

FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES DE MONITORAMENTO DO PROJETO IDOSO BEM CUIDADO

Outubro de 2016

CONCEITO DE AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES EM SAÚDE

O método mais utilizado para avaliação de intervenções em serviços e sistemas de saúde foi proposto no trabalho clássico de Donabedian¹. Este autor propõe os seguintes enfoques para avaliação de serviços de saúde:

- **AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA** – compreendem as condições de estrutura física, recursos tecnológicos e organizacionais de serviços e intervenções;
- **AVALIAÇÃO DE PROCESSO** – compreendem as atividades realizadas para os pacientes e as relações entre elas e a qualidade dos serviços prestados;
- **AVALIAÇÃO DE RESULTADO/IMPACTO** – compreende o que é finalizado para os pacientes e seus efeitos na saúde e no funcionamento do sistema de saúde.

¹ Donabedian A. *Explorations in quality assessment and monitoring. Vol I. The definition of quality and approaches to its assessment*, 1980; *Vol II. The criteria and standards of quality*, 1982; *Vol III. The methods and findings of quality assessment and monitoring: an illustrated analysis*. Ann Arbor, Health Administration Press, 1985.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza os seguintes princípios como instrumento de gestão de projetos:

- Avaliação como um meio sistemático de aprender empiricamente e de utilizar as lições aprendidas para a melhoria das atividades em curso, ou seja, o objetivo da avaliação é conhecer para melhorar os serviços ainda durante sua execução;
- Avaliação deve ser flexível e adaptável às distintas situações e circunstâncias, além de ser um processo contínuo e dinâmico e, conseqüentemente, integrado à gestão.

A partir dos dados obtidos, dos objetivos e metas propostos são selecionados e definidos **indicadores de avaliação** que permitam acompanhar o desenvolvimento das intervenções.

Considera-se indicador uma informação quantitativa ou qualitativa que, por si só, tenha capacidade de retratar a parcela da intervenção que se deseja analisar. Nesse sentido, o indicador é uma variável de estrutura, processo, ou resultado/impacto que mostra o alcance da modificação analisada.

AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA

A avaliação da estrutura refere-se à análise das alterações das condições de infra-estrutura física, da incorporação tecnológica e das mudanças organizacionais ocorridas na Unidade de Saúde.

Esta avaliação é direcionada à análise do aumento esperado da capacidade física (número de salas de atendimento, leitos de UTI, etc.), da incorporação

das tecnologias (número de equipamentos, novas técnicas de diagnóstico e terapêutica) e de modernização gerencial (novos procedimentos administrativos e/ou controle de insumos, tais como medicamentos). Estas informações permitem relacionar a estrutura às atividades realizadas.

AVALIAÇÃO DO PROCESSO

A avaliação do processo refere-se à análise da quantidade e do tipo de atividade realizada que possibilita observar possíveis modificações no modelo de assistência à saúde.

É realizada, primordialmente, de forma quantitativa e complementada, quando possível, pela análise qualitativa das intervenções executadas.

ANÁLISE QUANTITATIVA DO PROCESSO

A análise quantitativa é realizada pelo acompanhamento de indicadores de produção e de produtividade das intervenções em saúde. A definição de produção e de produtividade é a seguinte:

- **Produção:** conjunto de operações definidas por meio das quais certos insumos são transformados em bens (ou produtos) úteis. A produção de bens e serviços pressupõe o trabalho humano e os meios de produção, que incluem o objeto de trabalho (aquilo sobre o que o homem exerce sua atividade) e os instrumentos de trabalho (tudo do que se serve o homem para o exercício de seu trabalho). Os indicadores de produção expressam o volume da produção em números absolutos. Exemplo de indicadores de

produção: número de vacinas aplicadas, número de leitos hospitalares, número de cirurgias realizadas, número de sessões de hemodiálise, número de altas da UTI, número de exames radiológicos e número de consultas realizadas (em um determinado tempo e lugar).

- **Produtividade:** expressa a utilização dos recursos produzidos para obter a máxima quantidade de bens e serviços em relação ao insumo disponibilizado. Em essência, a produtividade mede o quanto a quantidade produzida está próxima da capacidade ideal ou teoricamente esperada para equipamentos e recursos humanos. A produtividade depende de: fatores ambientais (condições de trabalho, salubridade do meio); fatores humanos (capacidade, qualificação); e fatores tecnológicos (inovações, programas). É expressa em unidades de produção por unidades de insumo. Exemplo: número de consultas médicas/médico/hora (ou dia) e número de exames ultrassonográficos/equipamento.

ANÁLISE QUALITATIVA DO PROCESSO

Esta etapa da avaliação tem como objetivo avaliar as características específicas do processo para identificar evidências que permitam dizer que as intervenções realizadas estão próximas do conhecimento científico disponível ou de acordo com a norma técnica de sua utilização. De uma maneira simplificada, espera-se avaliar a qualidade técnico-científica, ou seja, a aplicação apropriada do conhecimento científico disponível, bem como da tecnologia no cuidado com o paciente.

Caracterizam-se como exemplo de indicadores de qualidade (da intervenção ou atividade produzida): proporção de exames alterados (em relação aos exames

solicitados); taxa de abandono de vacinação ou de tratamento (tuberculose, hanseníase, hipertensão arterial, diabetes mellitus, AIDS, etc.); taxa de falso negativo em exames laboratoriais. Os investimentos na capacitação gerencial devem determinar modificações no tempo e movimento de atendimento dos pacientes com benefícios reais na assistência de saúde prestada. Estas modificações podem ser avaliadas por indicadores como: tempo de espera para atendimento ambulatorial ou hospitalar, melhor dispensação de medicamentos resultante de um melhor controle de estoque e/ou agilização de processo de compras.

AVALIAÇÃO DO RESULTADO/IMPACTO

A avaliação do resultado/impacto deve retratar as modificações nas condições de saúde dos pacientes sob intervenção e na Unidade de Saúde.

Os possíveis indicadores de resultado/impacto podem ser: nível de gravidade dos casos sob intervenção, taxa de letalidade específica e tipos de intercorrências clínicas ou cirúrgicas (passível de prevenção por técnica ou conduta padronizada).

Podem-se utilizar os indicadores epidemiológicos clássicos, como incidência, prevalência e coeficiente de mortalidade e morbidade.

PROPOSTA DE INDICADORES DE MONITORAMENTO DO CUIDADO INTEGRAL AO IDOSO

- Os parâmetros assistenciais adotados são os internacionalmente reconhecidos, preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), para cobertura e produtividade assistencial nos países de renda média;
- O número de internações hospitalares, de consultas médicas, de enfermagem e outras, de serviços complementares, inclusive de diagnose e terapia, com base em estudos e pareceres de especialistas, parâmetros assistenciais desenvolvidos e praticados em vários Estados da Federação e estudos do Ministério da Saúde (MS) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

No processo de construção dos parâmetros de cobertura assistencial, alguns procedimentos são calculados com base na população, enquanto outros são derivados de um procedimento ou ato profissionais. Assim, os procedimentos relativos aos exames, diagnoses e terapias, por serem decorrentes de uma consulta médica, são calculados com base na estimativa do total de consultas.

Os parâmetros de cobertura para assistência hospitalar, no geral, são calculados com base na expectativa esperada de internações por habitante/ano, nas clínicas básicas. De modo geral, o ideal é separar a avaliação da assistência hospitalar por especialidades médicas e por classificação de risco dos pacientes, sempre que possível. Um bom exemplo, é o índice de comorbidade de Charlson (ICC) que tem sido usado para ajustar indicadores de desempenho hospitalar por risco.

No entanto, uma outra forma de definir parâmetros assistenciais é com base na série histórica das informações em saúde ou pela observação dos valores médios e medianos de um conjunto de dados, numa perspectiva de comparação de um valor do grupo com os seus

Nota:

No cálculo de consultas, os quantitativos podem ser subdivididos por faixa etária. Serve para programação específica por faixa etária (Percentual de população variável conforme a região do País).

Exemplo: maiores de 60 anos: até 3 consultas/habitante/ano.

INDICADORES DE MONITORAMENTO

1. PROPORÇÃO DE CONSULTAS COM MÉDICO GENERALISTA EM IDOSOS

CONCEITUAÇÃO

Distribuição percentual de consultas com médico generalista em idosos, no mês de referência, em determinado espaço geográfico.

INTERPRETAÇÃO

Mede a participação das consultas com médicos generalistas na população de idosos.

Permite inferir o acesso dos idosos à serviços de cuidados primários em saúde.

É influenciado por fatores socioeconômicos, pela infra-estrutura de prestação de serviços e por diretrizes assistenciais e preventivas.

MÉTODO DE CÁLCULO

$\frac{\text{Número de consultas com médicos generalistas em idosos, no período de referência}}{\text{Número total de consultas em idosos assistidos pelo programa ou pela instituição, no mês de referência}} \times 100$

Número total de consultas em idosos assistidos pelo programa ou pela instituição, no mês de referência

DEFINIÇÃO DE TERMOS UTILIZADOS NO INDICADOR:

a) Numerador:

Número de consultas com médico generalista em pacientes idosos – com 60 anos e mais – nos últimos 30 dias.

1. Incluir somente consultas em pessoas com 60 anos e mais de idade.

2. Incluir no somatório das consultas com médico generalista, as consultas com médico geriatra (Geriatría)

b) Denominador:

Número total de consultas, em pacientes com 60 anos e mais de idade.

Período de Referência: em 30 dias (último mês de referência).

PARÂMETROS:

Os parâmetros serão construídos a partir da própria série história de cada instituição e da comparação dos valores médios e medianos dentro do grupo de instituições participantes do Projeto Idoso Bem Cuidado.

PERIODICIDADE DE ENVIO DE DADOS

Mensal

2. PROPORÇÃO DE CONSULTAS COM MÉDICO ESPECIALISTA EM IDOSOS

CONCEITUAÇÃO

Distribuição percentual de consultas médicas com médico especialista em idosos, no mês de referência, em determinado espaço geográfico.

INTERPRETAÇÃO

Mede a participação das consultas com médicos especialistas (neurologistas, cardiologistas, oftalmologistas, reumatologistas, etc.) na população de idosos.

Permite inferir o acesso dos idosos à serviços de cuidados primários em saúde.

É influenciado por fatores socioeconômicos, pela infra-estrutura de prestação de serviços e por diretrizes assistenciais e preventivas.

MÉTODO DE CÁLCULO

Número de consultas com médicos especialistas em idosos, no período de referência X 100

Número total de consultas em idosos assistidos pelo programa ou pela instituição, no mês de referência

DEFINIÇÃO DE TERMOS UTILIZADOS NO INDICADOR:

a) Numerador:

Número de consultas com médico especialista em pacientes idosos – com 60 anos e mais – nos últimos 30 dias.

1. Incluir somente pessoas com 60 anos e mais de idade.
2. Incluir no somatório todas as consultas especializadas em saúde (neurologistas, cardiologistas, oftalmologistas, reumatologistas, etc.)
3. Excluir as consultas com médico geriatra – entra somente na contabilização do número de consultas com médico generalista.

b) Denominador:

Número total de consultas, em pacientes com 60 anos e mais de idade.

Período de Referência: em 30 dias (último mês de referência).

PARÂMETROS:

Os parâmetros serão construídos a partir da própria série história de cada instituição e da comparação dos valores médios e medianos dentro do grupo de instituições participantes do Projeto Idoso Bem Cuidado.

PERIODICIDADE DE ENVIO DE DADOS

Mensal

3. PROPORÇÃO DE CONSULTAS COM EQUIPE INTERDISCIPLINAR EM IDOSOS

CONCEITUAÇÃO

Distribuição percentual de consultas médicas com equipe multidisciplinar em idosos, no mês de referência, em determinado espaço geográfico.

INTERPRETAÇÃO

Mede a participação de consultas com a equipe multidisciplinar (fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, assistente social, gerontólogo, enfermeira, dentre outros profissionais) na população de idosos.

Permite mensurar o acesso dos idosos à serviços de cuidados primários em saúde e, em especial, o acesso a outros profissionais de saúde não médicos, fundamentais no processo de cuidado integral à saúde dos idosos.

É influenciado por fatores socioeconômicos, pela infra-estrutura de prestação de serviços e por diretrizes assistenciais e preventivas.

MÉTODO DE CÁLCULO

Número de consultas com equipe multidisciplinar em idoso, no período de referência

Número total de consultas em idosos assistidos pelo programa ou pela instituição, no mês de referência

DEFINIÇÃO DE TERMOS UTILIZADOS NO INDICADOR:

a) Numerador:

Número de consultas de pacientes idosos – com 60 anos e mais – realizadas com equipe multidisciplinar nos últimos 30 dias.

4. Incluir somente pessoas com 60 anos e mais de idade.

- Incluir no somatório todas as consultas com equipe multiprofissional em saúde (fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, assistente social, gerontólogo, enfermeira, dentre outros profissionais).

b) Denominador:

Número total de consultas em pacientes, com 60 anos e mais de idade.

Período de Referência: em 30 dias (último mês de referência).

PARÂMETROS:

Os parâmetros serão construídos a partir da própria série história de cada instituição e da comparação dos valores médios e medianos dentro do grupo de instituições participantes do Projeto Idoso Bem Cuidado.

PERIODICIDADE DE ENVIO DE DADOS

Mensal

4. PROPORÇÃO DE READMISSÃO HOSPITALAR EM 30 DIAS EM IDOSOS

CONCEITUAÇÃO

Proporção de readmissões ocorridas em até 30 dias, em pessoas com 60 anos e mais de idade, após a última alta hospitalar.

Este indicador também pode ser analisado por grupos diagnósticos, ou seja, por causa primária da internação.

INTERPRETAÇÃO

1. O indicador mede a taxa de internações em idosos que retornaram ao hospital, no prazo de 30 dias, desde a última vez que deixaram o hospital depois de uma admissão.
2. Há uma série de fatores, incluindo cuidados de saúde, acompanhamento social e de reabilitação que contribuem para a recuperação efetiva depois de períodos de doença ou lesão. Se uma pessoa não se recupera bem, é mais provável que o tratamento hospitalar posterior seja necessário dentro de até 30 dias, que é a razão pela qual este indicador é utilizado para mensurar capacidade resolutiva na recuperação do paciente (NHS,2014).

MÉTODO DE CÁLCULO

Número total de readmissões em qualquer hospital em até 30 dias da última alta hospitalar X 100

Número total de internações em regime hospitalar, no mês de referência

DEFINIÇÃO DE TERMOS UTILIZADOS NO INDICADOR:

a) Numerador:

Número de pacientes, com 60 anos e mais, readmitidos à internação hospitalar entre 0 e 29 dias da última alta hospitalar.

1. Incluir somente pessoas com 60 anos e mais de idade.
2. Admissões hospitalares por questões de saúde mental estarão incluídas.
3. Internações hospitalares por câncer e obstetrícia devem ser excluídas.
4. Não considerar internações em hospital-dia.

b) Denominador:

Número total de internações hospitalares, respeitando os critérios de exclusão a seguir:

1. Todas as condições de internação hospitalar, com exceção de câncer e obstetrícia. Casos de um dia, admissões na maternidade (com base na especialidade, tipo de episódio, diagnóstico), e aqueles com menção de um diagnóstico de câncer ou quimioterapia em qualquer lugar nos 365 dias antes da admissão também serão excluídos.
3. Readmissões que terminam em morte também estarão incluídas no numerador.
4. Não considerar internações em hospital-dia.

PARÂMETROS

Os parâmetros serão construídos a partir da própria série história de cada instituição e da comparação dos valores médios e medianos dentro do grupo de instituições participantes do Projeto Idoso Bem Cuidado.

Como exemplo, a literatura internacional mostra que nos Estados Unidos, os dados do NCHS para 2012 indicam que houve, em até 30 dias da última alta hospitalar, 18,7% foram readmissões hospitalares entre pacientes com pneumonia, 18,6% foram entre pacientes que apresentavam alguma condição aguda e 19,1% entre os que apresentaram ataque cardíaco (NCHS, 2012).

PERIODICIDADE DE ENVIO DE DADOS

Mensal

5. RAZÃO DE INTERNAÇÃO EM 30 DIAS EM IDOSOS

CONCEITUAÇÃO

Razão do número de internações hospitalares em idosos por total de idosos assistidos pelo programa ou instituição, nos últimos 30 dias.

Este indicador também pode ser analisado por grupos diagnósticos, ou seja, por causa primária da internação.

INTERPRETAÇÃO

1. O indicador mede a frequência de internação hospitalar em pessoas com 60 anos e mais de idade, no período de 30 dias, por paciente. Pode ser expresso por meio de uma média ou mediana do conjunto de idosos assistidos.

MÉTODO DE CÁLCULO

Número total de internações hospitalares em idosos, nos últimos 30 dias

Número total de idosos assistidos pelo programa ou pela instituição, no mês de referência

DEFINIÇÃO DE TERMOS UTILIZADOS NO INDICADOR:

a) Numerador:

Número de internações hospitalares, em pacientes com 60 anos e mais, ocorridas nos últimos 30 dias (ex. mês de referência setembro).

1. Incluir somente pessoas com 60 anos e mais de idade.
2. Admissões por questões de saúde mental estarão incluídas.
3. Internações por câncer e obstetrícia devem ser excluídas.
4. Não considerar internações em hospital-dia.

b) Denominador:

Número total de idosos assistidos pelo programa ou pela instituição, respeitando os critérios de exclusão a seguir:

1. Incluir somente pessoas com 60 anos e mais de idade.

PARÂMETROS

Os parâmetros serão construídos a partir da própria série história de cada instituição e da comparação dos valores médios e medianos dentro do grupo de instituições participantes do Projeto Idoso Bem Cuidado.

PERIODICIDADE DE ENVIO DE DADOS

Mensal

6. RAZÃO DE IDAS A EMERGÊNCIA EM IDOSOS EM 30 DIAS

CONCEITUAÇÃO

Proporção de idas a emergência / pronto-atendimento em idosos em relação ao total de idosos assistidos pela instituição ou participantes do Projeto Idoso Bem Cuidado.

Este indicador também pode ser analisado por grupos diagnósticos. Os diagnósticos mais freqüentemente encontrados no serviço de emergência variam na literatura, dependendo da classificação e dos critérios de exclusão utilizados no estudo, além de estarem intimamente relacionados à idade.

INTERPRETAÇÃO

1. O indicador mede a freqüência da procura pelo serviço de emergência ou pronto-atendimento, em pessoas com 60 anos e mais de idade, no período de

30 dias. Pode ser expresso por meio de uma média ou mediana do conjunto de idosos assistidos.

2. O serviço de emergência tem como objetivo prestar um tratamento imediato e provisório

aos casos de acidentes ou enfermidades imprevistas, os quais não podem ser resolvidos nos

outros níveis de assistência. Altas frequências de admissões à emergência em idosos podem estar associadas a baixa cobertura ou baixa resolutividade nos serviços de cuidados primários dos sistemas de saúde.

3. Os motivos para os idosos recorrerem aos serviços de emergência são multifatoriais. Contribuindo para tal, não apenas o aspecto da fragilidade (sobretudo no caso idosos muito idosos), mas também a presença de comorbidades, fatores sócio-ambientais e, inclusive, a sensação de finitude próxima, o que faz com que o atendimento a este grupo populacional seja complexa e exija a presença de uma equipe multiprofissional de retaguarda.

O ambiente hospitalar para o idoso pode representar um risco a mais à sua condição de saúde (efeitos secundários como poli-medicação, desorientação espaço-temporal e infecções nosocomiais, etc), se o manejo de suas necessidades atuais de saúde não forem bem administradas no contexto de sua história clínica com o médico de referência.

MÉTODO DE CÁLCULO

Número total de idas a emergência em idosos, nos últimos 30 dias

Número total de idosos assistidos, no mês de referência

DEFINIÇÃO DE TERMOS UTILIZADOS NO INDICADOR:

a) Numerador:

Número de idas a emergência, em pacientes com 60 anos e mais, ocorridas nos últimos 30 dias (ex. mês de referência setembro).

1. Incluir somente pessoas com 60 anos e mais de idade.
2. Todas as condições de procura pelo serviço de emergência devem ser incluídos, com exceção de câncer e obstetrícia.
3. Admissões que terminam em morte também estarão incluídas no numerador.
4. Admissões por questões de saúde mental estarão incluídas no numerador.
5. Admissões por câncer e obstetrícia devem ser excluídas.

b) Denominador:

Número total de idosos assistidos, no período de referência.

PARÂMETROS

Os parâmetros serão construídos a partir da própria série história de cada instituição e da comparação dos valores médios e medianos dentro do grupo de instituições participantes do Projeto Idoso Bem Cuidado.

PERIODICIDADE DE ENVIO DE DADOS

Mensal

7. UTILIZA INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL DO IDOSO

CONCEITUAÇÃO

Mensura a adoção de instrumentos de avaliação funcional do idoso no Projeto Idoso Bem Cuidado.

Uma avaliação geriátrica eficiente e completa são fundamentais para a elaboração de um plano de cuidado integral ao idoso, adequado às suas necessidades. Seus objetivos são o diagnóstico precoce de problemas de saúde e a orientação de serviços de suporte e retaguarda onde e quando forem necessários, para manter o quanto possível a qualidade de vida e a autonomia do idoso. O cuidado ao idoso deve observar uma ampla avaliação funcional em busca de perdas possíveis de funções e capacidades essenciais à essa autonomia.

Os instrumentos utilizados atualmente na Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) evoluíram ao longo de setenta anos incorporando elementos do exame clínico tradicional, da avaliação realizada por assistentes sociais, da avaliação funcional realizada pelos especialistas em reabilitação, da avaliação nutricional e dos métodos de avaliação neuropsicológica. Os conceitos formulados evoluíram ao mesclar os tradicionais anamnese e exame físico com avaliação funcional e tratamento derivado das disciplinas de reabilitação, serviço social, e outros aspectos de medida psicométrica das ciências comportamentais e sociais.

Os principais instrumentos de avaliação disponíveis são:

- 1. Cartão de Jaeger (escala visual)*
- 2. Mini Exame do Estado Mental - MEEM (teste de Folstein)*
- 3. Escala de Depressão Geriátrica – EDG (escala de Yesavage)*
- 4. Escala de Atividades Básicas de Vida Diária (escala de Katz)*

5. *Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (escala de Lawton)*
6. *Mini Avaliação Nutricional*
7. *Teste de Equilíbrio e Marcha - TUG (Timed Get Up and Go)*
8. *Rastreamento funcional de Lachs*

INTERPRETAÇÃO

Permite verificar a utilização do modelo da avaliação geriátrica ampla, que compõe um dos principais eixos estruturantes do modelo proposto pelo Idoso Bem Cuidado pelas instituições do Piloto.

Ferramentas para rastreio de fragilidade e perda da capacidade funcional devem ser utilizadas, com o objetivo de identificar precocemente os idosos frágeis e direcionar a atuação geriátrica, prevenindo internações repetidas, aumentando a qualidade de vida e, em alguns casos, evitando a morte precoce.

MÉTODO DE CÁLCULO

Utiliza Instrumentos de Avaliação Funcional? Sim ou Não.

Se Sim, quais instrumentos utiliza? Escolher dentre as opções do FormSUS ou especificar no campo Outros: quais utiliza.

Detalhar, no campo texto, quais instrumentos utiliza para:

- a. Avaliação das Atividades de Vida Diária (AVD).
- b. Avaliação das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD).

DEFINIÇÃO DE TERMOS UTILIZADOS NO INDICADOR:

a. Numerador: número de idosos estratificados/avaliados.

b. Denominador: número total de idosos assistidos pelo programa ou instituição.

PARÂMETROS

Os parâmetros são os disponíveis na literatura nacional e internacional para cada instrumento de avaliação.

PERIODICIDADE DE ENVIO DE DADOS

Mensal

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lourenço RA, Veras RP. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais [Mini-Mental State Examination: psychometric characteristics in elderly outpatients]. Rev Saude Publica 2006;40:712-719.

LOURENÇO, R.A; PEREZ, M.. & SANCHEZ, M.A.S. Apêndice: Escalas de Avaliação Geriátrica. In: Tratado de Geriatria e Gerontologia. Elizabete Viana de Freitas; Ligia Py; Johannes Doll (Editores). Pag. 1707-1720 ISBN 9788527719056 Rio de Janeiro: Ed. Guanabara-Koogan, 3ª Edição, 2011.

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psichiatri Res, 1983;17(1):37-49

Paradela, E.M.P. et al. Validação da escala de depressão geriátrica em ambulatório geral (2005). Rev. Saúde Pública vol.39, no6, 918-923.

LOURENÇO, R.A; PEREZ, M.. & SANCHEZ, M.A.S. Apêndice: Escalas de Avaliação Geriátrica. In: Tratado de Geriatria e Gerontologia. Elizabete Viana de Freitas; Ligia Py; Johannes Doll (Editores). Pag. 1707-1720 ISBN 9788527719056 Rio de Janeiro: Ed. Guanabara-Koogan, 3ª Edição, 2011.

Katz S., Ford A., Moskowitz RW ET AL. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA, 1963;12:914-919.

LINO, VTS; PEREIRA, SRM; CAMACHO, LAB; RIBEIRO FILHO, ST; BUKSMAN S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(1):103-112, jan, 2008.

LOURENÇO, R.A; PEREZ, M.. & SANCHEZ, M.A.S. Apêndice: Escalas de Avaliação Geriátrica. In: Tratado de Geriatria e Gerontologia. Elizabete Viana de Freitas; Ligia Py; Johannes Doll

(Editores). Pag. 1707-1720 ISBN 9788527719056 Rio de Janeiro: Ed. Guanabara-Koogan, 3ª Edição, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA, Série A. Normas e Manuais Técnicos
Cadernos de Atenção Básica, n. 19, Brasília – DF, 2007
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abccad19.pdf>

Lawton MP, Brody EM. Assessment of people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 1969; 9(3): 179-186.

Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging* 2006;10:456-465.

Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J. Geront* 2001;56A: M366-377.

Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging* 2006; 10:466-487.

Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status. *J Nutr Health Aging* 2009; 13:782-788.

LOURENÇO, R.A; PEREZ, M.. & SANCHEZ, M.A.S. Apêndice: Escalas de Avaliação Geriátrica. In: Tratado de Geriatria e Gerontologia. Elizabete Viana de Freitas; Ligia Py; Johannes Doll (Editores). Pag. 1707-1720 ISBN 9788527719056 Rio de Janeiro: Ed. Guanabara-Koogan, 3ª Edição, 2011.

Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *JAGS* 1986; 34: 119-126. (Scoring description: PT Bulletin Feb. 10, 1993)

MINISTÉRIO DA SAÚDE, ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA, Série A. Normas e Manuais Técnicos
Cadernos de Atenção Básica, n. 19, Brasília – DF, 2007
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abccad19.pdf>

8. TEMPO MÉDIO DE INTERNAÇÃO EM IDOSOS

CONCEITUAÇÃO

Representa o tempo médio em dias que os pacientes permanecem internados no hospital.

Este indicador também pode ser analisado por grupos diagnósticos.

INTERPRETAÇÃO

1. Avalia o tempo que em média um paciente idoso permanece internado em um hospital. É um indicador relacionado a boas práticas clínicas e também um indicador clássico de desempenho hospitalar e está relacionado à gestão eficiente do leito operacional.
2. As características do hospital em termos de estrutura de serviço, de vocação para determinadas especialidades clínicas e de perfil clínico dos pacientes (severidade, faixa etária e comorbidades) afetam diretamente os tempos de permanência hospitalar e podem explicar variações loco - regionais.

MÉTODO DE CÁLCULO

Somatório do número de pacientes idosos-dia em internação hospitalar, no período

Número total de saídas hospitalares de pacientes idosos, no mês de referência

DEFINIÇÃO DE TERMOS UTILIZADOS NO INDICADOR:

a) Numerador:

Número de pacientes-dia: somatório de pacientes com 60 anos e mais do hospital, no período de um mês.

1. Incluir somente pessoas com 60 anos e mais de idade.
2. Utilizar o censo de 00:00 hora de cada dia. A padronização preconizada é baseada na nomenclatura e definição de leitos estabelecida pela Portaria MS n. 312/2002.
3. O número de pacientes-dia corresponde ao volume de pacientes que estão pernitando no hospital em cada dia. O número total de pacientes-dia no mês será a somatória de pacientes-dia de cada dia do mês (CQH, 2009).

2. Todas as condições de procura pelo serviço de emergência devem ser incluídos, com exceção de câncer e obstetrícia.
3. Admissões que terminam em morte também estarão incluídas no numerador.
4. Admissões por questões de saúde mental estarão excluídas no numerador.
5. Admissões por câncer e obstetrícia devem ser excluídas.

b) Denominador:

Número de saídas hospitalares em pessoas com 60 anos e mais de idade.

1. As saídas hospitalares incluem as altas, as transferências externas e os óbitos hospitalares, no período de um mês.
3. Admissões que terminam em morte também estarão incluídas no denominador.
4. Admissões por questões de saúde mental estarão excluídas no denominador.

PARÂMETROS

Os parâmetros serão construídos a partir da própria série história de cada instituição e da comparação dos valores médios e medianos dentro do grupo de instituições participantes do Projeto Idoso Bem Cuidado.

Destaca-se que em hospitais de agudos, a média de permanência tende a variar entre 3 a 5 dias.

PERIODICIDADE DE ENVIO DE DADOS

Mensal

9. ÍNDICE DE RETORNO AO MÉDICO DE REFERÊNCIA

CONCEITUAÇÃO

Número de reconsultas ao médico de referência do idoso sobre o número total de consultas ao médico de referência.

INTERPRETAÇÃO

Mede o grau de retorno dos idosos ao seu médico de referência (centralizador do cuidado).

O conceito de médico de referência é diferente do conceito do navegador. O médico de referência é aquele que concentra o cuidado e o navegador é o assistente do cuidado que irá auxiliar ao idoso a percorrer as diferentes instâncias da linha de cuidado, conforme as necessidades identificadas, pelo médico de referência e pela equipe multidisciplinar.

Permite avaliar a adesão do idoso ao médico de referência.

MÉTODO DE CÁLCULO

Número total de reconsultas em idosos ao médico de referência, no período de referência X 100

Número total de consultas idosos assistidos pelo programa ou pela instituição, no mês de referência

DEFINIÇÃO DE TERMOS UTILIZADOS NO INDICADOR:

a) Numerador:

Número total de reconsultas em idosos com o médico de referência.

1. Incluir somente pessoas com 60 anos e mais de idade.
2. Incluir no somatório as consultas de retorno ao médico de referência do idoso no plano de cuidado.

b) Denominador:

Número total de consultas em pacientes, com 60 anos e mais de idade, assistidos pelo programa ou pela instituição, no mês de referência.

Período de Referência: em 30 dias (último mês de referência).

PARÂMETROS:

Os parâmetros serão construídos a partir da própria série história de cada instituição e da comparação dos valores médios e medianos dentro do grupo de instituições participantes do Projeto Idoso Bem Cuidado.

PERIODICIDADE DE ENVIO DE DADOS

Mensal

10. ADOÇÃO DE MODELO DE REMUNERAÇÃO INTEGRADO COM O MODELO ASSISTENCIAL

CONCEITUAÇÃO

Mensura a adoção de modelos alternativos de remuneração pelas operadoras e prestadores de serviços participantes do Projeto Idoso Bem Cuidado.

INTERPRETAÇÃO

Mudanças nos arranjos assistenciais da prestação de serviços também envolvem mudanças na lógica de pagamento/remuneração dos serviços de saúde, envolvendo tanto pagadores quanto prestadores.

A complexidade de modelos mais integrativos e de cuidados continuados, como o é o Idoso Bem Cuidado e, como devem ser os modelos de cuidado a pacientes com problemas crônicos de saúde requer profundas mudanças nos

modelos de pagamento à prestadores de saúde para que possam de fato incorporar à estrutura de pagamento ações e instâncias de cuidado que não são transponíveis para a lógica de tabelas de pagamento – características do modelo vigente *Fee-for-Service*.

Este indicar permite aferir o grau de mudança em relação aos modelos de pagamento à prestadores no âmbito do Projeto Idoso Bem Cuidado.

MÉTODO DE CÁLCULO

Adota Modelo de Remuneração Integrado com o Modelo Assistencial?

Sim ou Não.

Se Sim, quais instrumentos utiliza? Escolher dentre as opções do FormSUS

1. Orçamento Global
2. Grupos de Diagnósticos Homogêneos - DRG
3. Capitação (Prepaid/Capitation)
4. Bundled Payments
5. Outras modalidades de P4P

PARÂMETROS:

Não se aplica.

PERIODICIDADE DE ENVIO DE DADOS

Mensal

11. PERCENTUAL DE IDOSOS COM COORDENADOR DE CUIDADOS (IDOSOS NAVEGADOS)

CONCEITUAÇÃO

Proporção de Idosos sob acompanhamento do Coordenador de Cuidados ('Navegador').

INTERPRETAÇÃO

Mede a proporção da população de idosos que estão tendo a oportunidade de terem um coordenador do cuidado (navegador).

Permite inferir o acesso dos idosos à serviços de cuidados primários em saúde.

É influenciado por fatores socioeconômicos, pela infra-estrutura de prestação de serviços e por diretrizes assistenciais e preventivas.

MÉTODO DE CÁLCULO

$$\frac{\text{Número de idosos acompanhados por coordenador de cuidados (navegador), no período de referência}}{\text{Número total de idosos assistidos pelo programa ou pela instituição, no mês de referência}} \times 100$$

Número total de idosos assistidos pelo programa ou pela instituição, no mês de referência

DEFINIÇÃO DE TERMOS UTILIZADOS NO INDICADOR:

a) Numerador:

Número de pacientes idosos – com 60 anos e mais – que realizaram consulta com médico generalista nos últimos 30 dias.

1. Incluir somente pessoas com 60 anos e mais de idade.
2. O conceito do navegador é o de um profissional de saúde – em geral enfermeira ou assistente social – que irá acompanhar e facilitar a trajetória do

paciente pelas diferentes instâncias de cuidado da rede assistencial. O navegador não é o médico de referência.

b) Denominador:

Número total de pacientes, com 60 anos e mais de idade, assistidos pelo programa ou pela instituição.

Período de Referência: em 30 dias (último mês de referência).

PARÂMETROS:

Os parâmetros serão construídos a partir da própria série história de cada instituição e da comparação dos valores médios e medianos dentro do grupo de instituições participantes do Projeto Idoso Bem Cuidado.

PERIODICIDADE DE ENVIO DE DADOS

Mensal

12. PERCENTUAL DE IDOSOS PARTICIPANTES DO PROJETO CADASTRADOS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA APM: APENAS PARA OS PARTICIPANTES DO PILOTO DA APM

CONCEITUAÇÃO

Proporção de idosos participantes do Projeto Idoso Bem Cuidado, da instituição (prestador ou operadora), cadastrados no Sistema de Informação da Associação Paulista de Medicina (APM).

INTERPRETAÇÃO

Mede o grau de adesão de profissionais de saúde, prestadores de serviços e do próprio idoso, participantes do Projeto Idoso Bem Cuidado a manter atualizado

o registro de saúde do idoso no sistema de informação disponibilizado pela APM.

Permite inferir o grau de gestão coordenada do cuidado ao idoso.

Permite indiretamente avaliar a importância conferida, pelos participantes do projeto, ao registro das informações em saúde dos idosos para gestão do cuidado.

MÉTODO DE CÁLCULO

Número de idosos cadastrados no sistema de informação da APM, no período de referência X 100

Número total de idosos assistidos pelo programa ou pela instituição, no mês de referência

DEFINIÇÃO DE TERMOS UTILIZADOS NO INDICADOR:

a) Numerador:

Número de pacientes idosos – com 60 anos e mais – Número de idosos participantes do Projeto Idoso Bem Cuidado cadastrados no sistema de informação da APM.

1. Incluir somente pessoas com 60 anos e mais de idade.
2. Incluir no somatório somente os Idosos participantes do Projeto Idoso Bem Cuidado.

b) Denominador:

Número total de pacientes, com 60 anos e mais de idade, participantes do Projeto Idoso Bem Cuidado.

Período de Referência: em 30 dias (último mês de referência).

PARÂMETROS:

Os parâmetros serão construídos a partir da própria série história de cada instituição e da comparação dos valores médios e medianos dentro do grupo de instituições participantes do Projeto Idoso Bem Cuidado.

PERIODICIDADE DE ENVIO DE DADOS

Mensal