizada a metodologia por número de horas de enfermagem (artigo 4^o), onde é necessário a determinação do grau de complexidade de cuidado do paciente assistido (Anexo II), se estabelece:

Pacientes de Cuidados Mínimos - Cliente/paciente estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem e fisicamente auto-suficiente quanto ao ponto de vista das necessidades humanas básicas – 3,8 horas de enfermagem.

Pacientes de Cuidados Intermediários – Cliente/paciente estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, requerendo avaliações médicas e de enfermagem, com parcial dependência dos profissionais de enfermagem para atendimento das necessidades humanas básicas – 5,6 horas de enfermagem.

Pacientes de Cuidados Semi-Intensivos – Cliente/paciente recuperável, sem risco iminente de morte, passível de instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada – 9,4 horas de enfermagem

Pacientes de Cuidados Intensivos – Cliente/paciente grave e recuperável, com risco iminente de morte, sujeito a instabilidade das funções vitais, requerendo assistência médica e de enfermagem permanente e especializada – 17,9 horas de enfermagem.²

Considerando as necessidades assistenciais do paciente crônico, a Resolução COFEN 293/2004 estabelece no § 9^o:

§ 9^o – Ao cliente com idade superior a 60 anos, sem acompanhante, classificado pelo sistema de classificação de pacientes com demanda de assistência intermediária ou semi-intensiva deverá ser acrescido de 0,5 horas de enfermagem especificadas no artigo 4^o.²

Este acréscimo de horas esta mais associada ao idoso internado em instituições de saúde, porém como esta Resolução também dispõe sobre os assemelhados dos serviços de saúde podendo também ter aplicabilidade na ILPI, mas cabe ressaltar que o idoso da ILPI encontra-se na modalidade de residência e não de internação.

A distribuição percentual dos profissionais de enfermagem é preconizada na mesma Resolução de acordo com o artigo 5^o:

A distribuição percentual dos profissionais de enfermagem, deve observar as seguintes proporções e o Sistema de Classificação dos Pacientes:

1 – Para assistência mínima e intermediária: 33 a 37% (mínimo de seis) são Enfermeiros e os demais e os demais Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;

2 – Para assistência semi-intensiva: de 42 a 46% são enfermeiros e os demais são Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;

3 – Para assistência intensiva: de 52 a 56% são Enfermeiros e os demais são Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.²

Na unidade assistencial especial é a utilizada a metodologia de sítio funcional onde é avaliada as atividades de enfermagem. Segundo a Resolução COFEN 293 anexo II capítulo II define-se sítio funcional como:

Unidade de medida que tem um significado tridimensional para o trabalho de enfermagem. Ele considera as atividades desenvolvidas, a área operacional ou local da atividade e o período de trabalho, obtido na distribuição no decurso de uma semana padrão (espelho semanal padrão).²

As unidades assistenciais especiais são locais onde são desenvolvidas atividades de enfermagem especializada, em regime ambulatorial ou para atendimento de demanda ou de produção de serviços, ou seja, não ocorre a configuração do leito de internação não sendo utilizado o parâmetro de horas de enfermagem. Nestas unidades são consideradas as atividades de enfermagem, a área operacional (local onde ocorre a atividade) e o período de trabalho.

Nesta modalidade é necessária a ilustração dos sítios funcionais em um espelho semanal padrão que faz alusão à escala de enfermagem durante os dias da semana e os períodos de trabalho.

Em relação ao índice de segurança técnico (IST) a Resolução no §2^o estabelece que o cálculo deverá ser acrescido de um mínimo não inferior a 15% do total, garantindo assim um valor de 8,33% para cobertura de férias e 6,67% para cobertura de absenteísmo, podendo

sofrer alterações nestes valores, caso os índices destinados ao absenteísmos sejam maiores que o proposto pela Resolução.

Cabe ressaltar que a Resolução COFEN 293/2004 possui o direcionamento de suas ações ao paciente assistido em unidades de saúde, principalmente as hospitalares, que causa contestação na sua utilização nos serviços que não são considerados exclusivamente como serviço de saúde, mesmo tendo todas as características presentes deste serviço. Razão pela qual a adequação deste instrumento é necessária para contemplar todos os nichos onde a enfermagem desempenhe seu papel, no intuito de garantir aos profissionais de enfermagem os preceitos da Lei que os amparam e principalmente aos idosos institucionalizados a assistência de enfermagem conforme os preâmbulos da Lei.

3 - MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa do tipo retrospectivo, de análise documental, e de abordagem quantitativa.

O estudo retrospectivo observacional refere-se aos que buscam informações em documentos e registros de eventos já acontecidos no passado. Delineia-se o período que será estudado, o instrumento necessário para a coleta de dados e se determina a amostra necessária para a obtenção dos dados, supondo-se que já tenha sido feita a escolha do local ou locais de coleta.³³

Na análise documental, se utiliza de documentos para sua descrição. Os documentos considerados fontes de informação são aqueles que ainda não receberam organização, tratamento analítico, e publicação. São consideradas fontes documentais as tabelas estatísticas, relatórios, de empresas, documentos arquivados em repartições públicas, associações, igrejas, cartórios, hospitais, sindicatos, discursos, desenhos, memórias, depoimentos, diários, filmes, jornais. A avaliação desses documentos deve propor sua autenticidade, assim como a validade do conteúdo. A pesquisa documental difere da pesquisa histórica no fato de que esta se relaciona com o passado e aquela, com o presente.³³

Já a abordagem da pesquisa quantitativa, é utilizada, quando se tem instrumentos de medida utilizável e válido, deseja-se assegurar a objetividade e credibilidade dos achados, os instrumentos não colocam em risco a vida humana, a questão proposta indica a preocupação com quantificação, quando se necessita comparar eventos ou quando for desejável replicar estudos.³³

3.1 Amostra do Estudo

As amostras propriamente ditas serão os Relatórios circunstanciados da fiscalização do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro (COREN-RJ) referentes a Instituições de Longa Permanência de Idosos. Foi garantido o anonimato das instituições, pois a análise não se projetará individualmente, mas interessará a análise coletiva dos dados.

Os critérios de inclusão para a amostragem foram: Instituições de Longa Permanência de Idosos que foram fiscalizadas no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2013; Fiscalização que resultou na elaboração de Relatório Circunstanciado.

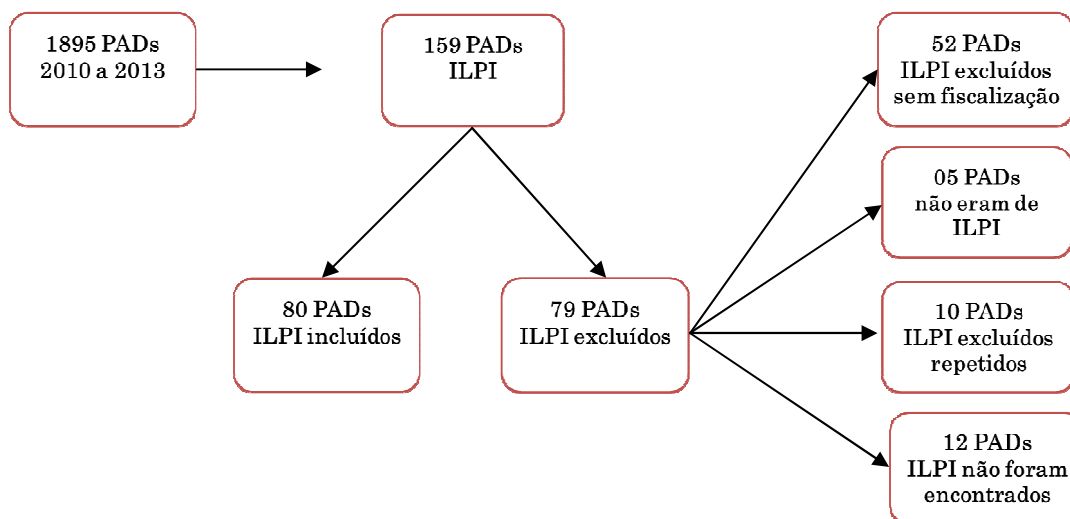
E como critério de exclusão da amostra tem-se: Relatórios Circunstanciados com ausência de dados referentes à clientela e ao tipo de assistência prestada, pois não seria possível classificar o idoso para realização do cálculo de dimensionamento.

Este período foi escolhido, pois a partir de 2010 o Departamento de Fiscalização passou a adotar a elaboração dos Relatórios Circunstanciados após as fiscalizações para instruir os processos administrativos fiscais e subsidiar o setor jurídico nos trabalhos judiciais em prol da enfermagem e principalmente da sociedade.

No período de 2010 a 2013 foram realizadas 2650 inspeções fiscalizatórias (1313 inspeções em 2010, 448 inspeções em 2011, 470 inspeções em 2012 e 419 em 2013), sendo instaurado 1895 processos administrativos de fiscalização (240 processos em 2010, 782 processos em 2011, 424 processos em 2012 e 449 processos em 2013), sendo que destes 159 processos administrativos de fiscalização são referentes a Instituições de Longa Permanência de Idosos (46 instituições em 2010, 70 instituições em 2011, 19 instituições em 2012 e 23 instituições em 2014).

Dos 159 processos administrativos eleitos para o estudo, 80 processos foram aceitos (50,3%) por contemplarem as informações necessárias relacionadas ao dimensionamento de pessoal e ao sistema de classificação do idoso, sendo excluídos 79 processos (49,7%) destes 52 processos foram excluídos por falta de fiscalização (32,7%), 10 processos foram excluídos por serem repetidos (6,3%), 05 foram excluídos por não serem de instituições de longa permanência de idosos (3,2%) e 12 processos foram excluídos, pois não foram encontrados (7,5%).

Dos 52 PADs excluídos por falta de fiscalização, 38 destes foram instaurados por motivo de pedido de CRT e 14 destes foram instaurados por motivo de denúncia.



3.2 Cenário do Estudo

Trata-se do Departamento de Fiscalização do Coren-RJ (DEFIS), que atua na fiscalização como a atividade fim dos Conselhos Regionais de Enfermagem que busca garantir o Exercício Profissional de Enfermagem seguro, de qualidade e eficaz para a sociedade civil.

A partir desta finalidade legal, o departamento de fiscalização do Coren-RJ, busca desenvolver a atividade fim conferida aos Conselhos Regionais, fiscalizando o exercício profissional através das demandas oriundas do atual Plenário, de seu planejamento anual, das representações de diversos órgãos de gestão e controle e da sociedade do Estado do Rio de Janeiro, através do agir comprometido com as ideias de participação, transparência, controle, ampla defesa. Ainda nos é conferida a função de registro e cadastro de pessoas jurídicas que dispõe de profissionais de enfermagem em corpo funcional. E por fim, o papel fundamental de educadores da ética e da legalidade profissional, a partir de processos de fiscalização colaborativos e facilitadores.

O Departamento de Fiscalização situado na sede, Av. Presidente Vargas 502 4^o andar - Rio de Janeiro possui no seu quadro funcional 35 fiscais e 05 agentes administrativos para fiscalização dos 92 municípios do estado do Rio de Janeiro.

Os fiscais estão lotados na sede e nas subseções: Campo Grande, Duque de Caxias, Nova Iguaçu, Volta Redonda, Niterói, São Gonçalo, Cabo Frio, Petrópolis, Nova Friburgo e Campos dos Goitacazes. Estas subseções foram criadas para facilitar o acesso do titular inscrito no COREN para resolução dos problemas encontrados no exercício da profissão de enfermagem. Esta divisão dos fiscais por subseções facilita o trabalho da fiscalização, assim como a aproximação do fiscal as determinadas áreas do estado e seus profissionais de enfermagem.

O Departamento de Fiscalização do Coren-RJ na sede e subseções funciona no horário das 07 as 20 horas, de segunda a sexta feira, exceto feriados e dias facultativos. Não há funcionamento nos sábados e domingos.

Nos casos de necessidade de realização de atividades relativas à fiscalização do exercício profissional em horários não previstos, há de se obter prévia autorização da Presidência do Coren-RJ.

As jornadas de trabalho são de quarenta (40) horas semanais para os agentes administrativos e de trinta (30) horas semanais para os enfermeiros fiscais.

As escalas de trabalho dos enfermeiros fiscais seguem os seguintes critérios: diarista com turnos de seis (6) ou oito (8) horas com descansos de (quinze) 15 e sessenta (60) minutos respectivamente e, plantonista de doze (12) horas com descanso de sessenta (60) minutos.

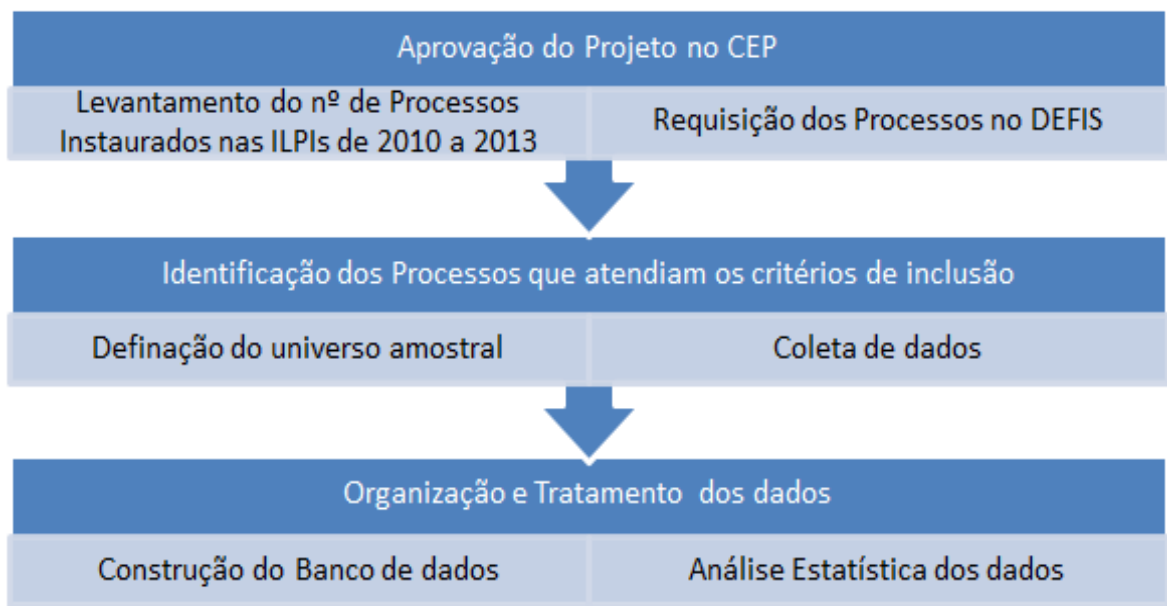
3.3 Instrumento e procedimento de Coleta de Dados

O instrumento de coleta de dados (apêndice A) conteram dados referentes à instituição, onde foram analisados somente os itens referentes ao Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem e a classificação dos idosos institucionalizados.

Foram analisados nos relatórios circunstanciados dados relacionados classificação do idoso pela fiscalização e pela instituição. Se as mesmas apresentam dimensionamento de pessoal de acordo com qual parâmetro legal e se a fiscalização apresentou cálculo de dimensionamento de pessoal e seus parâmetros legais.

Os processos administrativos foram solicitados junto a Coordenação administrativa do Departamento, para realização da localização dos mesmos para análise das ações fiscais. O processo de coleta de dados apresentou algumas dificuldades, pois vários processos da amostra encontravam-se nas subseções ou tramitando internamente dentro da autarquia.

Os PADs encontrados e incluídos no estudo foram analisados conforme o instrumento de coleta, onde foi avaliado o número de inspeções realizadas pela fiscalização, o motivo que instaurou o processo de fiscalização, a presença de Enfermeiro Responsável Técnico e o número de profissionais de enfermagem na instituição, se a instituição e a fiscalização utilizaram algum sistema de classificação dos idosos, se a instituição e a fiscalização previam algum cálculo de dimensionamento de pessoal, presença de cuidadores, além das questões trabalhistas relacionadas à jornada de trabalho e escala de revezamento de pessoal.



3.4 Análise dos Dados

A partir dos dados coletados construiu-se um banco de dados que foi analisado pelo programa SPSS (Statistical Package for the Social Science), versão 22.0 e pelo aplicativo Microsoft Excel 2007. O Banco de dados construído possui 40 colunas, 81 linhas e variáveis numéricas e categóricas. A análise descritiva é baseada em distribuições de frequências, tabelas cruzadas e cálculo de estatísticas descritivas e teve como objetivo sintetizar e caracterizar o comportamento das variáveis nos distintos subgrupos.

Na Análise Inferencial de Variáveis Qualitativas, a significância de diferenças entre grupos foram investigadas pelo teste Qui-Quadrado. Entretanto, foram computados mais de 200 testes qui quadrados a procura de relações significativas, mas todos os testes foram inconclusivos ou não mostraram relações significativas.

Na Análise Inferencial de variáveis quantitativas (número de profissionais, numero de leitos e variáveis derivadas) mais de dois grupos independentes foram comparados por abordagem não paramétrica pelo teste Kruskal-Wallis, uma vez que as variáveis não seguia distribuição normal.

A comparação do dimensionamento previsto pela Resolução 293, pela Portaria 73 e pelo Dimensionamento Proposto neste Trabalho foi feita de forma pareada pelo teste de Friedman, uma vez que os dados não seguiram distribuição normal. Quando comparados em pares o dimensionamento de dois instrumentos, a comparação foi feita pelo teste de

Wilcoxon. A normalidade das variáveis quantitativas foi analisada pelos testes de Kolmogorov-Smirnov e teste de Shapiro–Wilk.

Todas as discussões foram realizadas considerando nível de significância máximo de 5% (0,05), ou seja, adotou-se a seguinte regra de decisão nos testes: rejeição da hipótese nula sempre que o p-valor associado ao teste fosse menor que 0,05.

3.5 Aspectos Éticos

Quanto aos aspectos éticos da pesquisa realizou-se consulta prévia de anuência do Conselho Regional de Enfermagem quanto ao estudo que se mostrou favorável ao atendimento dos procedimentos éticos em pesquisa, sendo esta co-participante. Foi realizada a submissão do projeto de pesquisa para aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense (UFF) no primeiro trimestre de 2014, CAAE 29106814.3.0000.5243, sendo aprovado pelo parecer N^o 606.995 em 04/04/2014.

Os resultados do trabalho serão utilizados tão somente para fins científicos, a abordagem para coleta de informações não implicará no contato direto com o paciente, funcionários e ILPIs, por isto solicitamos a dispensa de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Respeitando-se os preceitos de anonimato e confidencialidade das informações.

Declaro ainda que a pesquisa não envolve riscos diretos aos pacientes, funcionários e instituição uma vez que o formulário de coleta de dados envolve apenas a utilização dos processos administrativos de fiscalização. Ressalto que serão de caráter sigiloso as informações relativas aos procedimentos e rotinas dos serviços que sediarão o estudo, bem como a preservação da identidade da instituição e dos profissionais que nela atuam.

Como possíveis benefícios diretos deste estudo têm-se a divulgação técnica e científica dos resultados, mudar a visão da sociedade sobre a atuação do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro sobre o seu papel educativo e corretivo e não meramente punitivo.

4 – RESULTADOS

4.1 - ANÁLISE DAS LEGISLAÇÕES PARA PROPOSIÇÃO DE UM CÁLCULO PARA O DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM NAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

O primeiro método de planejamento de recursos humanos em enfermagem surgiu em torno do século XVII, com Florence Nightingale, pioneira da administração hospitalar e precursora da profissão de enfermagem. Denominado intuitivo, baseava-se na subjetividade e na relação proporcional entre trabalhadores e tarefas, considerando a gravidade dos pacientes.³² Método ainda utilizado na assistência ao idoso institucionalizado, pois observa-se que grande parte destas instituições não apresentam uma metodologia para o dimensionamento encontrado.

Nos últimos anos, devido à complexidade dos cuidados e do processo de trabalho em saúde tem se buscado desenvolver modelos de adequação de pessoal de enfermagem de acordo com as características dos pacientes e grau de dependência dos cuidados de enfermagem, utilizando uma metodologia de cálculo para se determinar o quantitativo adequado.

Considera-se que o dimensionamento do quadro de recursos humanos de enfermagem nos serviços de saúde é imprescindível para a segurança do paciente, para a qualidade da assistência e, conseqüentemente, para a otimização da aplicação dos recursos em saúde. Tendo em vista que pacientes bem tratados tem menores riscos de estarem expostos a eventos adversos e complicações, ou seja, dimensionar recursos humanos em saúde vai mais além do que quantificar pessoas, envolve a qualificação/capacitação das mesmas para o cuidado.

O atendimento ao idoso deve ser, preferencialmente, na modalidade não asilar, porém naquelas situações em que os idosos não possuem condições que garantam sua própria sobrevivência é responsabilidade do Estado manter instituições asilares para abrigar estas pessoas. Além disso, a Política Nacional do Idoso norteia ações que visam ao desenvolvimento dos idosos, garantindo autonomia e independência no atendimento de suas necessidades específicas - auto-suficiência, saúde, moradia e segurança – conforme preconiza a Lei nº 8.842/94. Essa política prevê, ainda, que a família, a sociedade e o Estado devem assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida.³⁴

Dessa forma, tem-se defendido que a ILPI é uma moradia, mas uma moradia especializada. Por isso, seria mais apropriado o emprego da expressão, que se encontra na literatura internacional como um serviço de natureza híbrida ou mista, médico-social, onde se conjugam os serviços de assistência social e de assistência à saúde.⁴ É um atendimento que exige uma equipe multiprofissional e com preparo básico em Gerontologia.

A Portaria MPAS/SEAS 73 de 10 de maio de 2001, que define e garante as normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil recomenda que na instituição de modalidade II possua em sua equipe de profissionais 8h/dia de Enfermeiro e 24h/dia de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem para cada 22 idosos e na instituição de modalidade III possua em sua equipe de profissionais 24h/dia de Enfermeiro e 48h/dia de Técnicos e Auxiliares de enfermagem para cada 20 idosos.²

As modalidades assistenciais definidas por esta Portaria são classificadas como:

Modalidade I - Idosos independentes para Atividades da Vida Diária (AVD), mesmo que requeiram o uso de algum equipamento de auto-ajuda, isto é, dispositivos tecnológicos que potencializam a função humana, como por ex., andador, bengala, cadeira de rodas, adaptações para vestimenta, escrita, leitura, alimentação, higiene, etc.

Modalidade II - Idosos dependentes e independentes que necessitam de auxílio e de cuidados especializados e que exijam controle e acompanhamento adequado de profissionais de saúde. Não serão aceitos idosos portadores de dependência física acentuada e de doença mental incapacitante.

Modalidade III - Idosos dependentes que requeiram assistência total, no mínimo, em uma Atividade da Vida Diária (AVD). Necessita de uma equipe interdisciplinar de saúde.³

Observa-se que o grau de dependência definido pela RDC ANVISA 283 de 26 de setembro de 2005 assemelha-se com os idosos definidos para cada modalidade assistencial da Portaria 73:

Grau de Dependência I - idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de auto-ajuda;

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;

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.¹²

Ou seja, as instituições classificadas como modalidade I possuem apenas idosos classificados como grau de dependência I. As instituições classificadas como modalidade II possuem idosos classificados como grau de dependência I e II e as instituições classificadas como modalidade III possuem idosos classificados como grau de dependência I, II e III.

Porém o dimensionamento proposto pela Portaria MPAS 73/2001 para as instituições de modalidade II não considera o disposto pela Lei 7498 de 25 de junho de 1986, artigo 15:

As atividades referidas nos artigos 12 e 13 desta Lei, quando exercidas em instituições de saúde, públicas e privadas e em programas de saúde, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão de Enfermeiro.¹⁵

Ou seja, durante as atividades de enfermagem a presença do enfermeiro é fundamental para supervisão legal e técnica dos demais integrantes da equipe de enfermagem de nível médio e fundamental. Para isto utilizaremos os parâmetros de dimensionamento nas modalidades assistenciais propostos pela Portaria 73, com a devida adequação da Lei do exercício profissional e a metodologia de construção do número de horas de acordo com a Resolução COFEN 293/2004.

A metodologia de construção do número de horas de enfermagem é a mesma utilizada do Anexo II da Resolução COFEN 293/2004 onde foi realizada a comparação de inúmeras sugestões de enfermeiros gestores de unidades assistenciais de várias partes do país escalas de enfermagem das instituições do país na época em que a resolução foi construída.

Para isto, as atividades de Enfermagem devem ser separadas por categoria, em períodos de 06 horas (manhã, tarde, noite 1 e noite 2), totalizando 24 horas diárias. Assim teremos a distribuição destas atividades de forma ininterrupta, garantindo uma assistência de Enfermagem segura nestas instituições. Apresenta-se no Quadro 1 o modelo de espelho semanal utilizado para a operacionalização da metodologia de cálculo de sítios funcionais.

Quadro 1. Modelo de espelho semanal. Niterói, 2014.

		De Seg. à Sexta				SFx	Sáb. e Dom.				SFx	Tota	Σ
Setor	Prof.	M	T	N1	N2	5	M	T	N1	N2	2	1 SF	SF
	Enf.												
	Nm												
	Enf.												
	Nm												

Neste espelho semanal, em cada setor é considerada a presença de enfermeiros, e de profissionais de Enfermagem de nível médio (auxiliares e técnicos de Enfermagem). A quantidade de profissionais em cada período de tempo será utilizada para o preenchimento do espelho. Dessa forma, ao final do espaço temporal compreendido de segunda a sexta-feira, a

quantidade de profissionais existentes até esta parte da linha deverá ser multiplicada por cinco, pois até aí, estão contidos cinco dias da semana. Da mesma maneira, os períodos de trabalho compreendidos no espaço temporal do final de semana (sábados e domingos) serão multiplicados por dois.

As linhas das colunas representadas pelas cores azul (SFx5) e vermelho (SFx2) serão somadas; posteriormente, cada setor deverá ter o número de profissionais de Enfermagem somado, independente da categoria que os mesmos representam. A partir daí, a fórmula preconizada pela Resolução COFEN 293/2004 deverá ser aplicada, a partir do total de sítios funcionais, representado no Quadro 1 pela coluna de cor verde. Lembra-se, ainda, que este cálculo deverá ser realizado por categoria da Enfermagem³. Como descrito na fórmula:

$$QP = TSF \times (PT \div JST) \times IST$$

Onde:

QP = quantitativo de profissionais de Enfermagem;

TSF = total de sítios funcionais por categoria

PT = período de trabalho;

JST = jornada semanal de trabalho cumprida pelos profissionais de Enfermagem da instituição;

IST = índice de segurança técnica (profissionais para a cobertura de faltas e benefícios trabalhistas; nunca poderá ser inferior a 15%);

Σ SF = somatório de sítios funcionais (necessário para o cálculo do total de horas de Enfermagem, representado pela coluna verde).

Mediante estas duas legislações anteriormente citadas, realizou-se a associação destes instrumentos para chegar-se a número de horas de enfermagem para cada modalidade assistencial, considerando os parâmetros iniciais da Portaria e a supervisão pelo Enfermeiro conforme descrito na Lei 7498/86 durante as atividades de enfermagem.

Utilizando-se o espelho semanal padrão proposto pela Resolução COFEN 293/2004, para demonstramos através de sítio funcional a distribuição das atividades de enfermagem em cada modalidade preconizada pela Portaria 73/2001, tem-se então, a fusão destes dispositivos legais, representada no Quadro 02.

Quadro 2 – Espelho Semanal Padrão com a configuração das atividades. Niterói, 2015

		De Seg. à Sexta				SFx 5	Sáb. e Dom.				SFx 2	Tota 1 SF	Σ SF
Modalidade	Prof.	M	T	N1	N2		M	T	N1	N2			
II 22 idosos	Enf.	01	01	01	01	20	01	01	01	01	08	28	56
	Aux.	01	01	01	01	20	01	01	01	01	08	28	
III 20 idosos	Enf.	01	01	01	01	20	01	01	01	01	08	28	84
	Aux.	02	02	02	02	40	02	02	02	02	16	56	

O Espelho Semanal padrão é a demonstração da atividade de cada profissional da enfermagem nos períodos de tempo. Cada quadrado deste quadro na linha das modalidades representa um período de tempo de atividade de enfermagem, ou seja do enfermeiro e/ou do Técnico de Enfermagem, por exemplo, se no período da Manhã (M) temos 01 atividade profissional de enfermeiro, subentende-se que neste período de seis horas da manhã teremos um enfermeiro exercendo sua atividade de enfermagem por exemplo gerência de enfermagem neste determinado período, sendo assim, teremos um sítio funcional de Enfermeiro no período da manhã, conforme estacado na tabela abaixo.

Quadro 3 – Demonstração dos períodos de trabalhos.

		De Seg. à Sexta				SFx X5	Sáb. e Dom.				SFxX2	Tot al SF	Σ SF
Modalidade	Prof.	M	T	N1	N2		M	T	N1	N2			
II 22 idosos	Enf.	01	01	01	01	04=20	01	01	01	01	04=08	28	56

As colunas referentes aos dias da semana (Segunda a Sexta-feira) e Sábados e Domingos sendo divididas e representadas pela letra M-período da manhã (06 às 12h), T-período da tarde (12 às 18h), N1-período das primeiras seis horas da noite (18 às 00h) e N2-segundo período de seis horas da noite (00 às 06h), ou seja, o dia foi dividido em 04 períodos de seis horas, totalizando 24 horas de assistência, pois nas instituições de longa permanência a assistência de enfermagem é ininterrupta.

Quadro 4 – Demonstração dos períodos de trabalho

		De Seg. à Sexta				SF _x X5	Sáb. e Dom.				SF _x X2	Tot al SF	∑ SF
Modalidade	Prof.	M	T	N1	N2		M	T	N1	N2			
II 22 idosos	Enf.	01	01	01	01	04=20	01	01	01	01	04=08	28	56

A construção do quadro dá-se da seguinte forma: Cada modalidade apresenta a assistência de Enfermeiro e de Técnico e/ou Auxiliar de enfermagem, e em cada quadrado na linha de Enfermeiro e de Técnico que representa um período de tempo de atividade profissional de enfermagem. Sendo assim teremos na modalidade II, 01 atividade de Técnico ou Auxiliar de Enfermagem no turno da manhã, 01 atividade de Técnico ou Auxiliar de Enfermagem no turno da tarde, 01 atividade de Técnico ou Auxiliar de Enfermagem no turno da Noite1 e 01 atividade de Técnico ou Auxiliar de Enfermagem no turno da Noite2 totalizando 24 horas de assistência em um dia, segundo a Portaria MPAS 73/2001 que estabelece 24 horas de Técnico ou Auxiliar de Enfermagem para 22 idosos de modalidade II.

Em relação ao Enfermeiro a Portaria MPAS 73/2001 determina somente 08 horas diárias para assistência do enfermeiro na modalidade II, estando em desacordo com a Lei 7498/86, razão da necessidade de associação destes dispositivos legais. Às 08 horas diárias só preencheriam o espelho semanal padrão nos períodos da M e da T, não sendo considerado o período noturno, quando também são desenvolvidas atividades de enfermagem. Por essa razão faz-se necessário adequar a portaria supracitada em consideração à Lei do exercício profissional da Enfermagem.³⁻¹⁵

Então em razão do descumprimento legal do exercício profissional, considera-se a atividade do Enfermeiro nos períodos da Noite 1 e Noite 2 de segunda a sexta-feira e nos sábados e domingos. Ao se preencher os quadrados referentes ao período de tempo de seis horas da manhã, tarde, noite 1 e 2, tanto para o Enfermeiro quanto para o Técnico ou Auxiliar de Enfermagem, faz-se o somatório de cada linha referente ao Enfermeiro e ao Técnico ou Auxiliar de Enfermagem totalizando 04 sítios funcionais de Enfermeiro e 04 sítios funcionais de Técnico e Auxiliar de Enfermagem multiplicando por 5 (cinco), representando os cinco dias de Segunda a Sexta-feira e o mesmo raciocínio para Sábado e Domingo multiplicando-se por 2 (dois), totalizando 20 sítios funcionais de Enfermeiro e 20 sítios funcionais de Técnico e Auxiliar de Enfermagem de segunda a sexta-feira e 08 sítios funcionais de Enfermeiro e 08 sítios funcionais de Técnico e Auxiliar de Enfermagem no Sábado e Domingo.

Quadro 5 – Demonstração da multiplicação dos sítios funcionais da modalidade II.

		De Seg. à Sexta				SFx X5	Sáb. e Dom.				SFxX2	Total at SF	Σ SF
Modalidade	Prof.	M	T	N1	N2		M	T	N1	N2			
II 22 idosos	Enf.	01	01	01	01	04=20	01	01	01	01	04=08	28	56
	Aux	01	01	01	01	04=20	01	01	01	01	04=08	28	

Então teremos na modalidade II um total de 28 sítios funcionais de Enfermeiro e 28 sítios funcionais de Técnico e Auxiliar de Enfermagem, sendo assim teremos um somatório dos sítios de Enfermeiro e Técnico de Enfermagem totalizando 56 sítios funcionais para determinarmos o número de horas de enfermagem nesta modalidade.

Este raciocínio se aplica também ao cuidado aos idosos de modalidade III. A portaria determina que para 20 idosos desta modalidade sejam necessárias 24 horas diárias de enfermeiros e 48 horas diárias de Auxiliares de Enfermagem para assistência de enfermagem. Ilustrando esta determinação no espelho semanal padrão, teríamos 01 atividade de enfermagem de enfermeiro por período de trabalho e 02 atividades de profissionais de Enfermagem de nível médio por período de trabalho nas 24 horas conforme demonstração abaixo.

Quadro 6 – Demonstração da multiplicação dos sítios funcionais da modalidade III.

		De Seg. à Sexta				SFx X5	Sáb. e Dom.				SFxX2	Total at SF	Σ SF
Modalidade	Prof.	M	T	N1	N2		M	T	N1	N2			
III 22 idosos	Enf.	01	01	01	01	04=20	01	01	01	01	04=08	28	84
	Aux	02	02	02	02	08=40	02	02	02	02	08=16	56	

Então teremos na modalidade III um total de 28 sítios funcionais de Enfermeiro e 56 sítios funcionais de Técnico e Auxiliar de Enfermagem, sendo assim teremos um somatório dos sítios de Enfermeiro e Técnico de Enfermagem totalizando 84 sítios funcionais para determinarmos o número de horas de enfermagem nesta modalidade.

A seguir propõe se um cálculo realizado a partir do quadro de espelho semanal padrão demonstrando a supervisão do enfermeiro nas 24 horas.

Quadro 7 - Cálculo dos Sítios Funcionais e determinação das horas de enfermagem.

Modalidade Assistencial	Total de Horas de Enfermagem/semana (THE/sem)	Total de Horas de Enfermagem/dia (HE/dia)	Horas de Enfermagem/idoso (HE/idoso)
Tipo de Modalidade	<u>Fórmula</u> THES=Total de SF(Σ) x Período de tempo	<u>Fórmula</u> HED=THES/dias da semana	<u>Fórmula</u> HE/idoso=HED/n ⁰ de idosos
II	THES = 56 x 6 THES = 336 h/semana	HED = 336 / 7 HED = 48h / dia	HE/idoso = 48 / 22 HE/idoso = 2,2 h/idoso
III	THES = 84 x 6 THES = 504 h/semana	HED = 504 / 7 HED = 72h / dia	HE/idoso = 72 / 20 HE/idoso = 3,6 h/idoso

Para se estabelecer o número de horas de enfermagem foi preciso e determinar o número de sítios funcionais de cada modalidade, sendo encontrados 56 sítios funcionais na modalidade II e 84 sítios funcionais na modalidade III.

Em seguida é necessário encontrar o total de horas de enfermagem por semana (THES) que é definido pela multiplicação do somatório de sítios funcionais de cada modalidade (Σ SF) pelo período de tempo das atividades de enfermagem (PT), sendo encontradas 336 horas por semana na modalidade II e 504 horas por semana na modalidade III.

Após determina-se o THES, faz-se necessário encontrar as horas de enfermagem por dia da semana (HED) que é definido pela divisão do total de horas de enfermagem por semana (THES) pelo número de dias da semana (07) dias, pois as atividades de enfermagem nas instituições de longa permanência para idosos são ininterruptas), sendo encontradas 48 horas por dia para modalidade II e 72 horas por dia para a modalidade III.

Encontraremos o número de horas de enfermagem por modalidade, dividindo as horas de enfermagem por dia de cada modalidade (HED) pelo número de idosos por modalidade estabelecida na Portaria 73/2001, ou seja, na modalidade II que são considerados 22 idosos, teremos 2,2 horas de enfermagem por idoso e na modalidade III que são considerados III 20 idosos teremos 3,6 horas de enfermagem por idoso.

THES – Total de Horas de Enfermagem por semana

HED – Horas de Enfermagem por dia;

HEP – Horas de Enfermagem por paciente.

SF – Sítio Funcional

THES = Total (Σ) de SF. x Período de tempo

THES Mod II = 56 x 6 = 336 h/semana

THES Mod III = 84 x 6 = 504 h/semana

HED = THES / dias da semana

HED = 336 / 7 = 48 horas/dia

HED = 504 / 7 = 72 horas/dia

HEP = HED / n^o de idosos

HEP = 48 / 22 = 2,18 = **2,2 horas de enfermagem / idoso**

HEP = 72 / 20 = **3,6 horas de enfermagem / idoso**

Estes novos números de horas a serem aplicados para cada idoso institucionalizado terminariam por classificar esta clientela em níveis abaixo dos cuidados mínimos, de acordo com a metodologia de cálculo utilizada para os leitos de internação. Porém, os usuários das ILPIs, apesar de necessitarem de cuidados específicos, não são considerados como população hospitalizada, pois quando se fazem necessários cuidados que demandam o uso de equipamentos específicos e de equipe especializada, o usuário em questão é transferido para uma unidade hospitalar.

A aplicação destes novos quantitativos horários poderiam determinar, por exemplo, a classificação de pacientes de cuidados diários de Enfermagem para a modalidade II (grau de dependência I e II), e de cuidados específicos de Enfermagem para a modalidade III (grau de dependência III). Dessa maneira, a classificação de pacientes de cuidados mínimos, intermediários, semi-intensivos e intensivos se restringiria aos ambientes hospitalares.

Desta forma, também admite-se a diminuição de ocorrências éticas durante o exercício, pois com a presença do enfermeiro garantimos o cumprimento da Lei 7498/86 e Resoluções COFEN, principalmente, ao que se refere ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – Resolução COFEN 311/2007.³⁵

A modalidade I não foi contemplada nesta metodologia, pois os idosos institucionalizados nesta modalidade são considerados pela legislação como independentes, não necessitando de cuidados de profissionais de enfermagem, porém na prática são evidenciados muitos idosos independentes portadores de doenças crônicas e que fazem uso frequentes de medicações, sendo estes apontados por estudos também como fatores

intrínsecos para queda de idosos nas ILPIs, sendo necessária a avaliação de enfermagem, pois queda é um indicador de enfermagem na assistência ao idoso institucionalizado.³⁶

O que se percebe nas fiscalizações realizadas em ILPIs, que existe uma classificação equivocada dos idosos institucionalizados, pois muitos são classificados como grau de dependência I mesmo não atendendo os requisitos postados nas legislações vigentes.

E ao considerar esta proposta ocorre a necessidade de analisar e se torna viável a proposição deste cálculo aos órgãos competentes, dado a realidade das Instituições de Longa Permanência para Idosos fiscalizadas considerando 2,2 horas de enfermagem para idosos grau de dependência I e II e 3,6 horas de enfermagem para idosos grau de dependência III.

4.2 - ANÁLISE DOS DADOS RETROSPECTIVOS

A amostra deste trabalho é composta por 80 instituições sendo distribuídas em 19 dos 92 municípios do Estado do Rio de Janeiro. Dessas instituições somente 02 (2,5%) são públicas, 17 (21,3%) são filantrópicas e a maioria, 61 (76,2%), são instituições privadas. Como pode ser visto na Tabela 1, o município com maior representação na amostra é a capital Rio de Janeiro, com 43,8% das instituições; seguido por São Gonçalo, com 21,3% das instituições pesquisadas; Niterói com 7,5% das instituições e Petrópolis com 6,3% das instituições da amostra. Os municípios de Itaboraí e Campos dos Goytacazes possuem 02 instituições na amostra e os municípios de Nova Friburgo, Rio Bonito, Paraíba do Sul, Teresópolis, Itaperuna, Natividade, São Fidelis, São João da Barra, Cabo Frio, Araruama, Magé, Duque de Caxias e Volta Redonda apenas com 01 instituição cada na amostra. Em todos os municípios a maioria das instituições é Privada ou Filantrópica e das instituições públicas três apenas, sendo 01 no Rio de Janeiro e 01 em Cabo Frio. O mapa da Figura 1 exibe a abrangência da pesquisa ao marcar os municípios do Estado do Rio de Janeiro com representação de instituições na amostra deste trabalho.

Tabela 1: Distribuição das instituições por município e por tipo.

Município	Global		Privada		Pública		Filantrópica	
	F	(%)	F	(%)	F	(%)	F	(%)
Rio de Janeiro	36	43,8	28	77,1	1	2,9	7	20
Niterói	6	7,5	6	100	0	0	0	0
São Gonçalo	17	21,3	17	100	0	0	0	0
Itaboraí	2	2,5	2	100	0	0	0	0
Nova Friburgo	1	1,3	0	0	0	0	1	100
Rio Bonito	1	1,3	1	100	0	0	0	0
Petrópolis	5	6,3	5	100	0	0	0	0
Paraíba do Sul	1	1,3	1	100	0	0	0	0
Teresópolis	1	1,3	0	0	0	0	1	100
Campos	2	2,5	1	50	0	0	1	50
Itaperuna	1	1,3	0	0	0	0	1	100
Natividade	1	1,3	0	0	0	0	1	100
São Fidelis	1	1,3	0	0	0	0	1	100
São João da Barra	1	1,3	0	0	0	0	1	100
Cabo Frio	1	1,3	0	0	1	100	0	0
Araruama	1	1,3	1	100	0	0	0	0

Continuação da Tabela 1.

Magé	1	1,3	0	0	0	0	1	100
Duque de Caxias	1	1,3	0	0	0	0	1	100
Volta Redonda	1	1,3	0	0	0	0	1	100
Global	80	100,0	61	76,2	2	2,5	17	21,3

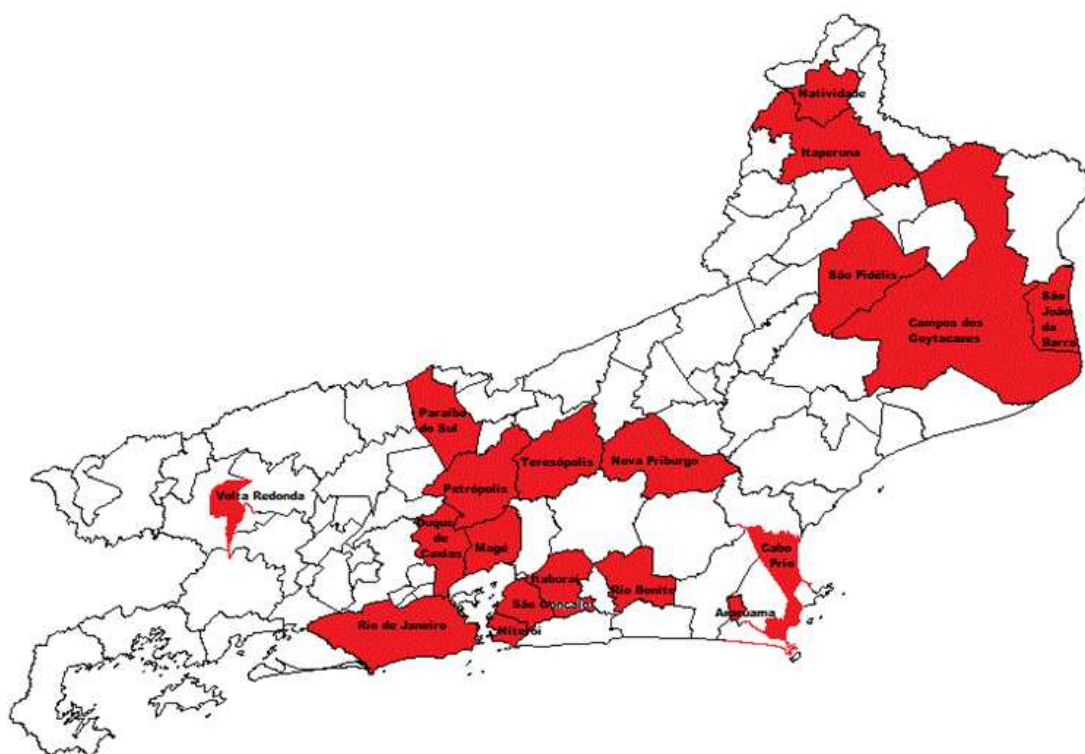


Figura 2: Municípios do Rio de Janeiro com representação na amostra.

O porte das instituições é bem variado, uma vez que se tem nesta amostra instituições de 8 a 300 leitos; com taxas de ocupação média de 91,5%, variando de 60% a 100%. O número de idosos na instituição variou de 6 a 300, com média de 48,1 idosos e desvio padrão 45,5 idosos, demonstrando o quanto é heterogênea a distribuição do número de idosos atendidos nestas instituições. A variabilidade pode ser vista no Box Plot da Figura 2. O Box plot mostra que há 06 instituições com número de idosos bem discrepantes das demais.

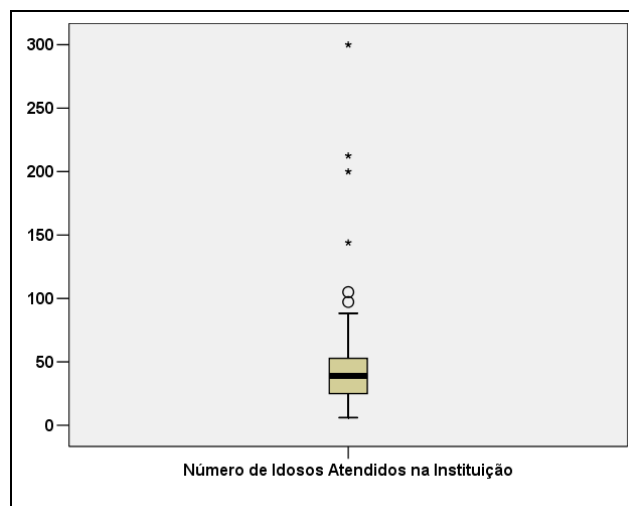


Figura 3: Representação do Números de idosos atendidos nas instituições.

A Tabela 2 traz a distribuição do número de inspeções nestas instituições. O número de inspeções variou de 1 a 8, com média de $2,3 \pm 1,7$ inspeções e 56,82% das instituições tinham pelo menos 02 inspeções. O coeficiente de variação é de 0,7, comprovando alta variabilidade na amostra no que se refere também ao número de inspeções. A média de inspeções das instituições do Rio de Janeiro foi $1,9 \pm 1,5$; A média em Niterói é de $2,0 \pm 0,9$ inspeções; em São Gonçalo a média é de $3,4 \pm 2,0$. Pelo teste de Kruskal Wallis há diferenças significativas entre os números de inspeções das instituições destes três municípios (p -valor=0,005). A análise post hoc acusa que nas instituições de São Gonçalo o número de inspeções é significativamente maior.

Tabela 2. Distribuição do numero de inspeções nas instituições.

Número de Inspeções	Frequência	Percentual
1	35	43,8
2	20	25,0
3	11	13,8
4	3	3,8
5	3	3,8
6	6	7,5
7	1	1,3
8	1	1,3
Total	80	100,0

A instauração do processo de fiscalização foi motivada tipicamente por ordem do Ministério Público em 26 instituições (32,5%); 22 dos processos foram motivados por demandas de CRT (27,5%); 19 processos foram abertos de forma eletiva (23,8%) e 13 processos foram instaurados por denúncia (16,3%). A Tabela 3 mostra estas frequências e a média e desvio padrão do numero de inspeções em cada subgrupo. O teste de Kruskal Wallis acusa diferença significativa entre o numero de inspeções das instituições inspecionadas por diferentes motivos (p-valor=0,040). O número de inspeções nas instituições visitadas por Denúncia ou Ministério Público é significativamente maior do que o número de inspeções das instituições visitadas eletivamente ou por CRT.

Tabela 3: Distribuição das instituições por motivo de inspeção.

Motivo da Inspeção	Frequência	Percentual	Média ± Desvio Padrão do Número de Inspeções
Denúncia	13	16,3	2,6±2,1
Ministério Público	26	32,5	3,0±2,0
Eletiva	19	23,8	1,8±1,3
CRT	22	27,5	1,7±1,1
Total	80	100	2,3±1,7

Das 35 instituições do Rio de Janeiro, 11 (31,4%) foram inspecionadas por denuncia; 01 por Ministério Público (2,9%), 07 visitas foram eletivas (20,0%) e 16 (45,5%) por CRT. Das 06 instituições de Niterói; 01 (16,7%) foi investigada por Denúncia, 01 (16,7%) por Ministério Público e 04 (66,7%) por demanda eletivas. Em São Gonçalo foram analisadas 16 instituições, onde 15 foram por Ministério Público (93,8%) e 01 (6,3%) por visita eletiva. Enfim nota-se que há um padrão característico: as instituições do Rio de Janeiro são mais tipicamente investigadas por CRT, as de Niterói são mais inspecionadas em visitas eletivas e as de São Gonçalo são tipicamente inspecionadas por ordem do Ministério Público. A distribuição conjunta de Município e motivo de inspeção pode ser visualizada na Tabela 4.

Tabela 4: Distribuição conjunta do Município e motivo de Inspeção das instituições.

Município	Denúncia		Ministério Público		Eletiva		CRT	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Rio de Janeiro	11	31,4	1	2,9	7	20,0	16	45,7
Niterói	1	16,7	1	16,7	4	66,7	0	0,0
São Gonçalo	0	0,0	16	94,1	1	5,9	0	0,0
Itaboraí	0	0,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0
Nova Friburgo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Rio Bonito	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0
Petrópolis	1	20,0	1	20,0	0	0,0	3	60,0
Paraíba do Sul	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0
Teresópolis	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0
Campos	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0
Itaperuna	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Natividade	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0
São Fidelis	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0
São João da Barra	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0
Cabo Frio	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0
Araruama	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Magé	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0
Duque de Caxias	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0
Volta Redonda	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0
Global	13	16,3	26	32,5	19	23,8	22	27,5

A proporção geral de ILPI's com Enfermeiro Responsável Técnico (RT) é de 92,5%. 100% das instituições denunciadas e inspecionadas por CRT possuíam enfermeiro RT. Nas visitas eletivas 89,5% das instituições tinham Enfermeiro RT e entre as instituições inspecionadas pelo Ministério Público a proporção de instituições com enfermeiro RT é de 84,6%. Das 06 instituições sem enfermeiro RT, 03 eram de São Gonçalo, 01 do Rio de Janeiro, 01 de Itaboraí e 01 de São João da Barra. As 03 ILPI's de São Gonçalo sem enfermeiro RT foram visitadas por ordem do Ministério Público, assim como a de São João da Barra. A instituição do Rio de Janeiro e a de Itaboraí que não tinham enfermeiro RT tiveram visitas Eletivas.

Somente 06 instituições (7,5%) não tinham enfermeiro RT, mas a maioria das instituições (57,5%) não possuía CRT. Dentre as 74 instituições que tinham enfermeiro RT, somente 34 delas (45,9%) possuíam CRT. A Tabela 5 a seguir traz a distribuição de algumas frequências por Motivo de Inspeção. A presença de profissionais de enfermagem foi verificada em quase todas as instituições (97,5%). Somente em 02 instituições de São

Gonçalo, investigadas por ordem do ministério Público não foi identificada a presença de profissionais de Enfermagem.

No global, 66,2% das Instituições (53 instituições) tinham cuidadores de idosos; e em somente uma instituição os cuidadores estavam na escala de enfermagem. A presença de Enfermeiro nas 24 horas só ocorria em 03 instituições (3,7% do total de casos).

Tabela 5: Distribuição de algumas frequências por Motivo de Inspeção.

Item analisado	Grupo	Denúncia (%) N=13	Ministério Público (%) N=26	Eletiva (%) N=19	CRT (%) N=22	Total (%) N=80
Possui Enfermeiro RT	Global	13 (100)	22 (84,6)	17 (89,5)	22 (100)	74 (92,5)
Foi Identificada Presença de Profissional de Enfermagem	Global	13 (100)	24 (92,3)	19 (100)	22 (100)	78 (97,5)
	Não Possui Enfermeiro RT	-	2 (7,7)	2 (10,5)	-	4 (5,0)
	Possui Enfermeiro RT	13 (100)	22 (84,6)	17 (89,5)	22 (100)	74 (92,5)
Existe cuidadores de Idosos	Global	8 (61,5)	20 (76,9)	13 (68,4)	12 (54,5)	53 (66,2)
	Não Possui Enfermeiro RT	-	3 (11,5)	2 (10,5)	-	5 (6,3)
	Possui Enfermeiro RT	8 (61,5)	17 (65,4)	11 (57,9)	12 (54,5)	48 (60,0)
Possui enfermeiro 24 horas	Possui Enfermeiro RT	1 (7,7)	1 (3,8)	1 (5,3)	0 (0,0)	3 (3,7)

A Tabela 6 traz as médias do número de profissionais e numero de leitos ocupados entre as instituições que têm o enfermeiro RT e as que não têm. As 80 instituições tem, em média, 1,2 enfermeiros; 6,7 técnicos de enfermagem e 2,3 auxiliares de enfermagem. Considerando no cálculo da média somente para as instituições que tem enfermeiro RT, a média é de 1,3 enfermeiros; 7,1 técnicos de enfermagem e 2,4 auxiliares de enfermagem. Considerando no cálculo da média somente para as instituições que não tem enfermeiro RT, a média é de 0,0 enfermeiros; 1,1 técnicos de enfermagem e 0,2 auxiliares de enfermagem. Pelo teste de Kruskal Wallis há diferença significativa no que se refere ao número de enfermeiros

(p-valor=0,000), número de técnicos de enfermagem (p-valor=0,000), número de auxiliares de enfermagem (p-valor=0,0118) das instituições que têm e que não tem o enfermeiro RT. Comparando o número de enfermeiros, número de técnicos de enfermagem, número de auxiliares de enfermagem por motivo de inspeção os p-valores são 0,864, 0,264, 0,142. Conclui-se que, em termos medianos, não há diferença significativa entre o número de técnicos de enfermagem, número de auxiliares de enfermagem de instituições visitadas por motivos distintos.

Tabela 6: Médias do número de profissionais, entre as instituições que tem o enfermeiro RT e as que não tem, por motivo de inspeção.

Item analisado	Grupo	Total (%)	Denúncia (%)	Ministério Público (%)	Eletiva (%)	CRT (%)
		N=80	N=13	N=26	N=19	N=22
Média da Quantidade de Enfermeiros	Global	1,2	1,5	1,2	1,3	1,0
	Não Possui Enfermeiro RT	0,0		0,0	0,0	
	Possui Enfermeiro RT	1,3	1,5	1,4	1,5	1,0
Média da Quantidade de Técnicos de Enfermagem	Global	6,7	6,3	5,7	9,1	5,9
	Não Possui Enfermeiro RT	1,0		0,8	1,5	
	Possui Enfermeiro RT	7,1	6,3	6,6	10,0	5,9
Média da Quantidade de Auxiliares de Enfermagem	Global	2,3	5,5	1,2	1,6	2,3
	Não Possui Enfermeiro RT	0,2		0,0	0,5	
	Possui Enfermeiro RT	2,4	5,5	1,4	1,7	2,3
Média do Número de Leitos Ocupados	Global	48,1	57,8	43,0	48,5	48,0
	Não Possui Enfermeiro RT	17,2		22,3	7,0	
	Possui Enfermeiro RT	50,6	57,8	46,8	53,4	48,0

A Tabela 7 traz as taxas médias do número de profissionais para cada 10 leitos, entre as instituições que tem o enfermeiro RT e as que não têm. As taxas revelam que os desamparados da assistência de enfermagem ficam os idosos nestas instituições. As taxas, em geral, são ainda menores nas instituições que não possuem enfermeiros RT. Ao comparar as taxas das instituições que tem ou não tem enfermeiro RT, conclui-se pelo teste de Kruskal Wallis que não há diferença significativa entre as Técnico por cada 10 Leitos (p-valor=0,176); Auxiliar por cada 10 Leitos (p-valor=0,3144) e Total de Profissionais por cada 10 Leitos (p-valor=0,08). Entre as instituições que tem ou não tem enfermeiro RT é significativa apenas a diferença entre o número de enfermeiros por leito (p-valor=0,000).

Pelo teste de Kruskal Wallis não há diferença significativa no que se refere ao número de enfermeiros por leito (p-valor=0,823), número de técnicos de enfermagem por leito (p-valor=0,497), número de auxiliares de enfermagem por leito (p-valor=0,254), e total de profissionais por leito (p-valor=0,724) das instituições inspecionadas por diferentes motivos.

Tabela 7. Taxas médias do número de profissionais por cada 10 leitos ocupados, global e por motivo de inspeção.

Motivo Da Inspeção	Item Avaliado	Taxa Média		
		Possui Enfermeiro RT		Total
		Não	Sim	
Denúncia	Enfermeiro por cada 10 Leitos		0,32	0,32
	Técnico por cada 10 Leitos		1,43	1,43
	Auxiliar por cada 10 Leitos		0,38	0,38
	Total de Profissionais por cada 10 Leitos		2,13	2,13
Ministério Público	Enfermeiro por cada 10 Leitos	0,00	0,43	0,37
	Técnico por cada 10 Leitos	0,36	1,74	1,53
	Auxiliar por cada 10 Leitos	0,00	0,27	0,23
	Total de Profissionais por cada 10 Leitos	0,36	2,45	2,13

Continuação da Tabela 7.

Eletiva	Enfermeiro por cada 10 Leitos	0,00	0,35	0,31
	Técnico por cada 10 Leitos	2,08	1,64	1,68
	Auxiliar por cada 10 Leitos	0,83	0,18	0,25
	Total de Profissionais por cada 10 Leitos	2,91	2,17	2,24
CRT	Enfermeiro por cada 10 Leitos		0,27	0,27
	Técnico por cada 10 Leitos		1,32	1,32
	Auxiliar por cada 10 Leitos		0,43	0,43
	Total de Profissionais por cada 10 Leitos		2,02	2,02
Global	Enfermeiro por cada 10 Leitos	0,00	0,35	0,32
	Técnico por cada 10 Leitos	0,93	1,54	1,49
	Auxiliar por cada 10 Leitos	0,28	0,32	0,31
	Total de Profissionais por cada 10 Leitos	1,21	2,20	2,13

A Tabela 8 traz as análises quantitativas das instituições, por município. Comparando as médias dos municípios Rio de Janeiro, São Gonçalo e Niterói. As instituições de Niterói e São Gonçalo que tem enfermeiro RT apresentam as maiores taxas de total de profissionais por cada 10 leitos, mas não há diferença significativa das instituições inspecionadas nos municípios de Rio de Janeiro, Niterói e São Gonçalo no que se refere ao total de profissionais por leito (p-valor=0,432) nem ao número de enfermeiros na instituição (p-valor=0,705), número de auxiliares de enfermagem (p-valor=0,602).

A Tabela 9 traz a análise quantitativa das instituições, por município da taxa média do número de enfermeiros por leito (p-valor=0,208), número de técnicos de enfermeiros por leito (p-valor=0,297) e número de auxiliares de enfermagem por leito (p-valor=0,530). Entre estes municípios há diferença significativa entre o número de idosos atendidos (p-valor=0,012) e a quantidade de técnicos de enfermagem nas instituições (0,040).

Tabela 8: Médias do número de profissionais, entre as instituições que tem o enfermeiro RT e as que não tem, por município.

Município	Tem enfermeiro RT	Média de Enfermeiros	Média de Técnicos de Enfermagem	Média de Auxiliares de Enfermagem	Média do Numero de Idosos
Rio de Janeiro	Não possui Enfermeiro RT	0,0	2,0	0,0	8,0
	Possui Enfermeiro RT	1,5	8,8	4,0	58,4
	Total	1,4	8,6	3,9	57,0
Niterói	Possui Enfermeiro RT	1,0	8,2	1,2	38,0
São Gonçalo	Não possui Enfermeiro RT	0,0	0,3	0,0	14,7
	Possui Enfermeiro RT	1,5	6,0	1,4	40,8
	Total	1,2	5,0	1,2	36,2
Itaboraí	Não possui Enfermeiro RT	0,0	1,0	1,0	6,0
	Possui Enfermeiro RT	1,0	4,0	0,0	32,0
	Total	0,5	2,5	0,5	19,0
Nova Friburgo	Possui Enfermeiro RT	1,0	0,0	4,0	51,6
Rio Bonito	Possui Enfermeiro RT	1,0	5,0	0,0	70,0
Petrópolis	Possui Enfermeiro RT	1,0	4,4	0,8	39,5
Paraíba do Sul	Possui Enfermeiro RT	1,0	0,0	4,0	37,0
Teresópolis	Possui Enfermeiro RT	1,0	4,0	0,0	47,0
Campos	Possui Enfermeiro RT	2,0	8,5	1,0	77,0
Itaperuna	Possui Enfermeiro RT	1,0	4,0	0,0	60,5
Natividade	Possui Enfermeiro RT	1,0	0,0	0,0	37,0
São Fidelis	Possui Enfermeiro RT	1,0	2,0	0,0	21,0
São João da Barra	Não possui Enfermeiro RT	0,0	2,0	0,0	45,0
Cabo Frio	Possui Enfermeiro RT	1,0	6,0	0,0	40,0

Continuação da Tabela 8.

Araruama	Possui Enfermeiro RT	1,0	5,0	0,0	25,0
Magé	Possui Enfermeiro RT	1,0	5,0	1,0	42,0
Duque de Caxias	Possui Enfermeiro RT	1,0	4,0	2,0	40,0
Volta Redonda	Possui Enfermeiro RT	1,0	18,0	1,0	105,0

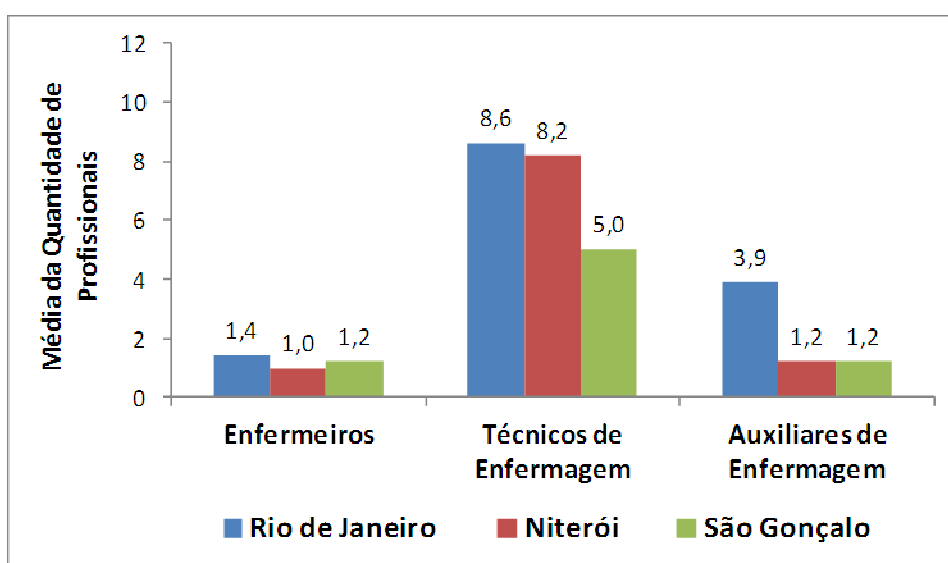


Figura 4: Média da Quantidade de Profissionais nas Instituições do Rio de Janeiro, Niterói e São Gonçalo.

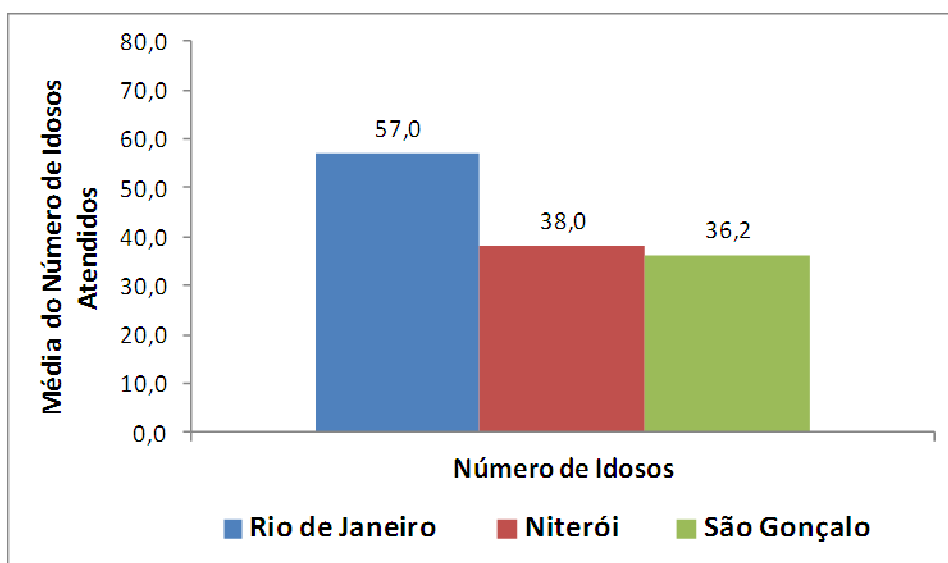


Figura 5: Média do Número de Idosos Atendidos nas Instituições do Rio de Janeiro, Niterói e São Gonçalo.

Tabela 9: Taxas médias do número de profissionais por cada 10 leitos, por município.

Município	Tem enfermeiro RT	Média de Enfermeiros Por 10 leitos	Média de Técnicos por 10 leitos	Média de Auxiliares de Enfermagem por 10 leitos	Média do Total de Profissionais de Enfermagem por 10 leitos
Rio de Janeiro	Não possui Enfermeiro RT	0,0	2,5	0,0	2,5
	Possui Enfermeiro RT	0,3	1,5	0,4	2,3
	Total	0,3	1,6	0,4	2,3
Niterói	Possui Enfermeiro RT	0,3	2,2	0,4	2,9
São Gonçalo	Não possui Enfermeiro RT	0,0	0,3	0,0	0,3
	Possui Enfermeiro RT	0,6	2,1	0,2	2,9
	Total	0,5	1,8	0,2	2,5
Itaboraí	Não possui Enfermeiro RT	0,0	1,7	1,7	3,3
	Possui Enfermeiro RT	0,3	1,3	0,0	1,6
	Total	0,2	1,5	0,8	2,4
Nova Friburgo	Possui Enfermeiro RT	0,2	0,0	0,8	1,0
Rio Bonito	Possui Enfermeiro RT	0,1	0,7	0,0	0,9
Petrópolis	Possui Enfermeiro RT	0,3	1,0	0,2	1,5
Paraíba do Sul	Possui Enfermeiro RT	0,3	0,0	1,1	1,4
Teresópolis	Possui Enfermeiro RT	0,2	0,9	0,0	1,1
Campos	Possui Enfermeiro RT	0,3	1,1	0,1	1,5
Itaperuna	Possui Enfermeiro RT	0,2	0,7	0,0	0,8
Natividade	Possui Enfermeiro RT	0,3	0,0	0,0	0,3
São Fidelis	Possui Enfermeiro RT	0,5	1,0	0,0	1,4

Continuação da Tabela 9.

São João da Barra	Não possui Enfermeiro RT	0,0	0,4	0,0	0,4
Cabo Frio	Possui Enfermeiro RT	0,3	1,5	0,0	1,8
Araruama	Possui Enfermeiro RT	0,4	2,0	0,0	2,4
Magé	Possui Enfermeiro RT	0,2	1,2	0,2	1,7
Duque de Caxias	Possui Enfermeiro RT	0,3	1,0	0,5	1,8
Volta Redonda	Possui Enfermeiro RT	0,1	1,7	0,1	1,9

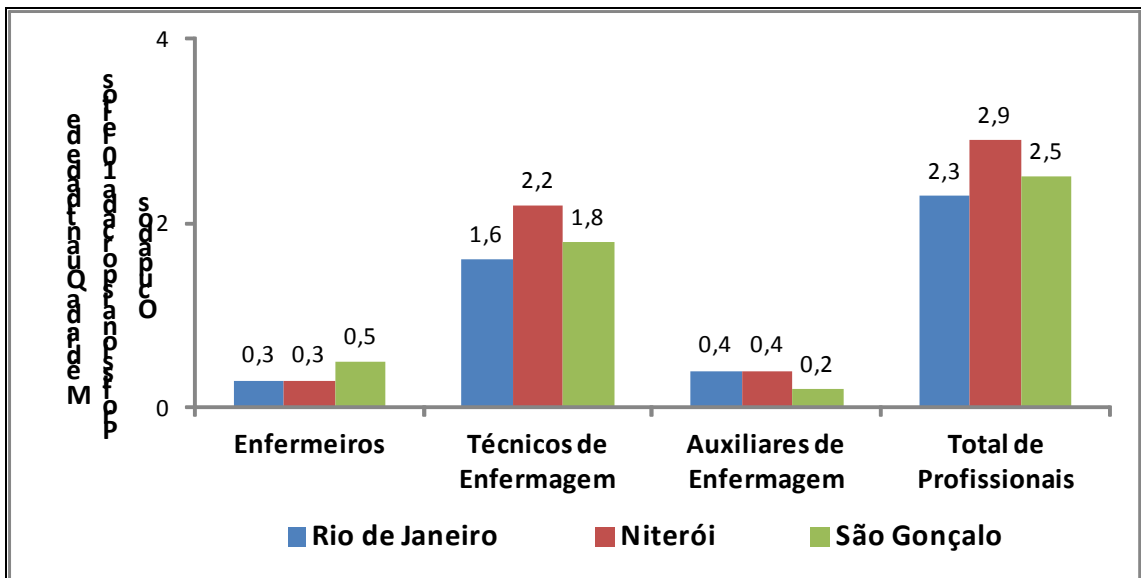


Figura 6: Média da Quantidade de Profissionais por cada 10 leitos nas Instituições do Rio de Janeiro, Niterói e São Gonçalo.

A Tabela 10 traz a distribuição conjunta sobre a existência de classificação pela instituição dos idosos e a classificação pela fiscalização. A fiscalização classificou 92,5% das instituições, 60,6% das instituições se classificaram, e somente 58,8% das instituições têm classificação pela instituição e pela fiscalização.

Tabela 10: Distribuição conjunta da classificação pela instituição dos idosos e a classificação pela fiscalização.

Classificação pela instituição dos idosos	Classificação pela fiscalização no relatório dos idosos		Global
	Não	Sim	
Não %	5 6,3	27 33,8	32 40,0
Sim %	1 1,3	47 58,8	48 60,0
Global (%)	6 7,5	74 92,5	80 100

A Tabela 11 traz a distribuição conjunta da base de classificação pela instituição dos idosos e a classificação pela fiscalização. Somente 26,3% das instituições são classificadas pela portaria 73 pela instituição e pela fiscalização.

Tabela 11: Distribuição conjunta da classificação pela instituição dos idosos e a classificação pela fiscalização.

Classificação adotada pela instituição	Classificação adotada pela fiscalização			Global
	Portaria 73	Resolução 293	Nenhuma	
Portaria 73	21 26,3	21 26,3	0 0	42 52,5
Outra	0 0,0	6 7,5	0 0	6 7,5
Nenhuma	8 10,0	19 23,8	5 6,3	32 40,0
Global	29 36,3	46 57,5	5 6,3	80 100

A Tabela 12 traz a distribuição conjunta do calculo de dimensionamento pela instituição dos idosos e pela fiscalização. Somente 2,5% das instituições tem-se o calculo do dimensionamento de pessoal feito pela instituição e a fiscalização realizou o cálculo feito em 85,0% das instituições. Como mostra a Tabela 13, a Fiscalização faz este dimensionamento baseando-se na resolução 293 e a instituição somente uma das duas instituições que ocorreu o calculo de dimensionamento foi realizado com base na Resolução 293, e a outra com base na Portaria 73.

Tabela 12: Distribuição conjunta do calculo de dimensionamento pela instituição dos idosos e pela fiscalização.

Tem Cálculo de dimensionamento de pessoal pela instituição?	Tem Cálculo de dimensionamento de pessoal pela fiscalização		Global
	Não	Sim	
Não %	12 15,0	66 82,5	78 97,5
Sim %	0 0	2 2,5	2 2,5
Global	12 15,0	68 85,0	80 100,0

Tabela 13: Distribuição conjunta da legislação usada pela instituição dos idosos e pela fiscalização no dimensionamento de pessoal.

Classificação adotada pela instituição	Classificação adotada pela Fiscalização		
	Resolução 293	Nenhuma	Global
Portaria 73	1 1,3	0 0,0	1 1,3
Resolução 293	1 1,3	0 0,0	1 1,3
Nenhuma	66 82,5	12 15,0	78 97,5
Global	68 85,0	12 15,0	80 100

A Tabela 14 traz a distribuição conjunta da escala e jornada de enfermagem. 74,4% das instituições possuem escala de enfermagem. Entre as que não possuem escala de enfermagem a jornada mais comum é a de 44 horas e escala 12X36h. Entre as que possuem escala de enfermagem, a jornada mais comum é a de 40 horas com escala de revezamento 12X36h. No geral, a Jornada de trabalho de 40 horas é a mais típica, presente em 55,2% das instituições e a escala de revezamento mais frequente é a 12X36h, adotada por 78,8% das instituições.

Tabela 14: Distribuição conjunta da Jornada e escala de enfermagem.

Apresenta escala de profissionais de enfermagem?	Qual a jornada de trabalho?	Qual a escala de revezamento?	Frequência	Frequência Percentual (%)
Não	40 h	12x36h	5	6,3
	44 h	12x36h	9	11,3
		24x48h	1	1,3
Outra	Outra	3	3,8	
Sim	30	12x36h	1	1,3
		12x60h	1	1,3
		Outra	1	1,3
	40	12x36h	37	46,3
		24x48h	1	1,3
		24x72h	1	1,3
	44	12x36h	11	13,8
		24x48h	6	7,5
		24x72h	2	2,5
		Outra	1	1,3

O dimensionamento pessoal previsto pela Resolução COFEN 293/2004 cumpre a Lei para todas as instituições, mas prevê números de profissionais (enfermeiros e Técnicos de enfermagem+Auxiliares de enfermagem) significativamente maiores (p-valor=0000 do teste de Wilcoxon), mas muito superior àqueles encontrado atualmente nas instituições, como mostram as médias e medianas exibidas nas Tabelas 15 e 16 a seguir. Isso qualifica o dimensionamento pessoal previsto pela Resolução COFEN 293/2004 como eficiente, mas utópico e impraticável; uma vez que as instituições teriam que aumentar em média 1348% o seu número de enfermeiros e em média 420% o seu número de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

O dimensionamento de pessoal de enfermagem previsto pela Portaria MPAS 73/2001 prevê números significativamente menores que aqueles previstos pela Resolução COFEN 293/2004 (p-valores=0,000 dos testes de Wilcoxon) e significativamente maiores que aqueles encontrados atualmente nas instituições (p-valor=0,000); surtindo um melhoramento nas

condições atuais, mas este dimensionamento ainda deixaria a desejar, pois cumpre a lei do exercício profissional de enfermagem em apenas 37,5% dos casos.

A proposta desta dissertação é fornecer um instrumento que faz o dimensionamento de pessoal de enfermagem mais apropriado do que a Portaria 73 e a Resolução COFEN 293. A proposta cumpre a Lei em todos os casos (sendo assim superior à Portaria 73) e com números significativamente menores de profissionais do que aqueles previstos pela Resolução COFEN 293 (p -valores=0,000 dos testes de Wilcoxon), sendo assim superior à Resolução 293 por ser mais praticável e possível de ser executado sem lesar os requisitos previstos pela lei do exercício profissional de enfermagem. As Figuras 6 ilustra a diferença entre os números médios atuais e o número proposto pela Resolução COFEN 293/2004. A Figura 7 ilustra a diferença entre os números médios atuais e o número proposto pela Portaria 73 e a Figura 8 ilustra a diferença entre os números atuais e o número proposto pela nova proposta.

Tabela 15: Dimensionamento da Quantidade de Enfermeiros nas Instituições.

Quantidade de Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio Padrão	C.V	Aumento Percentual Médio Previsto	p-valor Teste de Friedman
Atual	1,2	1,0	1,1	0,9	-	0,000
Segundo a Resolução 293	18,1	13	18,4	1,0	1348%	
Segundo a Portaria 73	4,2	2	5,2	1,2	224%	
Segundo a Nova Proposta	8,6	6	8,1	0,9	580%	

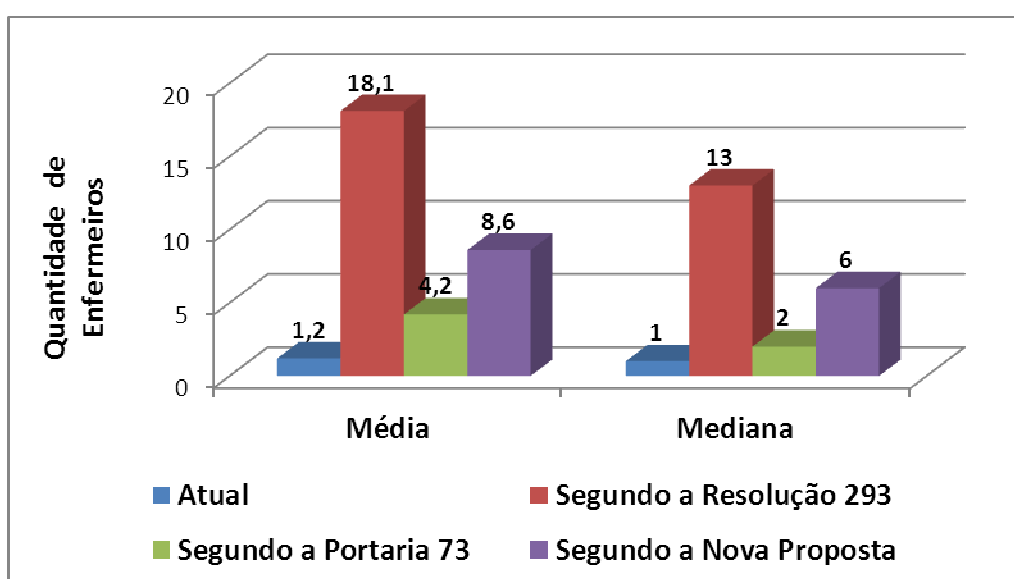


Figura 7: Dimensionamento da Quantidade de Enfermeiros nas Instituições.

Tabela 16: Dimensionamento da Quantidade de Técnicos e Auxiliares de enfermagem nas Instituições.

Quantidade de Téc. e Auxiliares	Média	Mediana	Desvio Padrão	C.V	Aumento Percentual Médio Previsto	p-valor Teste de Friedman
Atual	8,9	5,0	13,9	1,6	-	0,000
Segundo a Resolução 293	36,4	26	37,4	1,0	420%	
Segundo a Portaria 73	12,0	8	13,0	1,1	73%	
Segundo a Nova Proposta	16,1	12	17,2	1,1	122%	

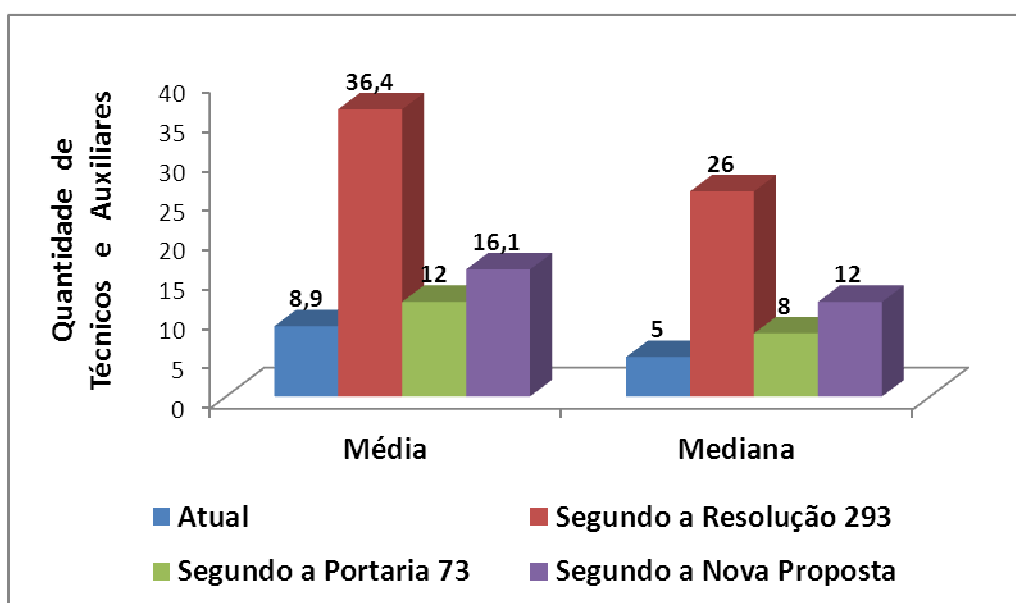


Figura 8: Dimensionamento da Quantidade de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem nas Instituições.

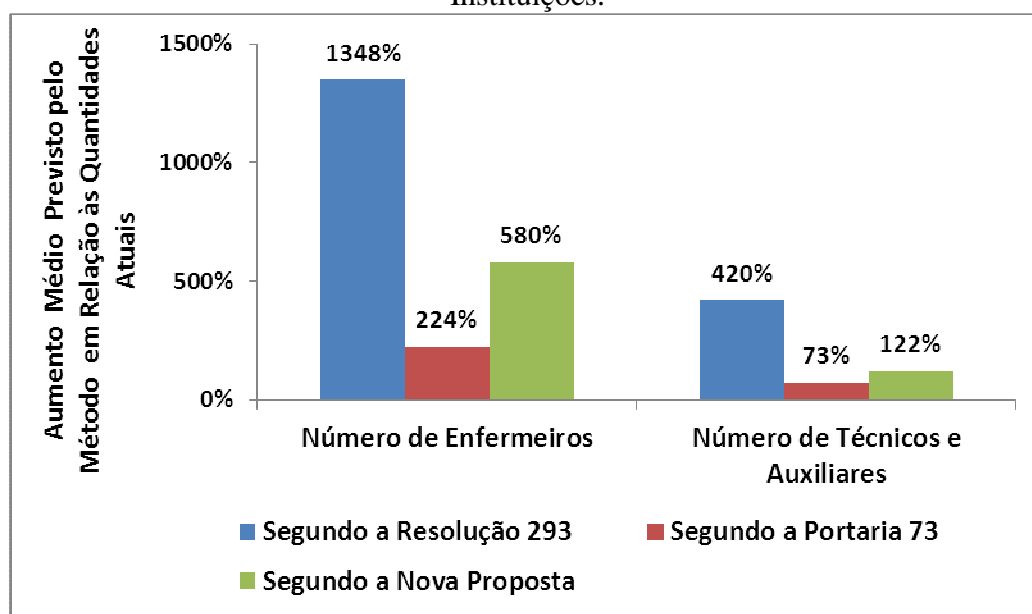


Figura 9: Aumento Médio Previsto pela Resolução 293, Portaria 73 e Nova Proposta nas Quantidades atuais de enfermeiros e Técnicos e Auxiliares das Instituições.

A Tabela 17 mostra como ficariam as Taxas de Enfermeiros para cada 10 leitos se os parâmetros da Resolução COFEN 293/2004, da Portaria MPAS 73 e da Nova Proposta fossem cumpridos nas instituições. A Figura 9 ilustra bem como seria os melhoramentos nestes índices, promovidos por estes instrumentos de dimensionamento.

Tabela 17: Taxas de Enfermeiro por cada 10 leitos.

Taxa de Enfermeiros por Cada 10 leitos Ocupados	Média	Mediana	Desvio Padrão	C.V	p-valor Teste de Friedman
Atual	0,32	0,26	0,23	0,71	0,000
Segundo a Resolução 293	3,75	3,36	0,85	0,23	
Segundo a Portaria 73	0,83	0,63	0,43	0,52	
Segundo a Nova Proposta	2,04	1,68	0,98	0,48	

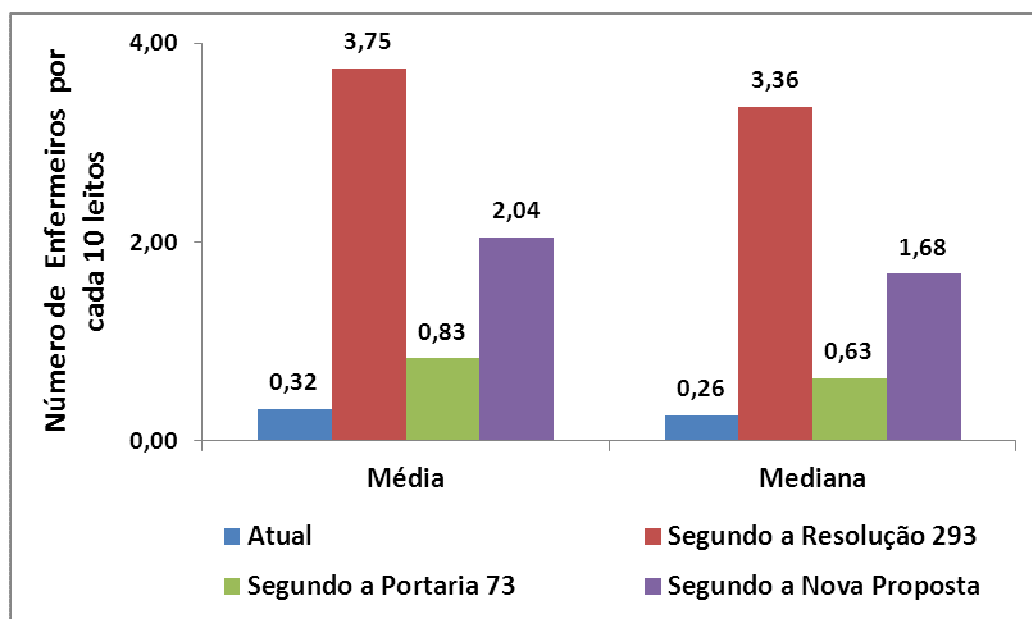


Figura 10: Número de Enfermeiros por cada 10 leitos.

A Tabela 18 mostra como ficariam as Taxas de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem para cada 10 leitos se os parâmetros da Resolução COFEN 293/2004, da Portaria MPAS 73 e da Nova Proposta fossem cumpridos nas instituições. A Figura 10 ilustra bem como seria os melhoramentos nestes índices, promovidos por estes instrumentos de dimensionamento.

Tabela 18: Taxas de Técnico e Auxiliar de enfermagem por cada 10 leitos.

Quantidade de Técnicos e Auxiliares	Média	Mediana	Desvio Padrão	C.V	p-valor Teste de Friedman
Atual	1,81	1,52	1,15	0,64	0,000
Segundo a Resolução 293	7,45	6,87	1,74	0,23	
Segundo a Portaria 73	2,58	2,36	0,99	0,38	
Segundo a Nova Proposta	3,07	3,09	1,05	0,34	

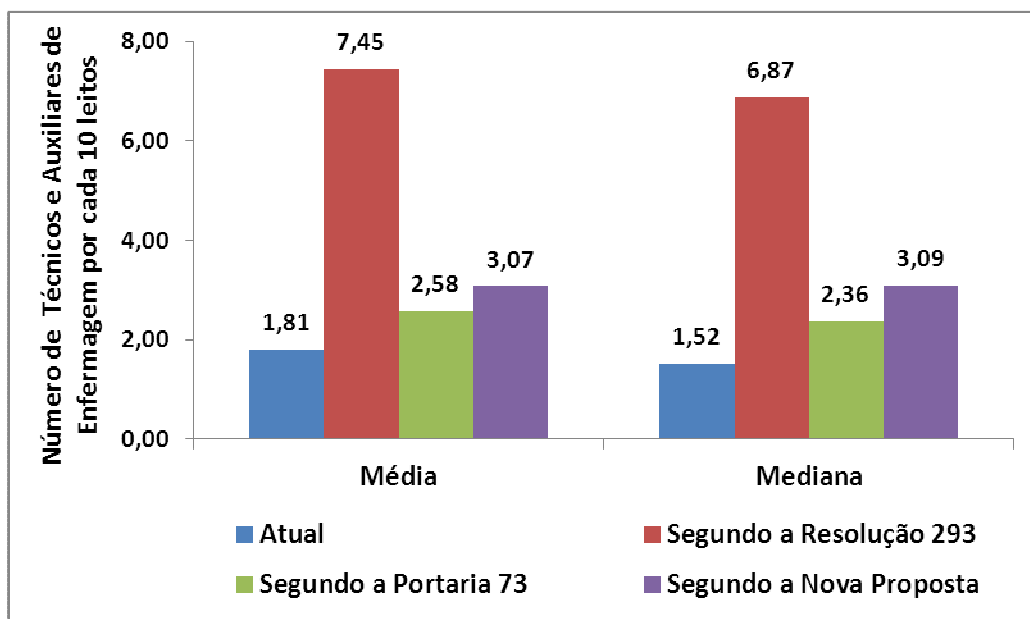


Figura 11: Número de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem por cada 10 leitos.

A Tabela 19 mostra como ficariam as Taxas de Profissionais de Enfermagem para cada 10 leitos se os parâmetros da Resolução COFEN 293/2004, da Portaria MPAS 73 e da Nova Proposta fossem cumpridos nas instituições. A Figura 11 ilustra bem como seria os melhoramentos nestes índices, promovidos por estes instrumentos de dimensionamento.

Tabela 19: Taxas de Total de Profissionais de Enfermagem por cada 10 leitos.

Quantidade de Enfermeiros	Média	Mediana	Desvio Padrão	C.V	p-valor Teste de Friedman
Atual	2,13	1,85	1,27	0,60	0,000
Segundo a Resolução 293	11,19	10,33	2,55	0,23	
Segundo a Portaria 73	3,41	3,13	1,35	0,40	
Segundo a Nova Proposta	5,12	4,84	0,93	0,18	

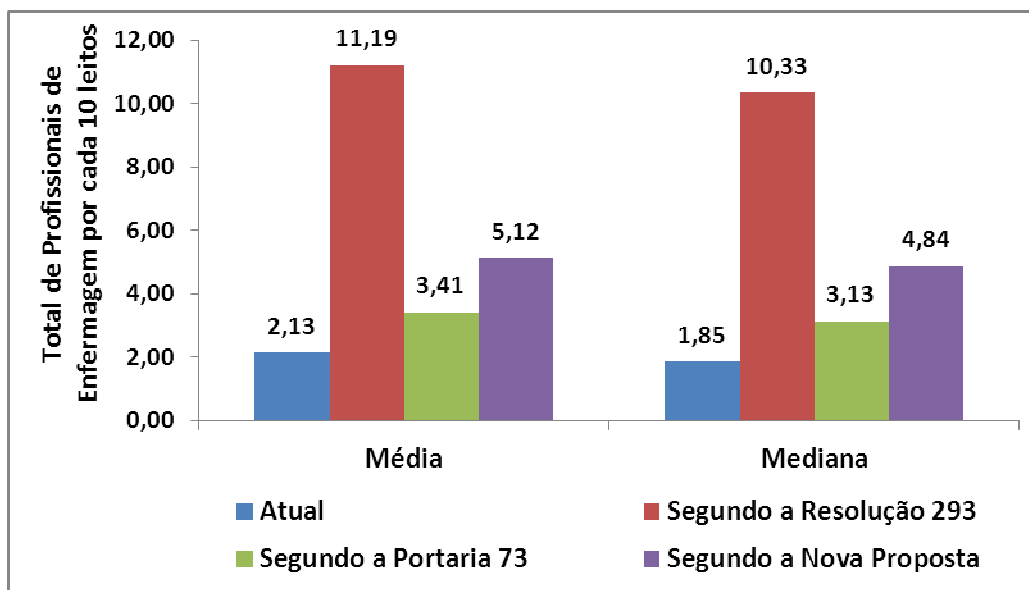


Figura 12: Total de Profissionais de Enfermagem por cada 10 leitos.

4.3 –PRODUTO - PROPOSIÇÃO LEGAL DO CÁLCULO DE DIMENSIONAMENTO AO SISTEMA COFEN

Resolução COFEN xxxxx/2016

Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais nas Instituições de Longa Permanência para idosos.

O Conselho Federal de Enfermagem – COFEN no uso de suas atribuições legais e regimentais;

CONSIDERANDO o artigo 8º, incisos IV, V e XIII; artigo 15, inciso II, III, IV, VIII e XIV, da Lei nº 5.905/73;

CONSIDERANDO a Lei 7498 de 25 de junho de 1986, e o Decreto nº 94406 de 08 de junho de 1987 que a regulamenta;

CONSIDERANDO os parâmetros estabelecidos na Portaria MPAS 73 de 10 de setembro de 2001, nas modalidades assistenciais e o dimensionamento proposto por esta normativa;

CONSIDERANDO o item 3.4 do Anexo da Resolução RDC ANVISA 283 de 26 de setembro de 2005, que trata do grau de dependência dos idosos;

CONSIDERANDO a metodologia de cálculo estabelecida pela Resolução COFEN 293/2004;

CONSIDERANDO que, para garantir a segurança e a qualidade da assistência ao idoso, o quadro de profissionais de Enfermagem, pela continuidade ininterrupta e a diversidade de atuação depende, para seu dimensionamento, de parâmetros específicos;

CONSIDERANDO que compete ao Enfermeiro estabelecer o quadro quantitativo de profissionais, necessário para a prestação da Assistência de Enfermagem;

RESOLVE:

Art. 1º - Estabelecer, na forma desta Resolução e de seu anexo I, os parâmetros para dimensionar o quantitativo mínimo dos diferentes níveis de formação dos profissionais de Enfermagem para a cobertura assistencial nas instituições de longa permanência para idosos.

§ 1º - Instituições de longa permanência para idosos são instituições não governamentais e governamentais, de caráter residencial, destinadas ao domicílio coletivo de

pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania.

§ 2º - Os referidos parâmetros representam normas técnicas mínimas, constituindo-se em referências para orientar os gestores e gerentes das instituições de longa permanência para idosos no planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas;

Art. 2º - O dimensionamento e a adequação quantiqualitativa do quadro de profissionais de Enfermagem devem basear-se em características relativas:

I - ao serviço de Enfermagem: - Fundamentação legal do exercício profissional (Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/87); - Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Resoluções COFEN e Decisões dos CORENS; - Aspectos técnico-administrativos: dinâmica de funcionamento das instituições de longa permanência nos diferentes turnos; modelo gerencial; modelo assistencial; métodos de trabalho; jornada de trabalho; carga horária semanal; padrões de desempenho dos profissionais; índice de segurança técnica (IST); taxa de absenteísmo (TA) e taxa ausência de benefícios (TB) da unidade assistencial; proporção de profissionais de Enfermagem de nível superior e de nível médio, e indicadores de avaliação da qualidade da assistência.

II - à clientela: sistema de classificação de pacientes (SCP), respeitando o grau de dependência dos idosos definidos no item 3.4 da RDC ANVISA 283/2005.

Art. 3º - O referencial mínimo para o quadro de profissionais de Enfermagem, incluindo todos os elementos que compõem a equipe, referido no Art. 2º da Lei nº 7.498/86, para as 24 horas de cada Instituição de Longa Permanência para Idoso, considera o SCP (grau de dependência), as horas de assistência de Enfermagem, os turnos e a proporção funcionário/leito.

Art. 4º- Para efeito de cálculo, devem ser consideradas como horas de Enfermagem, por leito, nas 24 horas:

- 2,2 horas de Enfermagem, por idoso classificados como grau de dependência I e II
- 3,6 horas de Enfermagem, por idoso classificado como grau de dependência III.

§ 1º - Tais quantitativos devem adequar-se aos elementos contidos no Art. 2º desta Resolução.

§ 2º - O quantitativo de profissionais estabelecido deverá ser acrescido de um índice de segurança técnica (IST) não inferior a 15% do total.

§ 3º - Para efeito de cálculo deverá ser observada a cláusula contratual quanto à carga horária.

Art. 5º - A distribuição percentual do total de profissionais de Enfermagem deve observar as seguintes proporções:

1 - Para assistência nas instituições de longa permanência para idosos deve se considerar: 33 a 37% são Enfermeiros (mínimo de quatro) e os demais, Auxiliares e/ ou Técnicos de Enfermagem

Art. 6º - Deve ser garantida a autonomia do enfermeiro nas unidades assistenciais, para dimensionar e gerenciar o quadro de profissionais de enfermagem.

§1º - O responsável técnico de enfermagem da instituição de saúde deve gerenciar os indicadores de performance do pessoal de enfermagem.

§2º - Os índices máximo e mínimo de performance devem ser de domínio público.

Art. 7º - A metodologia de cálculo para se determinar o Quadro de profissionais (QP) é a mesma adotada pela Resolução COFEN 293/2004, sendo considerado as fórmulas para leitos de unidades de internação e os coeficientes de Marinho estipulados por esta Resolução.

Art. 8º - Esta Resolução entra em vigor após sua publicação, revogando as disposições em contrário.

XXXXXXXXXXXX
COREN-xx nº. xxxx
Presidente

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
COREN-xx nº. xxxxx
Primeira-Secretária

ANEXO I

QUADRO 1 - PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM POR TURNO E CATEGORIAS DE TIPO DE ASSISTÊNCIA, DISTRIBUIDOS EM UM ESPELHO SEMANAL PADRÃO (ESP).

		De Seg. à Sexta				SFx 5	Sáb. e Dom.				SFx 2	Total SF	Σ SF
Modalidade	Prof.	M	T	N1	N2		M	T	N1	N2			
II 22 idosos	Enf.	01	01	01	01	20	01	01	01	01	08	28	56
	Aux.	01	01	01	01	20	01	01	01	01	08	28	
III 20 idosos	Enf.	01	01	01	01	20	01	01	01	01	08	28	84
	Aux.	02	02	02	02	40	02	02	02	02	16	56	

Nota:1- Foi utilizado os parâmetros recomendados pela Portaria MPAS 73/2001 que define e garante as normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil, que na instituição de modalidade II possua em sua equipe de profissionais 8h/dia de Enfermeiro e 24h/dia de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem para cada 22 idosos e na instituição de modalidade III possua em sua equipe de profissionais 24h/dia de Enfermeiro e 48h/dia de Técnicos e Auxiliares de enfermagem para cada 20 idosos

2 – Foi realizada a devida adequação na modalidade II da Portaria 73, considerando a Lei do exercício profissional e a metodologia de construção do número de horas de acordo com a Resolução COFEN 293/2004, pois prevê a presença do Enfermeiro nas 24 horas.

QUADRO 2 – CÁLCULO DE HORAS DE ENFERMAGEM NECESSÁRIAS PARA ASSISTIR OS IDOSOS NAS 24 HORAS, COM BASE NO GRAU DE DEPENDÊNCIAS.

Modalidade Assistencial	Total de Horas de Enfermagem/semana (THE/sem)	Total de Horas de Enfermagem/dia (HE/dia)	Horas de Enfermagem/idoso (HE/idoso)
Tipo de Modalidade	<u>Fórmula</u> THES=Total de SF(Σ) x Período de tempo	<u>Fórmula</u> HED=THES/dias da semana	<u>Fórmula</u> HE/idoso=HED/n ⁰ de idosos
II	THES = 56 x 6 THES = 336 h/semana	HED = 336 / 7 HED = 48h / dia	HE/idoso = 48 / 22 HE/idoso = 2,2 h/idoso
III	THES = 84 x 6 THES = 504 h/semana	HED = 504 / 7 HED = 72h / dia	HE/idoso = 72 / 20 HE/idoso = 3,6 h/idoso

Obs.: Consideramos para efeito do cálculo os dados do quadro I

Notas explicativas:

A – O cálculo para sete dias da semana deve ser realizado para os turnos da manhã (M), tarde (T) e noite (N = N1/N2), sendo seis horas para os períodos da manhã e tarde e doze horas para o turno noturno (dois turnos de 6 horas).

B – Ao total apresentado no modelo acima, deverá ser acrescido de 15% como Índice de Segurança Técnica (IST) sendo que 8,33% são para cobertura de férias. As férias é um dos componentes da Taxa de ausência por benefícios, e os restantes 6,67% são para cobertura de absenteísmo.

C – Esta proposição faz parte da Dissertação de Mestrado de título “dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituição de longa permanência para idosos: estudo retrospectivo” concluída no programa de Mestrado Profissional de Enfermagem Profissional da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense.

5 – DISCUSSÃO

O principal dado deste estudo está relacionado ao dimensionamento de pessoal de enfermagem na assistência ao idoso institucionalizado. Conhecer as instituições e caracterizá-las tornou-se importante para entender o papel e a necessidade da equipe de enfermagem e principalmente do Enfermeiro neste serviço à sociedade.

O dimensionamento de enfermagem encontrado nas instituições mostrou o quanto é preocupante tal temática, pois percebe-se que as instituições não seguem nenhuma legislação, mesmo existindo parâmetros preestabelecidos sobre o número de profissionais necessários pela ótica de cada instrumento legal.

Realizar um comparativo da realidade encontrada na assistência ao idoso institucionalizado com os números propostos pelo COFEN, pela Portaria 73 e pela proposta deste estudo, mostrou o quanto é discrepante e ilegal em muitos dos casos o quantitativo de profissionais na assistência ao idoso na ILPI.

Segundo a Lei 6437 de 20 de agosto de 1977 que dispõe sobre as infrações à legislação sanitária federal, sendo configuradas como infração sanitária em seu artigo 10º inciso II as instituições que:

Construir, instalar ou fazer funcionar hospitais, postos ou casas de saúde, clínicas em geral, casas de repouso, serviços ou unidades de saúde, estabelecimentos ou organizações afins, que se dediquem à promoção, proteção e recuperação da saúde, sem licença do órgão sanitário competente ou contrariando normas legais e regulamentares pertinentes:
pena - advertência, interdição, cancelamento da licença e/ou multa.³⁷

Ou seja, as ILPIs devem seguir as normativas estabelecidas, mesmo ainda que existam conflitos entre tais legislações, pois as mesmas são consideradas instituições sanitárias perante a RDC ANVISA 283/2005. Desta forma, se faz necessário à busca pelas parcerias e empenho dos órgãos fiscalizadores, para que garanta os direitos e deveres adquiridos pelos idosos, garantidos no Estatuto do Idoso e o cumprimento das legislações que regulam estes serviços, o qual confere que as entidades governamentais e não-governamentais de atendimento ao idoso sejam fiscalizadas pelos Conselhos do Idoso, Ministério Público, Vigilância Sanitária e outros previstos em Lei.¹¹

Para atender a legislação as instituições analisadas neste estudo deveriam ter um aumento de 224% de Enfermeiros 73% de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem no seu quadro de profissionais para atender ao menos a Portaria MPAS 73/2001 que também não

atende a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem em 62,5% (50) das instituições analisadas.

Para atender a Resolução COFEN 293/2004 seria necessário um aumento em média de 1348% de Enfermeiros e 420% Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, sendo muito discrepante em vista da realidade encontrada. Pois esta metodologia proporciona a presença do Enfermeiro na assistência e na condução da assistência realizada por Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, além de assegurar o cumprimento da Lei do Exercício de Enfermagem.

Pela nova proposta de cálculo, as instituições deveriam apresentar um aumento em média de 580% de Enfermeiros e 122% de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, atendendo a Lei do Exercício de Enfermagem, pois garante a presença do Enfermeiro na condução da assistência nas 24 horas, além de garantir o índice de segurança técnico previsto na Resolução COFEN 293/2004.

Cabe ressaltar que a problemática é o déficit acentuado de profissionais de enfermagem em todas as vertentes legais apresentadas na assistência ao idoso institucionalizado. De acordo com a análise deste estudo as instituições apresentaram apresentam uma média de 1,2 Enfermeiro, 6,7 Técnicos de Enfermagem e 2,3 Auxiliares de Enfermagem para uma média de 48 idosos, ou seja, não existe quantitativo suficiente principalmente de Enfermeiros para uma assistência adequada e segura aos idosos.

A média dos profissionais existentes nas instituições fiscalizadas não atendem a Portaria MPAS 73/2001 e principalmente a Lei do Exercício profissional de Enfermagem, pois não consegue atender a presença do Enfermeiro nas 24 horas. A presença deste profissional proporciona legalidade da assistência de enfermagem, pois é importante ter este profissional como o gestor e solucionador dos problemas no intuito de melhorar a assistência e o cuidado do idoso institucionalizado.¹⁶

Estudos mostram que o aumento de profissionais de enfermagem na assistência aos idosos diminui em 11% a prevalência de úlceras de pressão, associando a outros fatores como perda de peso, uso de drogas psicóticas e uso de cateteres vesicais.³⁸

Outro estudo também correlacionou ao aumento de profissionais de enfermagem a uma menor prevalência de úlceras de pressão, menor número de internações hospitalares, a um menor uso de contenção mecânica, inclusive uma melhor qualidade do resultado pela equipe de enfermagem aos idosos institucionalizados.³⁹

Desta forma faz-se necessário estipular um cálculo de dimensionamento específico para a atenção aos idosos em ILPIs, que respeite principalmente as Legislações que regulam

os profissionais de enfermagem e as legislações sanitárias para o funcionamento destes estabelecimentos.

A nova proposta além de atender as exigências da Lei do Exercício Profissional e Resolução COFEN 293/2004 mantém a mesma metodologia de cálculo, e leva em consideração a classificação do idoso pelo grau de dependência apresentado, sendo este o principal fator de determinação do número de profissionais de enfermagem.

O sistema de classificação é entendido como uma forma de determinar o grau de dependência de um paciente em relação à equipe de Enfermagem, objetiva estabelecer o tempo despendido no cuidado direto e indireto, bem como o qualitativo de pessoal, para atender as necessidades biopsicossocioespirituais do paciente.⁴⁰

A classificação do idoso institucionalizado é um fator determinante para traçar o plano de cuidados e principalmente para avaliar a modalidade assistencial da instituição asilar. A RDC ANVISA classifica o idoso pelo grau de dependência em I, II e III, partindo da independência de cuidados, dependência parcial e dependência total de cuidados. O estudo mostrou que apenas 48 (60,6%) das instituições possuíam classificação dos idosos institucionalizados, ou seja, não seguiam as recomendações das legislações que regem os serviços de ILPI.

Conhecer o grau de dependência das pessoas idosas é necessário para avaliar a sua capacidade funcional, que é expresso através da realização de atividades de vida diária. A avaliação da capacidade funcional é relevante e diretamente relacionado com indicadores de qualidade de vida dos idosos. A execução das atividades de vida diária é considerado um parâmetro para estabelecer esta avaliação, o qual é usado por profissionais de cuidados de saúde para avaliar graus de dependência nos idosos institucionalizados. Neste cenário, é possível compreender avaliação funcional, dentro uma função específica, tal como a avaliação da capacidade de realizar auto-cuidado e satisfazer as necessidades básicas diárias³⁶. Uma das atribuições do enfermeiro é a avaliação da capacidade funcional e determinação do grau de dependência do idoso institucionalizado.

Os relatórios circunstanciados apresentaram a classificação dos idosos pelo fiscal em 74 instituições (92,5%), pois a fiscalização realiza a avaliação do grau de complexidade dos idosos institucionalizados para a determinação do número de profissionais de enfermagem necessários para a assistencial. Das 74 instituições 46 (62%) foram classificadas conforme a Resolução COFEN 293/2004 que no artigo 4^o define o grau de complexidade².

Embora o grau de complexidade desta resolução tenha maior aplicabilidade aos pacientes hospitalizados, sendo sua construção mais voltada ao universo hospitalar. Já as demais (28 instituições) foram classificadas por grau de dependência que estão relacionados ao grau de limitação de cada idoso. A RDC Anvisa 283/2005 classifica o idoso como o grau de dependência.¹²

O sistema por grau de dependência esta mais relacionada à dependência do cuidado individual de cada idoso, sendo este o principal objetivo da ILPI, resgatar e preservar a autonomia do idoso ou realizar o seu cuidado na impossibilidade do mesmo. Em relação às ILPIs (48 instituições) apresentaram a classificação do idoso conforme a RDC 283/2005 e 32 instituições não possuíam a classificação do idoso, que configura um grande prejuízo na assistência ao idoso pela ausência de parâmetro de classificação para determinar o cuidado necessário ao idoso.

O planejamento de pessoal e da carga de trabalho da equipe de enfermagem prevê um número estimado de profissionais para prestar assistência a um determinado paciente ou grupo de pacientes. A definição do número de pacientes atribuído a cada profissional de enfermagem, enfermeiro ou técnico, torna-se mais acurada quando conhecemos o perfil de complexidade assistencial ou grau de dependência quanto aos cuidados a serem prestados.⁴¹

Determinar o grau de dependência do idoso é imprescindível para a determinação do número de profissionais de enfermagem necessários para a assistência ao idoso institucionalizado. A adequação de um instrumento único de cálculo onde seja previsto a classificação por grau de dependência de acordo com o proposto por este estudo é importante e necessário para se evitar as lacunas encontradas na assistência do idoso institucionalizado.

Em relação ao dimensionamento de pessoal, a fiscalização somente realizou o dimensionamento com base na Resolução COFEN em 68 instituições, nas demais não foram realizados o cálculo de dimensionamento. Já as instituições (78) não apresentaram o cálculo de dimensionamento, nos dando a entender que o dimensionamento nestas instituições ainda é realizado pelo método indutivo.

Outro objetivo deste estudo foi também caracterizar as instituições de longa permanência para idosos fiscalizadas no período de 2010 a 2013 no estado do Rio de Janeiro, sendo evidenciado que 76,2% das instituições fiscalizadas são de iniciativas privada. Um Estudo realizado no Brasil caracterizou as instituições de longa permanência para idosos possuir caráter filantrópico em 65,2% dos casos.⁴² Porém outro estudo aponta que as instituições criadas entre 2000 a 2009 à maioria possuíam caráter privado (57,6%).⁴³ Ou seja,

em virtude do crescimento da população idosa, estes serviços estão cada vez mais necessários, mudando o cenário que outrora era de instituições mantidas por entidades religiosas para instituições de caráter privado com fins lucrativos.

O estudo atual mostrou que as instituições são muito heterogêneas em relação ao número de idosos institucionalizados, apresentando uma variação de 8 a 300 leitos com uma taxa média de ocupação de 91,5%. A lei 3875 de 24 de junho de 2002 do estado do Rio de Janeiro dispõe no seu artigo 1^o que cada unidade asilar privada localizada no estado do Rio de Janeiro poderá atender até 60 idosos,⁴⁴ ou seja, atualmente este estudo aponta que 18 instituições das 80 estão em desacordo com a lei estadual.

A Portaria MPAS 73/2001 recomenda que as instituições classificadas como modalidade I possuam uma capacidade máxima de 40 idosos, para as instituições classificadas como modalidade II possuam uma capacidade máxima de 22 idosos e as instituições classificadas como modalidade III possuam uma capacidade máxima de 20 idosos, porém este estudo aponta que 70 das 80 instituições estão em desacordo com a Portaria mencionada. A Resolução RDC ANVISA 283/2005 não estabelece capacidade máxima de residência para idosos, porém estabelece os requisitos mínimos necessários para os serviços de institucionalização de idosos.³

Ou seja, existem legislações que tratam do mesmo assunto, mas não chegam a um consenso, principalmente no que tange ao dimensionamento de pessoal e a capacidade máxima de idosos.

Em relação ao número de inspeções realizadas refere-se às solicitações notificadas no ato da fiscalização e a verificação dos saneamentos das irregularidades apontadas e notificadas, além do planejamento de fiscalização de cada agente fiscalizador do trabalho. Outro ponto observado foi motivo que gerou o ato fiscalizatório, sendo visualizado um maior número de inspeções oriundas de solicitações do Ministério Público, principalmente concentradas no município de São Gonçalo, que nos faz pensar ser uma problemática de maior interesse deste órgão nesta determinada região.

O Enfermeiro Responsável Técnico é definido segundo a Resolução COFEN 458/2014 como:

Profissional de Enfermagem de nível superior, nos termos da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que tem sob sua responsabilidade o planejamento, organização, direção, coordenação, execução e avaliação dos serviços de Enfermagem, a quem é concedida, pelo Conselho Regional de Enfermagem, a Anotação de Responsabilidade Técnica.⁴⁵

Das 80 instituições fiscalizadas, 06 não possuíam Enfermeiro em seu quadro de profissionais, mesmo possuindo profissionais de enfermagem de nível médio na assistência aos idosos em desacordo principalmente com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem. Das 74 instituições restantes que possuíam Enfermeiro RT apenas 34 apresentavam a Certidão de Responsabilidade Técnica (CRT), estando as demais em irregularidade com a Resolução COFEN 458/2014 pela ausência de tal documentação.

A Certidão de Responsabilidade Técnica não é apenas a concessão de um documento ao Enfermeiro eleito para o cargo de Responsável Técnico, mas a oficialização de que a instituição possui um profissional que terá a responsabilidade de seguir os preceitos éticos da profissão assim como assegurar uma enfermagem livre de danos a sociedade.

Os cuidadores de idosos são trabalhadores que estão inseridos na assistência aos idosos institucionalizados que possuem atribuições elementares definidas atualmente no Código de Ocupação Brasileiro (CBO).¹⁹ Os idosos institucionalizados requerem assistência multi profissional nos segmentos social e de saúde. Porém foram encontradas neste estudo 02 instituições que não possuíam profissionais de enfermagem no seu quadro de profissionais que nos faz pensar que os cuidadores realizavam atividades facultadas à enfermagem, estando em desacordo com os dispositivos legais sanitários e principalmente com a lei do exercício profissional de enfermagem.

As instituições que possuíam profissionais de enfermagem e cuidadores de idosos (53 instituições) possuíam um número inferior de profissionais de enfermagem para a assistência aos idosos, que também nos causa o pensamento se os cuidadores de idosos realizam também as atividades de enfermagem, em razão da demanda e da sobrecarga de trabalho na rotina destas instituições.

O Enfermeiro tem o dever legal de impedir que profissionais sem formação de enfermagem exerçam tais funções e proibido delegar atividades de enfermagem, mesmo sobre sua supervisão. Desta forma é de suma importância a presença deste profissional em todo o período de desenvolvimento das ações de enfermagem na assistência ao idoso institucionalizado.^{12, 15, 45}

Outro ponto observado foi à jornada de trabalho e as escala de revezamento, sendo observado que a jornada predominante é há de 40 horas, com escala de revezamento 12x36 horas, porém observou-se que as instituições não possui índice de segurança técnico em razão do dimensionamento deficiente apresentado, não sendo configurada a folga de acúmulo de

carga horária e conseqüentemente esta informação fornecida pelos relatórios circunstanciados de forma equivocada. Estudo realizado sobre o perfil da enfermagem brasileira mostra que o setor saúde comporta uma diversidade de jornadas de trabalho que vai desde 12 horas semanais, 20, 24, 32, 36, 40 até 44 horas.⁴⁶

Foi observada que algumas instituições trabalhavam com jornadas superiores há 44 horas semanais e com plantões de 24x 48 horas, porém segundo a Constituição Federal de 1988, a jornada de trabalho sofreu novas alterações.

Art. 7º inciso XIII – “duração do trabalho normal não superior a oito horas diárias e quarenta e quatro semanais, facultada a compensação de horários e a redução da jornada, mediante acordo ou convenção coletiva de trabalho”.⁴⁷

Ou seja, em algumas instituições ocorrem irregularidades trabalhistas em relação ao regime de trabalho e desrespeito as legislações vigentes do trabalho.

Este estudo baseia-se na comparação de legislações em relação ao dimensionamento de pessoal de enfermagem conforme descrito no escopo deste trabalho, sendo assim considerada uma limitação, pois as horas encontradas não foram testadas e verificadas in loco, pois o estudo foi com base nos Relatórios gerados pela fiscalização. Em relação aos Relatórios Circunstanciados, percebeu-se que alguns relatórios não continham informações mais detalhadas sobre as atividades de enfermagem e principalmente sobre o número de cuidadores e suas atividades realizadas nestas instituições.

Outra limitação deste estudo que o instrumento de coleta apenas questionava-se a presença de cuidadores de idosos e não o quantitativo destes trabalhadores no cuidado ao idoso institucionalizado.

6 – CONCLUSÃO

Estabelecer um cálculo de dimensionamento de pessoal de enfermagem específico para assistência ao idoso institucionalizado na ILPI é garantir uma metodologia que atenda principalmente o grau de dependência dos idosos e a Lei do Exercício profissional de enfermagem.

A Resolução COFEN 293/2004 tem uma aplicabilidade maior na assistência hospitalar, não sendo muito aplicável a assistência ao idoso institucionalizado, pois a assistência prestada tem um caráter misto de assistência social e de saúde.

A nova proposta estabelece 2,2 horas de enfermagem para idosos com grau de dependência I e II e 3,6 horas de enfermagem para idosos com grau de dependência III, respeitando os parâmetros já definidos na Portaria MPAS 73/2001 e a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem. Assim garante a presença do profissional Enfermeiro nas 24 horas e o índice de segurança técnico no quadro de profissionais.

O estudo revelou que as instituições desrespeitam as legislações que regulamentam as ILPIs, principalmente em relação à classificação do idoso e ao dimensionamento de pessoal de enfermagem.

Observa-se que a realidade nos apresenta uma média 1,2 Enfermeiros, 6,7 Técnicos de Enfermagem e 2,3 Auxiliares de Enfermagem para uma média de 48 idosos, que consiste em um número muito incipiente para a assistência ao idoso institucionalizado.

Identificar na clientela suas necessidades físicas, cognitivas, funcionais e inter-relacionais, associando aos possíveis agravos apresentados, pode culminar em uma comunicação clara entre o Enfermeiro e a clientela. Além da segurança do paciente e estabelecimento de padrões de avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem. Para isto recomenda-se a estruturação e implementação de um cuidado integral ao idoso, com dimensionamento de pessoal adequado e capacitado para tal fim.

Para tudo, será de suma importância ponderarmos o papel profissional de Enfermagem neste cenário, uma vez que o mesmo é visto como agente promotor de cuidado e de mudança, logo uma das ferramentas orientadora deste processo pode ser o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem de maneira factível. Estes novos números de horas apresentados, poderão colocar em prática um dimensionamento de profissionais de Enfermagem apropriado neste cenário do cuidado.

Esta nova proposta visa garantir uma assistência segura, livre de danos e uma melhor qualidade de vida aos idosos institucionalizados. Assim sendo, propomos que estudos futuros sejam realizados pela relevância ao tema, para testar os números de horas encontrados na prática assistencial na ILPI.

REFERÊNCIAS

- 1 Fugulin FMT, Rossetti AC, Ricardo CM, Possari JF, Mello MC, Gaidzinski RR. Tempo de assistência de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: avaliação dos parâmetros propostos pela Resolução COFEN nº293/04. Rev. Latino-Am. Enfermagem 20(2):[09 telas] mar.-abr. 2012. www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_15.pdf.
- 2 Cofen - Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 293/2004. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. Disponível em www.portalcofen.gov.br.
- 3 Brasil – Portaria MPAS/SEAS nº 73 – Normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil, 10 de maio de 2001. Disponível em www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/.
- 4 Santos SSC, Silva BT, Barlem ELD, Lopes RS. O Papel do Enfermeiro na Instituição de Longa Permanência para Idosos, Rev.Enferm. UFPE Online. 2008; 2(3): 262-68 Disponível em <http://repositorio.furg.br>.
- 5 Saldanha. A.L. Quando é preciso escolher uma instituição geriátrica: instrumentos para avaliação da qualidade dos serviços. In: Saúde do Idoso: a arte de cuidar. 2ª ed. Rio de Janeiro: Interciência; 2004. p. 28-34. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online> acesso em 29/09/2013.
- 6 Meneguetti MG, Nicolussi AC, Scarparo, Campos LF, Chaves LDP, Laus AM. Dimensionamento de pessoal de enfermagem nos serviços hospitalares: revisão integrativa da literatura. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2013 abr/jun; 15(2):551-62. www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n2/pdf/v15n2a30.pdf.
- 7 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Síntese de indicadores sociais 2002. Rio de Janeiro: IBGE; 2003.
- 8 Camarano AA, Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? IPEA, Rio de Janeiro, 2010
- 9 Ximenes MA, Côrte B. A instituição asilar e seus fazeres cotidianos: Um estudo de caso. Estud. interdiscip. envelhec., Porto Alegre, v. 11, p. 29-52, 2007 Disponível em <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/>.
- 10 Brasil – Lei 10761 de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10741.htm
- 11 Brasil. Lei n. 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências [legislação na Internet]. Brasília; 1994. [citado 2005 jul. 17]. Disponível em: http://www.cfess.org.br/pdf/legislacao_idoso_8842.pdf

- 12 Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos. Brasília: ANVISA; 2005. 46 p.
- 13 Marinho LM, Vieira MA, Costa SM, Andrade JMO. Degree of dependence of elderly residents in geriatric long-term care facilities in Montes Claros, MG. Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(1):104-110.
- 14 Matos E, Pires D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006 Jul-Set; 15(3):508-14.
- 15 Brasil - Lei 7498, de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em www.portalcofen.gov.br.
- 16 Lorenzini E, Monteiro ND, Bazzo K. Instituição de longa permanência para idosos: atuação do enfermeiro. Rev Enferm UFSM 2013 Jan/Abril;3(1):345-352
- 17 Silva BT, Santos SSC. Cuidados aos idosos institucionalizados - opiniões do sujeito coletivo enfermeiro para 2026. Acta Paul Enferm 2010; 23(6):775-81.
- 18 Jesus IS, Sena ELS, Meira EC, Gonçalves LHT, Alvarez AM. Cuidado sistematizado a idosos com afecção demencial residentes em instituição de longa permanência. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010 jun;31(2):285-92.
- 19 Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Classificação Brasileira de Ocupações. Disponível em www.mtecbo.gov.br/cbosites/pages/pesquisa/buscaportitulo.jsf.
- 20 Terassi M, Rissardo L, Peixoto J, Salci M, Carreira L. Prevalence of drug use in institutionalized elderly: a descriptive study Online Brazilian Journal of Nursing [serial on the Internet]. 2012 April 18; [Cited 2012 May 11]; 11(1):[about 26-39 p.]. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3516>
- 21 Brasil – Lei nº 3688 de 03 de outubro de 1941. Leis das Contravenções Penais. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3688.htm
- 22 Freitas MC, Medeiros ABF, Guedes MVC, Almeida PC, Galiza FT, Nogueira JM. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2011 mar;32(1):143-50.
- 23 Pelegrin KAPA, Araújo AJ, Costa CL, Cyrillo MZR, Rosset I. Idosos de uma instituição de longa permanência de Ribeirão Preto: níveis de capacidade funcional. Arq Ciênc Saúde [Internet]. 2008 out/dez [acesso em 2012 set 7]; 15(4):182-8. Disponível em: http://www.cienciasaudi.famerp.br/racs_ol/vol-15-4/IDB%20297.pdf
- 24 Silva MV, Figueiredo MLF. Idosos Institucionalizados: uma reflexão para o cuidado de longo prazo. Enferm Foco [Internet]. 2012 [acesso em 2012 out 8];3(1):22-4. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/215/136>.

25 Oliveira PB, Tavares DMS. Condições de saúde de idosos residentes em Instituição de Longa Permanência segundo necessidades humanas básicas. Rev Bras Enferm. 2014 mar-abr; 67(2): 241-6

26 Cofen - Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 374/2011. Normatiza o funcionamento do Sistema de Fiscalização do Exercício profissional da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em www.portalcofen.gov.br.

27 Coren – Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro. Manual de Normas e Procedimentos Operacionais Padrão do Departamento de Fiscalização. 2014 3ª Edição – Rio de Janeiro

28 Brasil – Decreto Lei 94406, de 08 de Junho de 1987. Regulamenta a Lei 7498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em www.portalcofen.gov.br.

29 Cofen - Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em www.portalcofen.gov.br;

30 Magalhaes AMM, Riboldi CO, Guzinski C, Silva RC, Moura GMSS. Level of dependence among patients in a surgical unit. Rev Bras Enferm. 2015; 68(5):542-7.

31 Fugulin, FMT. Parâmetros oficiais para o dimensionamento de profissionais de enfermagem em instituições hospitalares: análise da resolução COFEN 293/2004. Tese de livre-docência. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010

32 Magalhães AMM, Riboldi CO, Dall’Agnol CM. Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. Rev Bras Enferm, Brasília 2009 jul-ago; 62(4): 608-12. www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/20.pdf;

33 Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

34 Perlini NMOG, Leite MT, Furini AC. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. Rev Esc Enferm USP 2007; 41(2):229-36. www.scielo.br/pdf/reusp/v41n2/07pdf;

35 Cofen - Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n.311/2007. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências. Disponível em www.portalcofen.gov.br

36 Ferreira DCO, Yoshitmoie AY. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. Rev Bras Enferm, Brasília 2010 nov-dez; 63(6): 991-7.

37 Brasil – Lei nº 6437 de 20 de agosto de 1977. Leis que configura as infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6437.htm

- 38 Lee, HY, Blegen, MA, Harrington, C. The effects of RN staffing hours on nursing home quality: A two-stage model. *International journal of nursing studies*, 2014 51(3), 409-417.
- 39 Backhaus, R, Verbeek, H. Van Rossum, E, Capezuti, E, Hamers, JP. Nurse staffing impact on quality of care in nursing homes: a systematic review of longitudinal studies. *Journal of the American Medical Directors Association*, 2014 15(6), 383-393.
- 40 Fugulin, FMT; Gaidzinski, RR; Kurcgant, P. Sistema de classificação de pacientes: Identificacao do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HUUSP. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, 2005 Jan-fev.; 13(1):72-8.
- 41 Magalhaes AMM, Riboldi CO, Guzinski C, Silva RC, Moura GMSS. Level of dependence among patients in a surgical unit. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(5):542-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680509i>
- 42 Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 2010 27(1), 232-235.
- 43 Cornélio GF, Godoy ID. Perfil das Instituições de longa permanência para idosos em uma cidade no estado de São Paulo. *Rev. Bras. de geriatria e gerontologia* 2013 16(3), 559-568
- 44 Brasil. Lei 3875 de 24 de junho de 2002. Regula o funcionamento das instituições asilares de caráter social no estado do Rio de Janeiro e dá outras providências. Disponível em <http://www.jusbrasil.com.br/topicos/12294785/lei-n-3875-de-24-de-junho-de-2002-do-rio-de-janeiro>
- 45 Cofen - Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 458/2014. Normatiza as condições para anotação de responsabilidade técnica pelo serviço de enfermagem e define as atribuições do enfermeiro responsável técnico. Disponível em www.portalcofen.gov.br.
- 46 Machado MH, Vieira ALS, Oliveira E. Construindo o perfil da enfermagem. *Enfermagem em foco*, 2012 3(3).
- 47 Brasil. Constituição da república federativa do Brasil de 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm

Apêndice
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS – PARTE I - PESQUISADOR	
Identificação:	Tipo de Instituição:
Data da Inspeção:	N ^o de Inspeções:
Local:	
Motivo da Fiscalização: () Denúncia () Ministério Público () Eletiva () Certidão de Responsabilidade Técnica (CRT)	
Natureza da Instituição: () Privada () Pública () Filantrópica	
Possui Enfermeiro Responsável Técnico: () Sim () Não	
Possui Certidão de Responsabilidade Técnica – CRT: () Sim () Não	
N ^o de Leitos:	Taxa de Ocupação:
Tipo de Fiscalização: () Padrão () Diligência	
N ^o de profissionais de Enfermagem: Enfermeiros_____ Técnicos de Enfermagem_____	
Auxiliares de Enfermagem_____	
1 – Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem:	
Existe classificação dos idosos institucionalizados? () Sim () Não	
Qual a classificação adotada? () Portaria 73 () Resolução COFEN 293 () Outros_____	
Foi identificada a presença de profissionais de enfermagem na instituição? () Sim () Não Quantos?_____	
Apresenta Cálculo de dimensionamento de pessoal? () Sim () Não	
Qual o método utilizado? () Resolução COFEN 293 () Portaria 73 () Outro_____	
Apresenta escala de profissionais de enfermagem? () Sim () Não	
Quais os profissionais de enfermagem constam na escala?	

<input type="checkbox"/> Enfermeiros _____	<input type="checkbox"/> Técnicos de Enfermagem _____
<input type="checkbox"/> Auxiliares de Enfermagem _____	<input type="checkbox"/> Cuidadores de idosos _____
Qual a jornada de trabalho? _____	
Qual a escala de revezamento? <input type="checkbox"/> 12x36h <input type="checkbox"/> 12x60h <input type="checkbox"/> 24x48h <input type="checkbox"/> 24x72h <input type="checkbox"/> Outra	
O quantitativo existente de profissionais corresponde ao quantitativo necessário para a assistência? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

ANEXOS: