

Avaliação das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: um panorama das desigualdades regionais

Evaluation of Long-Term Institutions for Older People in Brazil: an overview of regional inequalities

Mirna Rodrigues Costa Guimarães (<https://orcid.org/0000-0002-9031-5692>)¹

Karla Cristina Giacomini (<https://orcid.org/0000-0002-9510-6953>)²

Raquel Conceição Ferreira (<https://orcid.org/0000-0001-8897-9345>)¹

Andrea Maria Duarte Vargas (<https://orcid.org/0000-0002-4371-9862>)¹

Abstract *This article aims to evaluate the Brazilian Long-Term Institutions for Older People (LTIE), according to the Integrated Multidimensional Theoretical Model of Quality and Service (MIQA), and compare the performance achieved between the regions of the country. Descriptive ecological study carried out with public secondary data from the LTIE participating in the 2018 Census of the Unified Social Assistance System. An Evaluation Matrix was constructed from the Census variables and the MIQA Theoretical Model. Quality parameters were used to classify the institutions' performance for each indicator as "incipient", "developing" or "desirable". The disparity index was obtained for each indicator. 1,665 institutions were analyzed. Differences were observed in the percentages of LTIE with "desirable" performance between Brazilian regions, and the need for improvement in most LTIE in relation to the proportion of caregivers of older people, the composition of the multidisciplinary team, accessibility and supply of health promotion actions. There was a need for government support for the suppression of exclusionary differentiation criteria and for the expansion of services to overcome overcrowding.*

Key words *Aged, Nursing homes, Long-Term Institutions for Older People, Old age assistance, Home Nursing*

Resumo *O objetivo deste artigo é avaliar as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) brasileiras, segundo o Modelo Teórico Multidimensional Integrado de Qualidade e Atendimento (MIQA), e comparar o desempenho alcançado entre as regiões do país. Estudo ecológico descritivo realizado com dados secundários públicos das ILPI participantes do Censo do Sistema Único da Assistência Social de 2018. Uma Matriz de Avaliação foi construída a partir das variáveis do Censo e do Modelo Teórico MIQA. Parâmetros de qualidade foram empregados para classificar o desempenho das instituições para cada indicador em "incipiente", "em desenvolvimento" ou "desejável". O índice de disparidade foi obtido para cada indicador. Foram analisadas 1.665 instituições. Observaram-se diferenças nos percentuais de ILPI com desempenho "desejável" entre as regiões brasileiras, e a necessidade de aprimoramento na maioria das ILPI em relação à proporção de cuidadores de pessoas idosas, a composição da equipe multiprofissional, a acessibilidade e a oferta de ações de promoção de saúde. Verificou-se a necessidade de apoio governamental para a supressão dos critérios de diferenciações excludentes e para a expansão dos serviços para superar as superlotações.*

Palavras-chave *Idoso, Casas de repouso, Instituição de Longa Permanência para Idosos, Assistência a idosos, Assistência Domiciliar*

¹ Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Presidente Antônio Carlos 6627, Pampulha. 31270-901 Belo Horizonte MG Brasil. mirnarcg@gmail.com

² Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Belo Horizonte MG Brasil.

Introdução

O crescimento acentuado da população em idade mais avançada ocorre em um contexto de transformações estruturais acentuadas nas famílias, decorrentes de mudanças na nupcialidade, da queda da fecundidade e do ingresso maciço das mulheres no mercado de trabalho¹. Essas mudanças impõem o reconhecimento da necessidade de se estabelecer alternativas de cuidados não familiares ou formais para a população idosa fragilizada e desperta um debate sobre a provisão e a qualidade dos cuidados de longa duração (CLD)¹.

Diferentes formas de organizações de CLD para pessoas idosas são observadas no mundo, a depender de questões políticas, sociais e culturais, e dos níveis de responsabilidade do Estado ou do indivíduo/família. Estratégias de bem-estar social vêm sendo desenvolvidas por alguns países, com estabelecimento de seguro social universal e obrigatório para a população de mais idade, com despesas feitas por copagamentos, cosseguros e cobrança extra². É consenso que a população muito idosa é a mais exposta às doenças e agravos crônicos não transmissíveis, muitos deles culminando com sequelas limitantes de um bom desempenho funcional, gerando situações de dependência e consequente necessidade de CLD^{3,4}. Estudos apontaram em 65% a proporção de necessidades não atendidas para atividades básicas e instrumentais de vida diária voltadas ao público idoso, com predomínio nos grupos de pessoas economicamente desfavorecidas^{3,5}. Esse cenário, bem como as mudanças em curso impõem o reconhecimento da necessidade de se estabelecer políticas públicas que possibilitem alternativas de CLD à determinados idosos, bem como de incentivar a participação do mercado privado na oferta desses serviços⁴.

No Brasil, dentre as modalidades de assistência para os CLD às pessoas com mais de 60 anos estão as Instituições de Longa Permanência para as pessoas Idosas (ILPI) que, de acordo com a tipificação da Política Nacional de Assistência Social, são modalidades para satisfazer as necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social de pessoas idosas sem vínculo familiar ou sem condições de prover a própria subsistência⁶. Um levantamento nacional de caráter censitário sobre as ILPI brasileiras, realizado entre 2007 e 2009, demonstrou um predomínio por ILPI filantrópicas (65,2%), com menor percentual de ILPI públicas (6,6%) e privadas (28,2%)⁴.

No âmbito da saúde, a regulamentação das ILPI brasileiras prevê o monitoramento de taxas

de mortalidade; taxa de incidência de doenças diarreicas agudas, de escabiose e desidratação; taxa de prevalência de úlcera de decúbito e de desnutrição da população idosa residente⁷. Contudo, avaliar essas instituições é uma questão multidimensional e complexa, que sofre influências contextuais e das condições de saúde dos residentes. Com a finalidade de coletar informações sobre os serviços, programas e projetos de Assistência Social; e proporcionar subsídios para a construção de indicadores de monitoramento e avaliação, o Ministério do Desenvolvimento Social Brasileiro estabeleceu o Censo do Sistema Único de Assistência Social (Censo SUAS), a partir do ano de 2010, com coletas anuais de dados. As ILPI foram incluídas no Censo SUAS, a partir de 2012, contudo, não foi localizado um modelo específico de avaliação e monitoramento dos resultados alcançados por essas instituições, nem determinações a serem tomadas, diante das inconformidades encontradas⁸.

A avaliação institucional tem sido uma prática incentivada e reconhecida em muitos países e constitui-se num poderoso instrumento para a implementação das políticas sociais⁹. Diferentes modelos teóricos de avaliação foram propostos para ILPI¹. Rantz *et al.*¹⁰ elaboraram o Modelo Multidimensional Integrado de Qualidade e Atendimento centrado na pessoa com sete Dimensões da Qualidade¹⁰. Uma Matriz de indicadores, denominada neste estudo de Matriz Multidimensional de Avaliação (MMA) foi construída a partir das variáveis do Censo SUAS, baseada no Modelo Teórico de Rantz *et al.*¹⁰ e validada, no Brasil, por Guimarães *et al.*¹¹. O objetivo deste estudo foi avaliar as ILPI brasileiras cadastradas junto ao Sistema Único da Assistência Social, por meio da MMA, comparando o desempenho alcançado entre as cinco regiões do país.

Método

Trata-se de um estudo ecológico descritivo, realizado com dados secundários públicos extraídos do Portal Censo SUAS, vinculado à Secretaria Nacional de Assistência Social do Ministério de Desenvolvimento Social do Brasil¹².

Amostra do estudo

Foram incluídas todas as ILPI brasileiras vinculadas à política de assistência social, públicas e filantrópicas, com dados do último Censo SUAS disponíveis no momento da extração (ano base

2018). A coleta de dados do Censo SUAS é realizada por agentes públicos municipais e estaduais, por meio do preenchimento de um questionário eletrônico, no momento da visita às instituições¹². As ILPI privadas, com fins lucrativos não respondem ao Censo SUAS. Foram utilizadas duas bases de dados do Banco do Censo SUAS 2018: o banco Acolhimento Municipal e Estadual: dados gerais e Acolhimento Municipal Recursos Humanos¹². Na primeira base, as unidades amostrais foram as ILPI e na segunda, os trabalhadores. As duas bases foram vinculadas pela variável comum de identificação das ILPI, o Cadastro do Sistema Único de Assistência Social (CadSUAS)¹².

Avaliação das ILPI

As ILPI foram avaliadas utilizando a MMA, validada, no Brasil, por Guimarães *et al.*¹¹. A MMA é composta por 18 indicadores, em sete dimensões da qualidade das ILPI: 1) Foco central nos residentes, familiares, funcionários e comunidade (4 indicadores); 2) Recursos humanos (3 indicadores); 3) Envolvimento familiar (1 indicador); 4) Cuidado individualizado (4 indicadores); 5) Meio Ambiente (2 indicadores); 6) Moradia (3 indicadores); 7) Comunicação (1 indicador) (Quadro 1).

Os indicadores foram calculados usando os dados coletados no censo SUAS 2018. O desempenho das ILPI para cada indicador foi classificado em: “incipiente”, “em desenvolvimento” e “desejável” com base em legislações regulatórias, na literatura ou em critérios estatísticos (Quadro 1).

As variações regionais nas proporções de ILPI que alcançaram desempenhos “desejáveis” foram apresentadas por meio de mapas. Adicionalmente, para sintetizar o resultado para cada dimensão, foram calculadas as proporções de ILPI com, pelo menos, um indicador com desempenho desejável, em cada região. Para construção dos mapas, utilizou-se o *software* Microsoft Excel 365[®].

Cálculo do índice de disparidade

O Índice de Disparidade (ID) foi empregado para estimar e comparar a magnitude das diferenças entre as regiões brasileiras nas proporções de ILPI com desempenho “desejável” para os indicadores avaliados, por ser uma referência positiva de qualidade a ser alcançada. Os valores deste índice refletem, em percentuais, a média do desvio absoluto obtido entre a proporção de ILPI com desempenho desejável e o valor de referência (região com maior percentual de ILPI com

desempenho desejável para o indicador) ou o valor do Brasil. Os índices de disparidade foram também calculados para comparar as proporções de ILPI com pelo menos um indicador com desempenho desejável entre as regiões para cada dimensão. Para este cálculo, o valor de referência foi sempre a região com o maior percentual. O seu cálculo baseou-se na fórmula elaborada por Percy e Keppel¹³.

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais por meio do parecer nº 3.143.674. A análise dos dados foi realizada utilizando os programas IBM SPSS versão 21 e Stata v. 16.

Resultados

Um total de 1.665 ILPI foram incluídas na análise, sendo 165 (9,91%) da região Centro-Oeste, 189 (11,35%) da Nordeste, 35 (2,10%) da Norte, 1.016 (61,02%) da Sudeste e 260 (15,62%) da região Sul. A taxa de não resposta foi de 0,18% (indicadores 5 e 12); 0,96% (indicadores 4, 8, 9, 10 e 18); 74,83% (indicador 7) e 65,47% (indicador 16). As perdas observadas nesses indicadores foram devido à ausência de dados completos para as variáveis “Existência de capacitações sobre a área de geriatria” (25%), “A Instituição recebe provisão de algum ente público para estrutura física, recursos humanos, equipamentos/materiais ou transporte” (100%), “Presença de pessoas idosas com benefício de prestação continuada” (11,17%) e “A instituição está inscrita no conselho dos direitos das pessoas idosas” (3,72%). A variável do indicador 16 “A instituição recebe provisão de algum ente público para estrutura física, RH, equipamentos/materiais ou transporte” foi excluída da fórmula de cálculo da MMA validada por Guimarães *et al.*¹¹ por ter apresentado 100% dos dados perdidos, com a adaptação do denominador de cinco para quatro. A exclusão dessa variável do indicador 16 não trouxe consequências importantes, pois sua apuração foi realizada com as quatro variáveis que compunham a sua versão original.

As proporções de ILPI nas regiões brasileiras com desempenho “incipiente”, “em desenvolvimento” e “desejável”, para cada indicador, estão apresentadas na Tabela 1. Para a maioria dos indicadores, o maior percentual de ILPI com desempenho desejável foi observado na região Sudeste. As proporções de ILPI com desempenho “desejável” foram 94,10% (indicador “Favorecimento do vínculo Familiar”); 87,50% (indicador “Estrutura

Quadro 1. Indicadores, Variáveis do Censo SUAS, Fórmula de cálculo e Interpretação dos parâmetros de desempenho, conforme Matriz de Multidimensional de Avaliação, Brasil, 2018.

Indicadores	Variáveis Censo SUAS	Fórmula de cálculo e Parâmetros de desempenho (I; ED e D)
Dimensão 1 - Foco central nos residentes, familiares, funcionários e comunidade		
1. Acesso sem diferenciações excludentes	a) A unidade aceita idoso com transtorno mental;	{(número de variáveis com respostas afirmativas/6)*100} - I: de 0 a 33% - ED: de 50 a 68% - D: de 80 a 100%
	b) A unidade aceita idoso refugiadas /imigrantes;	
	c) A unidade aceita idoso com trajetória de rua;	
	d) A unidade aceita idoso indígena ou de comunidades tradicionais (exemplo: quilombola, ciganos, ribeirinhos);	
	e) A unidade aceita idoso com deficiência física, sensorial ou intelectual;	
	f) A unidade aceita idoso travestis, transexuais, transgêneros.	
2. Presença de Coordenador na instituição	a) A ILPI possui um coordenador/ responsável técnico de nível superior, com carga horária mínima de 20 horas, com vínculo formal para coordenar a unidade, conforme legislação;	{(número de variáveis com respostas afirmativas/2)*100} - I: 0% (Não coord.) - ED: 50% (Coord., mas não atende a lei) - D: 100% (Coord. conforme lei)
	b) A ILPI possui um coordenador/ responsável técnico na unidade.	
3. Valorização da equipe de profissionais	a) Número de profissionais com vínculo de trabalho com a instituição [empregado celetista do setor privado, terceirizado, trabalhador de imprensa/ cooperativa/ entidade prestadora de serviço, servidor estatutário ou empregado público celetista;	{(a/b)*100} - I: de 0 a 33% - ED: de 33,01 a 66% - D: de 66 a 100%.
	b) Número de profissionais que atuam na instituição.	
4. Atenção à família da pessoa idosa	a) Realiza atendimento psicossocial das famílias das pessoas acolhidas (orientação familiar);	{(número de variáveis com respostas afirmativas/3)*100} - I: de 0 a 33% - ED: de 33,01 a 66% - D: de 66 a 100%
	b) Promove reuniões com grupos de famílias dos idosos;	
	c) Promove contato e participação da família na vida do idoso.	
Dimensão 2 - Recursos Humanos		
5. Razão de cuidadores por pessoa idosa	a) Número de cuidadores com carga horária de 40 horas semanais ou com mais de 40 horas semanais.	{(a/b*100) - I: <0,025 - ED: entre 0,025 e 0,049% - D: ≥0,05%
	b) Número de idosos residentes.	
6. Baixa rotatividade de profissionais	a) Número de profissionais que trabalham na instituição por 1 (um) ano ou mais;	{(a/b)*100} - I: <50% - ED: entre 50% e 86% - D: >86%
	b) Número total de profissionais que trabalham na instituição.	
7. Educação permanente	a) Existência de palestras, oficinas, treinamento e capacitação de trabalhadores na unidade;	{(número de variáveis afirmativas/2)*100} - I: 0% - ED: 50% - D: 100%
	b) Existência de capacitações sobre a área de geriatria (Envelhecimento ou Direitos e cuidados com idoso).	

continua

física adequada”) e 76,20% (indicador “Valorização da equipe de profissionais”). Mais de 80% (83,81%) das ILPI apresentaram desempenho incipiente para o indicador “Profissionais para atividades de lazer” (Tabela 1). Menores percentuais de ILPI com desempenho desejável foram observados para os seguintes indicadores: 9,9% (“Pro-

fissionais para atividade de lazer”), 10,3% (“Razão de cuidadores de pessoa idosa”), 15,4% (“Equipe Multiprofissional na área da Saúde”), 18,0% (“Acessibilidade”), 22,6% (“Materiais e equipamentos que incentivam a cultura”) (Tabela 1).

Os Indicadores “Favorecimento do vínculo familiar”, “Estrutura física adequada” e “Acesso

Quadro 1. Indicadores, Variáveis do Censo SUAS, Fórmula de cálculo e Interpretação dos parâmetros de desempenho, conforme Matriz de Multidimensional de Avaliação, Brasil, 2018.

Indicadores	Variáveis Censo SUAS	Fórmula de cálculo e Parâmetros de desempenho (I; ED e D)
Dimensão 3 - Envolvimento Familiar		
8. Favorecimento do Vínculo Familiar	a) A unidade promove serviços de convivência e fortalecimento de vínculo para idosos e seus familiares (0: não;1 sim);	{(Soma dos códigos das variáveis a, b, c/5)*100} - I: 20 a 30% - ED: 40 a 60% - D: 80 a 100%
	b) A unidade acolhe usuários com vínculos de parentesco (0: não;1 sim)	
	c) São permitidas visitas na ILPI (0: não; 1:apenas em algumas datas específicas; 2: mensalmente e de 1 a 2 dias na semana; 3:diariamente)	
Dimensão 4 - Cuidado Individualizado		
9. Socialização	a) A ILPI promove atividades com a participação da comunidade;	{(número de variáveis com respostas afirmativas/4)*100} - I: 0 a 25% - ED: 50 a 75% - D: 100%
	b) Acompanha a pessoa idosa para retirada de documentos;	
	c) Realiza passeios com os usuários;	
	d) Promove a participação das pessoas acolhidas em serviços, projetos ou atividades existentes na comunidade.	
10. Gestão do cuidado em saúde	a) Uso de Plano Individual de atendimento;	{(número de variáveis com respostas afirmativas/4)*100} - I: 0 a 25% - ED: 50 a 75% - D: 100%
	b) Uso de prontuário na unidade;	
	c) Realiza relatórios técnicos dos casos em acompanhamento;	
	d) Realiza discussão de casos com outros profissionais da rede.	
11. Equipe multiprofissional na área da saúde	a) Presença de psicóloga para o atendimento psicossocial (individualizado ou em grupo na unidade);	{(número de variáveis com respostas afirmativas/5)*100} - I: 0 a 20% - ED: 40 a 60% - D: 80 a 100%
	b) Presença de enfermeiro na unidade;	
	c) Presença de nutricionista na unidade; d) Presença de fisioterapeuta na unidade; e) Presença de médico na unidade.	
12. Profissionais para atividades de lazer	a) Número de profissional de nível superior para atividades de lazer (educador/ terapeuta ocupacional);	{(Número de profissionais para atividade de lazer 12 h semanais/número de idosos residentes)} - I: 0 - ED: <0,025≠0 - D: ≥0,025
	b) Número de idosos residentes.	

continua

sem diferenciações excludentes” foram os que apresentaram menor magnitude de disparidade quanto ao desempenho “desejável”. A maior disparidade foi observada para os indicadores “Equipe Multiprofissional na área da saúde” e “Razão de cuidadores de pessoas idosas” (Tabela 1). As diferenças entre os ID das Regiões Brasileiras e ID Brasil foram pouco evidentes, e o ID para o indicador “Perfil Social da Instituição” não pode ser calculado, tendo em vista que nenhuma ILPI apresentou desempenho desejável (Tabela 1).

As variações dos percentuais de ILPI com desempenho “desejável” entre as regiões brasilei-

ras, para os Indicadores das sete Dimensões da Qualidade, estão representadas em 18 mapas. As diferentes intensidades das cores indicam variações nos percentuais alcançados nas regiões, do menor para o maior valor. Observa-se o predomínio de ILPI com desempenho “desejável” nas regiões Sudeste e Sul, com exceção dos indicadores “Acesso sem diferenciações excludentes”, “Razão de cuidadores de pessoas idosas”, “Educação Permanente” e “Profissionais para atividades de lazer”, que predominaram na região Norte, e “Baixa rotatividade de profissionais” e “Acessibilidade”, na região Nordeste (Figuras 1 a 3).

Quadro 1. Indicadores, Variáveis do Censo SUAS, Fórmula de cálculo e Interpretação dos parâmetros de desempenho, conforme Matriz de Multidimensional de Avaliação, Brasil, 2018.

Indicadores	Variáveis Censo SUAS	Fórmula de cálculo e Parâmetros de desempenho (I; ED e D)
Dimensão 5 - Meio Ambiente		
13. Estrutura física adequada	a) Existência de dormitórios para, no máximo, 3 idosos;	{(número de variáveis com respostas afirmativas/9)*100} - I: 0 a 33% - ED: 44 a 67% - D: 78 a 100%
	b) Existência de banheiros no mesmo número que dormitórios;	
	c) Existência de área de recreação externa;	
	d) Existência de cozinha, com ou sem despensa;	
	e) Existência de lavanderia;	
	f) Existência de refeitório/sala de jantar;	
	g) Existência de sala de estar, de convivência;	
	h) Existência de sala de administração ou salas de reuniões	
	i) Existência de sala para atividades coletivas.	
14. Acessibilidade	a) Acesso principal adaptado com rampas e existência de rota acessível desde a calçada até o interior da unidade;	{(número de variáveis com respostas afirmativas/9)*100} - I: 0 a 33% - ED: 44 a 67% - D: 78 a 100%
	b) Banheiros adaptados para PcD ou mobilidade reduzida;	
	c) Rota acessível ao banheiro;	
	d) Rota acessível aos dormitórios e espaços de uso coletivo;	
	e) Equipamentos Mobiliário/materiais adequados para PcD ou dependência (Tecnologias Assistivas);	
	f) Acesso principal adaptado com rampas e existência de rota acessível desde a calçada até o interior da unidade, conforme regulamento;	
	g) Banheiros adaptados para PcD, conforme regulamento;	
	h) Rota acessível ao banheiro, conforme regulamento.	
	i) Rota acessível aos dormitórios e espaços de uso coletivo, conforme regulamento específico;	
Dimensão 6 - Moradia		
15. Existência de materiais para a cultura e lazer	a) Presença de acervo bibliográfico;	{(Número de variáveis com respostas afirmativas/5)*100} - I: 0 a 20% - ED: 40 a 60% - D: 80 a 100%
	b) Presença de materiais pedagógicos e culturais;	
	c) Presença de materiais esportivos;	
	d) Presença de jogos educativos e de passatempo;	
	e) Presença de televisão;	
16. Perfil social da instituição	a) Presença de convênio ou parceria com o poder público;	{(Número de variáveis com respostas afirmativas/4)*100} - I: 0 a 25% - ED: 50 a 75% - D: 100%
	b) A instituição é de natureza governamental;	
	c) A instituição está inscrita no conselho dos direitos do idoso;	
	d) Presença de pessoa idosas com Benefício de Prestação Continuada na instituição (com deficiência ou não).	
17. Taxa de ocupação	a) Número de pessoas acolhidas na unidade;	{(Número de idosos residentes na ILPI/capacidade máxima da ILPI)*100} - I: >100% - ED: <85% - D: 85 a 100%
	b) Capacidade máxima para atendimento.	
Dimensão 7 - Comunicação		
18. Abertura ao diálogo	a) A unidade organiza ou promove discussões com idosos sobre as rotinas da unidade; b) A unidade realiza reuniões com os familiares dos idosos.	{(Número de variáveis com respostas afirmativas/2)*100} - I: 0% - ED: 50% - D: 100%.

Legenda: I: incipiente; ED: em desenvolvimento; D: desejável.

Fonte: Autoras.

Tabela 1. Distribuição das ILPI brasileiras de acordo com o desempenho na Matriz Multidimensional de Avaliação e índice de Disparidades para os indicadores segundo as Dimensões da Qualidade de Rantz *et al.*¹⁰. Censo SUAS, Brasil 2018.

Indicadores segundo Dimensões da Qualidade	Percentual de ILPI segundo o desempenho alcançado							Índices de Disparidades
	Desempenho ^a	Regiões Brasileiras (%)					Brasil (%)	
		Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sul	Sudeste		
Dimensão Foco central nos residentes, familiares, funcionários e comunidade								
1. Acesso sem diferenciações excludentes ^c	I	5,7	19	21,8	12,3	20	18,6	7,2
	ED	22,9	19,6	15,8	17,7	14	15,6	
	D	71,4	61,4	62,4	70	66	65,8	
2. Presença de coordenador na Instituição	I	17,1	7,4	7,9	8,9	11,7	10,5	22,2
	ED	51,4	57,1	49,1	37,7	31,8	37,7	
	D	31,5	35,5	43	53,4	56,5	51,8	
3. Valorização da equipe de profissionais	I	42,9	38,6	24,2	7,3	6,7	12,9	29,2
	ED	31,4	14,8	17,6	8,9	8,9	10,9	
	D	25,7	46,6	58,2	83,8	84,4	76,2	
4. Atenção à família da pessoa idosa	I	55,9	46,3	58,7	47,9	35,1	41,1	31,8
	ED	25,5	27,1	21,6	28,4	28,7	27,7	
	D	17,6	26,6	19,7	23,7	36,2	31,2	
% ILPI com, pelo menos, um indicador com desempenho desejável		79,4	87,8	86,4	97,8	93,1	-	8,4
Dimensão Recursos Humanos								
5. Razão de cuidadores de pessoa idosa	I	71,4	61,2	56,7	39,6	36,2	42,3	33,7
	ED	14,3	34	34,8	52,7	51,7	47,4	
	D	14,3	4,8	8,5	7,7	12,1	10,3	
6. Baixa rotatividade de profissionais	I	20	4,2	5,5	2,3	3	3,6	21,3
	ED	34,3	21,7	26,7	54,2	36,6	36,6	
	D	45,7	74,1	67,8	43,5	60,4	59,8	
7. Educação Permanente	I	4	8,7	7,8	9,4	6,2	7,1	13,7
	ED	24	28,2	37,3	35,1	28,7	30,3	
	D	72	63,1	54,9	55,5	65,1	62,6	
% ILPI com, pelo menos, um indicador com desempenho desejável		88	91,2	87,3	88,5	80,1	-	4,6
Dimensão Envolvimento Familiar								
8. Favorecimento do Vínculo Familiar	I	2,9	0,5	0	0,4	0,1	0,2	6,2
	ED	17,7	8	8,6	5,8	4,2	5,7	
	D	79,4	91,5	91,4	93,8	95,7	94,1	
% ILPI com, pelo menos, um indicador com desempenho desejável ^d		79,4	91,5	91,4	93,8	95,7	-	5,6
Dimensão Cuidado Individualizado								
9. Socialização	I	5,9	9,6	12,3	9,3	4,9	6,9	14,2
	ED	52,9	48,9	50,9	47,1	46	47,3	
	D	41,2	41,5	35,8	43,6	48,9	45,8	
10. Gestão do cuidado em saúde	I	5,9	11,7	14,2	11,3	4,9	7,6	15,7
	ED	47,1	47,9	50	44,8	43,5	44,9	
	D	47,1	40,4	35,8	43,9	51,6	47,5	
11. Equipe multiprofissional na área da Saúde	I	80	70,4	71,5	53,1	39	48,8	48,5
	ED	17,1	23,3	23	31,5	41,9	35,8	
	D	2,9	6,3	5,5	15,4	19,1	15,4	
12. Profissionais para atividades de lazer	I	85,7	86,2	86,5	88,1	81,8	83,8	22,1
	ED	2,9	5,3	5,5	6,2	6,8	6,3	
	D	11,4	8,5	8	5,7	11,4	9,9	
% ILPI com, pelo menos, um indicador com desempenho desejável		64,7	60,4	56,2	75,2	66,2	-	14,2

continua

Tabela 1. Distribuição das ILPI brasileiras de acordo com o desempenho na Matriz Multidimensional de Avaliação e índice de Disparidades para os indicadores segundo as Dimensões da Qualidade de Rantz *et al.*¹⁰. Censo SUAS, Brasil 2018.

Indicadores segundo Dimensões da Qualidade	Desempenho ^a	Percentual de ILPI segundo o desempenho alcançado						Índices de Disparidades	
		Regiões Brasileiras (%)					Brasil (%)		
		Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sul	Sudeste			
Dimensão Meio Ambiente									
13. Estrutura física adequada	I	0	0,5	0,6	0	0,3	0,3	6,7	
	ED	28,6	17,5	14,5	11,2	10,5	12,2		
	D	71,4	82	84,9	88,8	89,2	87,5		
14. Acessibilidade	I	8,6	6,9	6,1	3,5	4,4	4,8	20,4	
	ED	77,1	69,3	72,7	77,3	79,3	77,2		
	D	14,3	23,8	21,2	19,2	16,3	18		
% ILPI com, pelo menos, um indicador com desempenho desejável			71,4	87,3	88,5	91,5	93,1	-	7,2
Dimensão Moradia									
15. Existência de materiais para cultura e lazer	I	42,9	33,9	48,5	31,9	35,5	36,2	26	
	ED	42,8	45,5	34,5	40,4	41,6	41,2		
	D	14,3	20,6	17	27,7	22,9	22,6		
16. Perfil social da instituição ^e	I	0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	Não se aplica ^e	
	ED	100	99,9	99,9	99,9	99,9	99,9		
	D	0	0	0	0	0	0		
17. Taxa de ocupação	I	5,7	6,9	8,4	7,3	4,7	5,8	12,9	
	ED	51,4	47,1	45,5	35,4	38	39,6		
	D	42,9	46	46,1	57,3	57,3	54,6		
% ILPI com, pelo menos, um indicador com desempenho desejável			71,4	62,4	60,3	69,2	71,2	-	7
Dimensão Comunicação									
18. Abertura ao diálogo	I	44,1	27,7	37	38,9	28	30,8	16,8	
	ED	26,5	38,3	38,3	35	36,1	35		
	D	29,4	34	24,7	26,1	35,9	32,2		
% ILPI com, pelo menos, um indicador com desempenho desejável ^d			29,4	34	24,7	26,1	35,9	32,2	16,4

Legenda: a) I: incipiente; ED: em desenvolvimento; D: desejável. b) Valores em negrito destacam maiores percentuais de ILPI com desempenho desejável. c) 30% das ILPI declararam não aceitarem pessoas idosas com transtorno mental. d) Tendo em vista que a dimensão possui um único indicador, o percentual de ILPI com, pelo menos, um indicador com desempenho desejável é igual ao percentual observado para o indicador isolado. e) A apuração do dado levou em consideração a alteração da fórmula de cálculo com a exclusão da variável: “A instituição recebe provisão de algum ente público para estrutura física, RH, equipamentos/materiais ou transporte” por ter apresentado 100% de *missing* no momento da apuração. Não foi possível calcular o ID desse indicador pois não houve ILPI com desempenho desejável.

Fonte: Autoras.

Considerando o conjunto de indicadores de cada dimensão, observou-se, para as dimensões “Foco central nos residentes, familiares, funcionários e comunidade”, “Envolvimento Familiar”, “Cuidado Individualizado”, “Meio ambiente” e “Comunicação”, maiores percentuais de ILPI com, pelo menos, um dos indicadores da dimensão com desempenho desejável na região Sudeste e Sul. Observa-se, de modo geral, pior desempenho para os indicadores das dimensões “Comunicação” e “Cuidado Individualizado”. As dimensões da qualidade

com maiores ID foram “Comunicação” (16,4) e “Cuidados Individualizados” (14,2) (Tabela 1).

Discussão

Este estudo descreveu o desempenho das ILPI públicas e filantrópicas brasileiras na avaliação de qualidade, considerando as dimensões do Modelo Teórico Multidimensional Integrado para ILPI de Rantz *et al.*¹⁰. Os dados apresentados revela-

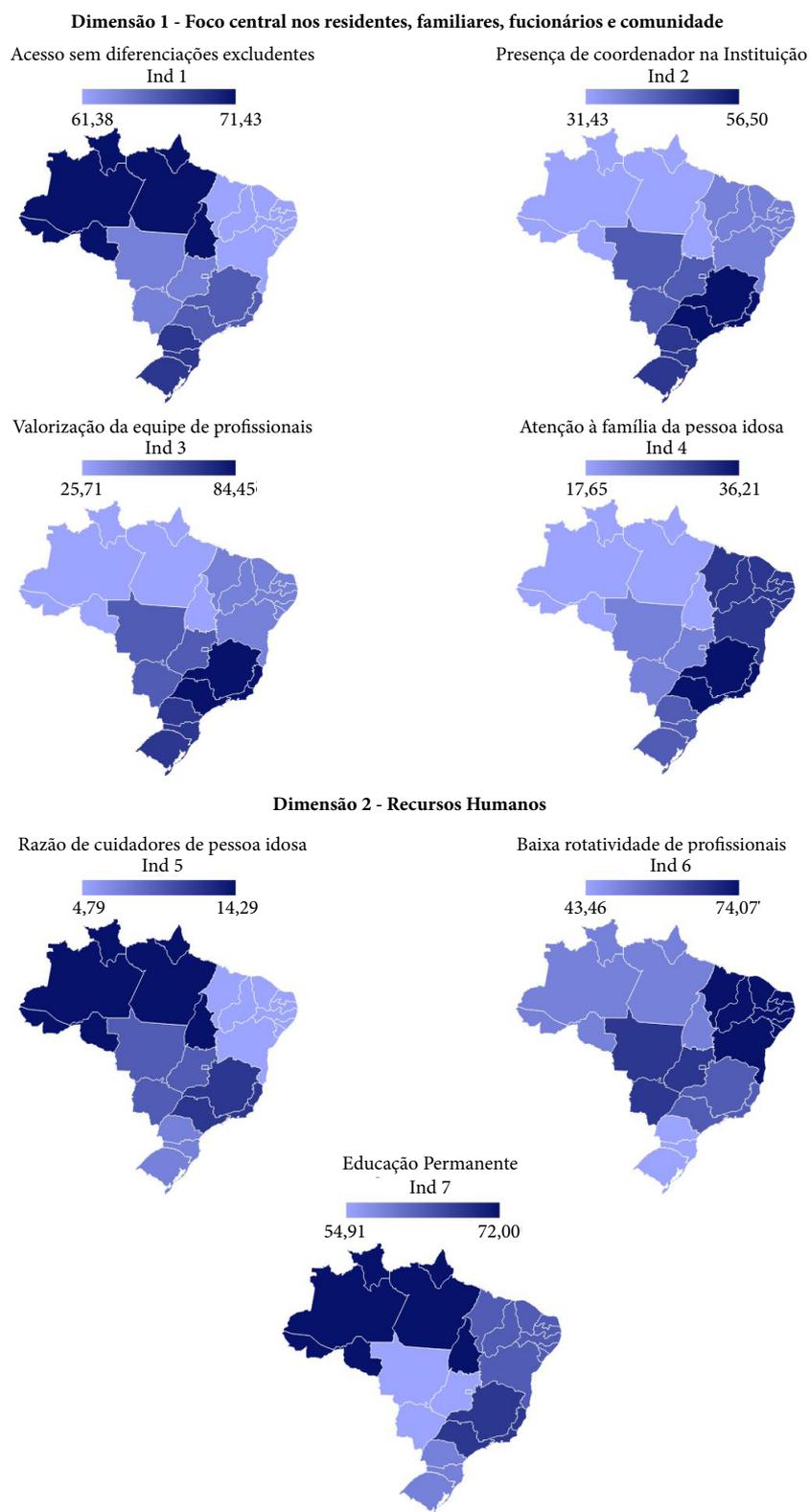


Figura 1. Percentual de instituições de longa permanência para pessoas idosas com desempenho desejável para os indicadores que compõem as dimensões 1 e 2 do Modelo Teórico Multidimensional Integrado de Qualidade e Atendimento de Rantz *et al.*¹⁰. Censo SUAS, Brasil, 2018.

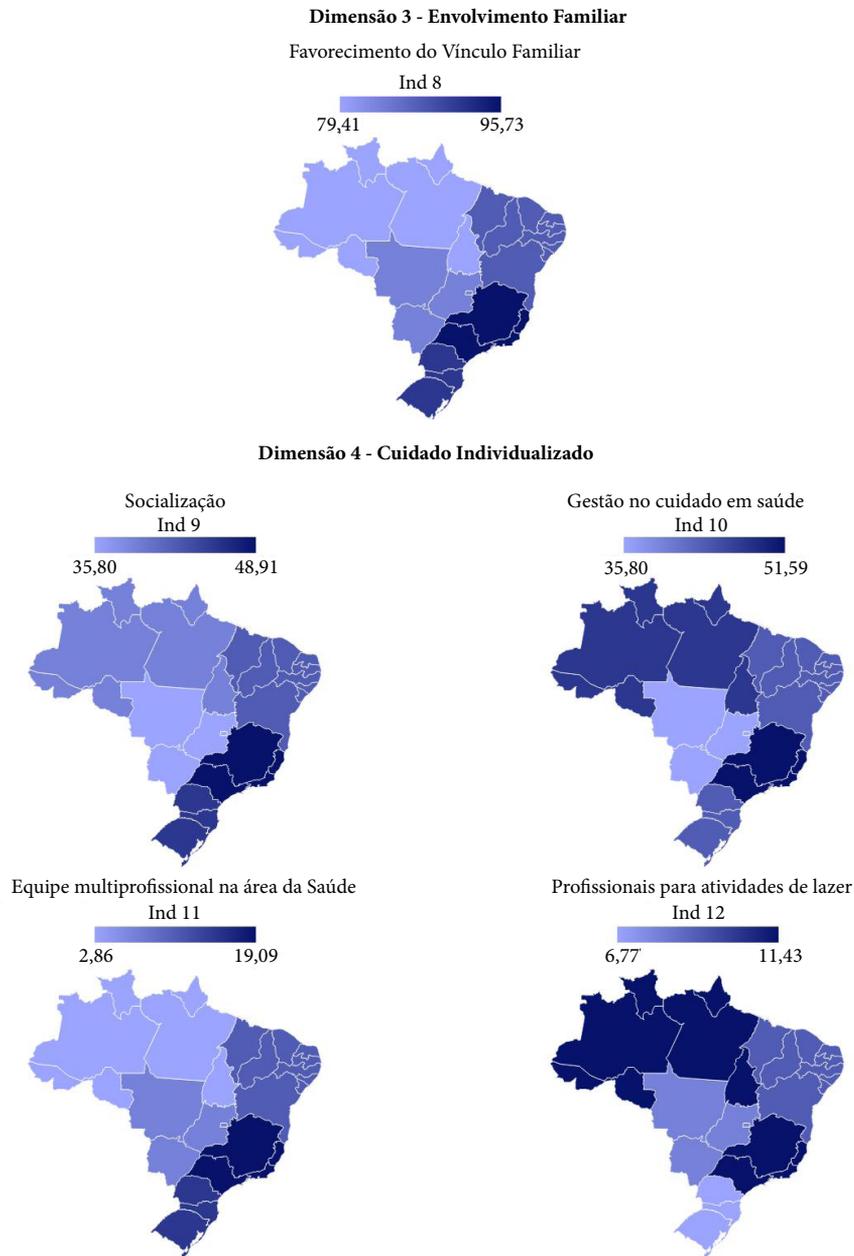


Figura 2. Percentual de instituições de longa permanência para pessoas idosas com desempenho desejável para os indicadores que compõem as dimensões 3 e 4 do Modelo Teórico Multidimensional Integrado de Qualidade e Atendimento de Rantz *et al.*¹⁰. Censo SUAS, Brasil, 2018.

Fonte: Autoras.

ram aspectos que apontam para necessidade de uma nova divisão de obrigações entre o Estado, a família e o mercado privado para a provisão de cuidados para a população idosa.

Este estudo trouxe abordagens ainda pouco demonstradas na literatura, como o foco central das ILPI, a comunicação nessas instituições e a

valorização dos vínculos familiares. O modelo teórico de Rantz *et al.*¹⁰ adotado na MMA inclui sete dimensões da qualidade com conceitos diferentes. Os indicadores foram desenvolvidos buscando avaliar aspectos de cada dimensão, de modo que a interpretação dos resultados deve ser feita tendo esses conceitos como base.

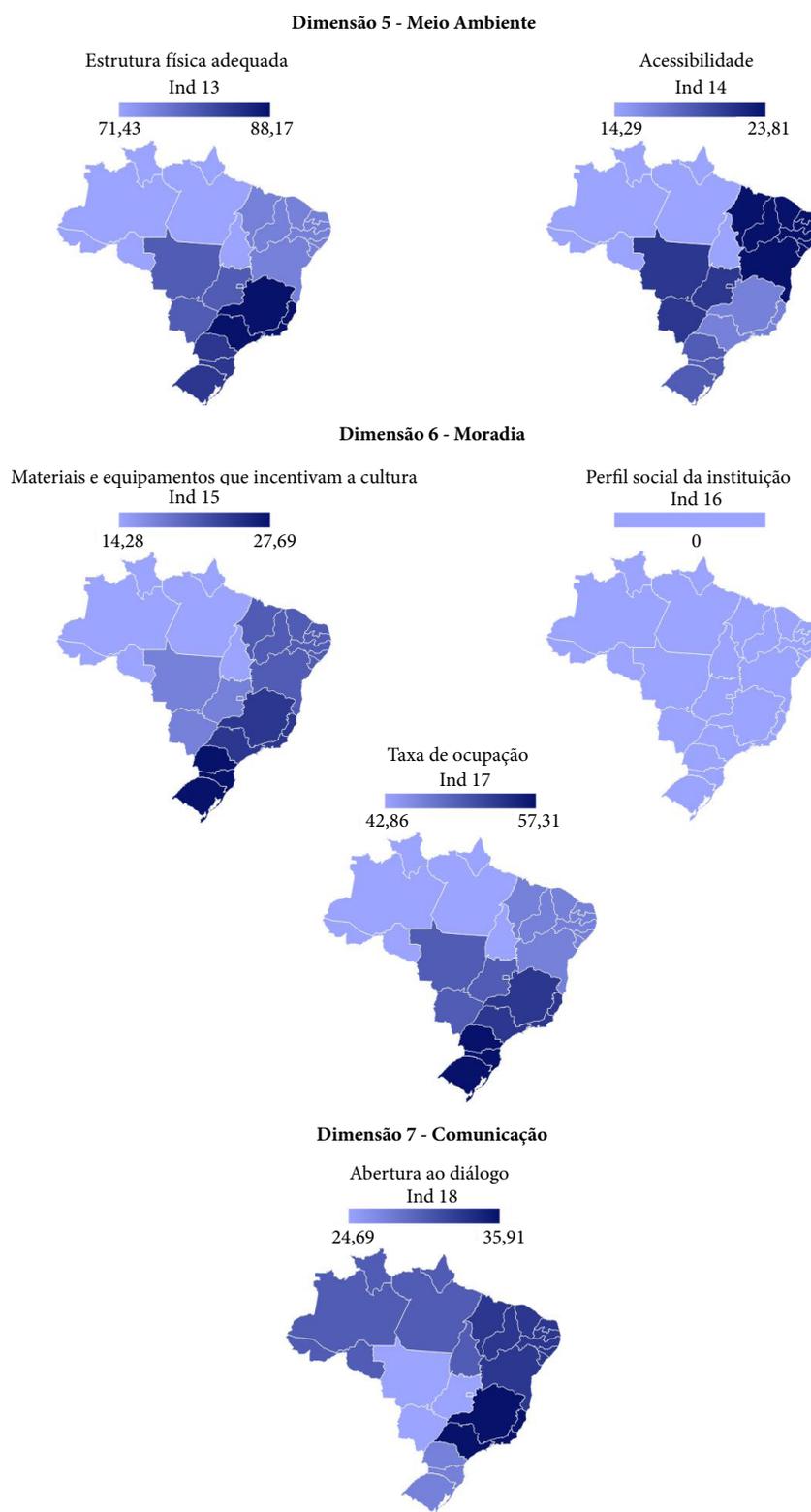


Figura 3. Percentual de instituições de longa permanência para pessoas idosas com desempenho desejável para os indicadores que compõem as dimensões 5, 6 e 7 do Modelo Teórico Multidimensional Integrado de Qualidade e Atendimento de Rantz *et al.*¹⁰. Censo SUAS, Brasil, 2018.

Fonte: Autoras.

A dimensão “Foco central nos residentes, familiares, funcionários e comunidade” inclui os padrões relativos ao serviço ofertado pelas ILPI à comunidade, aborda as necessidades das famílias dos residentes e reconhece a importância da equipe de profissionais no cuidado qualificado aos idosos. O indicador desta dimensão com maior percentual de desempenho incipiente foi “Atenção à família da pessoa idosa”, considerando a presença de atendimento psicossocial às famílias das pessoas acolhidas (orientação familiar), promoção de reuniões com grupos de famílias dos usuários ou do contato e participação da família na vida do usuário. Ainda que as ações de apoio aos familiares das pessoas idosas assegurem os direitos do público idoso e de suas famílias, contribuem para a autonomia e promoção do bem-estar de ambos¹⁴, e estejam previstas nos programas e serviços implementados pelo SUAS, este estudo mostrou que tais ações ainda se constituem um desafio na rotina das ILPI brasileiras¹⁴. O indicador “acesso sem diferenciações excludentes” apontou que, das variáveis apuradas, o transtorno mental foi a categoria excludente mais prevalente em 30% da amostra total. Contudo, pessoas idosas com problemas mentais têm uma maior dependência de CLD e, portanto, estão mais propensas a necessitarem de uma ILPI¹⁵. Dessa forma, tais diferenciações excludentes podem, por um lado, apontar descon sideração com as reais necessidades da população idosa, e por outro lado indicar que as ILPI públicas e filantrópicas enfrentam muitas dificuldades, sejam elas a falta de infraestrutura adequada, disponibilidade de recursos humanos qualificados, ou outras, que limitam a capacidade de ofertar cuidados a toda pessoa idosa com necessidade. Portanto, a expansão de suporte e investimento nas ILPI pode viabilizar a maior oferta de cuidado sem qualquer tipo de exclusão. Maior percentual de desempenho desejável nesta dimensão foi observado para o indicador “Valorização da equipe de profissionais”. Este indicador considera os dados das ILPI sob a ótica do profissional, no que diz respeito às relações trabalhistas e contratação dos profissionais. Os resultados demonstram que o trabalho formal é a relação trabalhista predominante nessas instituições, o que pode ser explicado pelo fato de os entes públicos realizarem cessão de recursos humanos como forma de apoio às ILPI⁴. Contudo, resultados mais favoráveis foram observados nas regiões Sudeste e Sul, indicando desafios regionais para situações de precarização do trabalho persistentes.

Com relação ao indicador “presença de coordenador na instituição”, aproximadamente, meta-

de das ILPI atende à determinação da legislação nacional, que prevê um responsável técnico de nível superior, com vínculo formal de 20 horas. As maiores frequências de ILPI nessa situação foram identificadas nas regiões Sul e Sudeste, o que já era esperado, possivelmente, pelo número reduzido de profissionais com perfil para coordenarem ILPI nas outras regiões brasileiras, e ainda pelo custo da contratação desse profissional que onera as instituições que já possuem dificuldades para se manterem.

A dimensão “Recursos Humanos” define que a “ILPI deve possuir um número satisfatório de profissionais. É importante que exista baixa rotatividade de profissionais, supervisão e realização de treinamentos. A ILPI deve recrutar e reter funcionários responsivos, compassivos, atenciosos, limpos, bem preparados e envolvidos no atendimento”¹¹. Menor percentual de ILPI com desempenho desejável foi observado para o indicador “Razão de cuidadores por pessoa idosa” (10,3%), que avaliou a proporção de cuidadores recomendada pela legislação federal⁷ nas ILPI, ou seja, de um cuidador para cada grupo de 20 pessoas idosas, com o menor grau de dependência (proporção 0,05%). Este resultado indica o alto percentual de ILPI que descumpra a legislação. A contratação de mais cuidadores representa um gasto financeiro para as ILPI. Nesse sentido, seria necessária alguma política ou ação do poder público que incentive as ILPI cumprirem a legislação, apoiando com recursos adicionais para contratação de mais cuidadores o que também possibilitaria uma maior qualificação e suporte psicológico a esse grupo¹⁶. Observa-se aqui também as disparidades regionais, principalmente devido às menores proporções observadas nas regiões Nordeste e Sul. Ainda na dimensão “Recursos Humanos”, em torno de 60% das ILPI apresentaram desempenhos “desejáveis” para os indicadores “Baixa rotatividade de profissionais” e “Educação permanente”. Esses achados são positivos, pois favorecem a qualificação das ILPI. A rotatividade de profissionais, na perspectiva organizacional, inclui os custos de reposição e treinamento, produtividade perdida e a qualidade comprometida¹⁷. Para Pélissier *et al.*¹⁸, uma política para redução dessa rotatividade em lares de pessoas idosas deveria envolver a organização do trabalho, redução da demanda psicossocial e acesso a treinamentos na área de geriatria e gerontologia¹⁸. Os indicadores da dimensão “Recursos Humanos” demonstraram disparidades regionais, provavelmente, pelo perfil do mercado de trabalho em algumas regiões, muitas vezes

marcado pelo número reduzido de mão de obra qualificada e pela saída de profissionais capacitados em busca de melhores oportunidades de emprego¹⁹.

O indicador “Favorecimento do vínculo familiar”, o único da dimensão “Envolvimento Familiar”, demonstrou um bom resultado, com baixas disparidades regionais, sugerindo que as ILPI brasileiras estariam reconhecendo a importância do vínculo familiar e promovendo ações para diminuir a sensação de abandono e solidão, conforme encontrado em estudo com pessoas idosas que vivem em ILPI²⁰. Possivelmente, os resultados favoráveis deste indicador se devem ao fato de não dependerem de aporte financeiro direto para as ILPI. Embora estes achados pareçam contrapor as observações encontradas para o indicador “Atenção à família da pessoa idosa” da dimensão “Foco central nos residentes, familiares, funcionários e comunidade”, cabe destacar que o indicador “Favorecimento do vínculo familiar” aborda a oferta de serviços de convivência, acolhimento de pessoas com mesmo grau de parentesco e permissão de visitas na instituição. Já o indicador “Atenção à família da pessoa idosa” analisou a presença de atendimento psicossocial às famílias das pessoas acolhidas (orientação familiar), promoção de reuniões com grupos de famílias dos usuários ou do contato e participação da família na vida do usuário. Ainda que as ações de apoio aos familiares das pessoas idosas assegurem os direitos do público idoso e de suas famílias, contribuem para a autonomia e promoção do bem-estar de ambos¹⁴, e estejam previstas nos programas e serviços implementados pelo SUAS, este estudo mostrou que tais ações ainda se constituem um desafio na rotina das ILPI brasileiras¹⁴.

A dimensão “Cuidado individualizado” define que “as ILPI devem garantir os cuidados básicos e minimizar os incidentes e lesões domiciliares. É necessário que cuidem dos moradores como pessoas, ofertando boas comidas e os ajudem a comer, engajando os residentes em atividades”¹¹. O maior percentual de ILPI com desempenho incipiente foi observado para os indicadores “Profissionais para atividades de Lazer” e “Equipe multiprofissional na área da Saúde”. Legislação federal⁶ estabelece a proporção de um profissional de nível superior para atividades de lazer, com carga horária de 12 horas semanais, para cada grupo de 40 pessoas idosas (proporção de 0,025%). Os achados deste estudo mostraram pouca adesão a essa determinação legal, demonstrando a fragilidade das instituições quanto à promoção da saúde, embora preconizado pela

Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa²¹. As altas disparidades regionais aconteceriam, supostamente, pela polarização de mão de obra especializada nas regiões com melhores índices socioeconômicos. Com relação ao indicador Equipe Multiprofissional de Saúde, o cenário demonstrou desfavorável, mas previsível, pois a legislação federal⁶ não estabelece a composição de uma equipe multiprofissional para atuar nas ILPI. O referido ordenamento legal determina que as ILPI devem possuir vínculo com um profissional na área da saúde, sem mencionar sua carga horária, nem sua área de atuação⁶. Silva e Gutierrez²² chamaram a atenção para as exigências da legislação federal⁶, em relação aos recursos humanos na área da saúde, pois, segundo os autores, a frequente demanda de cuidados de saúde para as pessoas idosas institucionalizadas não pode ser negligenciada²². O indicador “socialização” buscou informações sobre a realização de atividades sociais nas ILPI com fortalecimento de vínculo, passeios e inserção das pessoas idosas em serviços e projetos existentes na comunidade. A maioria das ILPI apresentou desempenho “desejável” para este indicador sendo de grande relevância, pois o estímulo à interação social é fundamental para a capacidade física e mental das pessoas idosas, bem como para a recuperação dos que apresentam alguma perda funcional e depressão²³.

Os indicadores da dimensão “Meio Ambiente” buscaram retratar os aspectos relacionados ao espaço físico das ILPI. A maioria das ILPI obteve desempenho “desejável” para o indicador “Estrutura física adequada”, com baixa disparidade regional, enquanto para o indicador “Acessibilidade”, quase 80% das ILPI apresentaram desempenho “em desenvolvimento”, por não estarem, em sua totalidade, de acordo com o regulamento específico⁶. A acessibilidade é uma condição fundamental para vida humana e, no caso das pessoas idosas, pode representar mais do que a possibilidade de ir e vir. Dados semelhantes foram demonstrados em um estudo realizado na região Nordeste que analisou seis ILPI com sistemas de gestão e captação de recursos diferentes e infraestruturas com características próprias. Os resultados apontaram que a maioria das ILPI não estava em conformidade com os regulamentos para acessibilidade, com diversos problemas básicos e presença de más adequações e improvisos que colocavam em risco a população residente²⁴.

Compreender os fatores que contribuem para que as pessoas idosas se sintam como se estivessem em um lar tem sido objeto de estudo²⁵. A dimensão “Moradia” buscou demonstrar esses as-

pectos por meio de três indicadores. O indicador “Taxa de Ocupação” apresentou informações sobre a presença de superlotações em 5,8% das ILPI brasileiras, com percentuais variando de 4,7% na região Sudeste a 8,4% na Centro-Oeste. Esses dados confirmaram os achados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada sobre a necessidade de ampliação do número de ILPI no território brasileiro²⁶. A superlotação nas ILPI é um grande problema no Brasil, hoje em função do crescimento rápido da população idosa no país, que não se preparou para tal fenômeno e este problema é maior nas regiões mais empobrecidas ou menos habitadas. Ainda na dimensão “Moradia”, nenhuma ILPI apresentou desempenho “desejável” para o indicador “Perfil Social da Instituição”, embora se trate de uma política de Assistência Social, revelando o inexpressivo apoio governamental. Ademais, a assistência social deveria ser não contributiva para pessoas de todas as idades que dela necessitarem, mas, de fato, o custeio das ILPI depende do aporte dos próprios residentes, e, no caso das filantrópicas, da ação solidária da comunidade²⁶. Desempenho “em desenvolvimento” para o indicador “Materiais e equipamentos para cultura e lazer” foi observado em, aproximadamente, 40% das ILPI. Mais de 1/3 das ILPI apresentaram desempenho incipiente para este mesmo indicador, que inclui variáveis sobre disponibilidade de acervo bibliográfico, materiais pedagógicos e culturais, materiais esportivos e jogos educativos e de passatempo, além de televisão. Este foi o indicador da dimensão “Moradia” com a maior disparidade regional, com os melhores resultados na região Sul, assim como retratado por Camarano²⁷. No contexto institucional, o espaço físico e horários limitados para as atividades, a dependência das pessoas idosas e as normas e rotinas estabelecidas, que nem sempre oferecem condições adequadas à prática do lazer, foram agentes dificultadores para adoção dessas práticas nas ILPI, segundo um estudo realizado na região Sul do país²⁸.

A análise da Dimensão “Comunicação” buscou dados sobre ações verbais e comportamentais com familiares e residentes, visando atender às necessidades das pessoas idosas por meio de duas variáveis disponíveis: a unidade organiza ou promove discussões com as pessoas idosas sobre as rotinas da unidade; e a unidade realiza reuniões com os familiares das pessoas idosas. Os resultados mostraram que a maioria das ILPI apresentou desempenho “em desenvolvimento” e disparidades regionais, com melhor resultado na região Sudeste. Achados na literatura indicaram que o processo de escuta está associado a uma série de

indicadores de bem-estar dos residentes e, nesse sentido, o perfil dos profissionais que atuam nas ILPI é importante para viabilizar esse processo²⁹. Vale destacar a necessidade de as ILPI promoverem a utilização de ferramentas da comunicação como um processo de contínua interação entre profissionais e residentes, observando a opinião da pessoa idosa sobre os aspectos da sua vida, para o seu bem-estar¹⁶.

Como ponto forte deste estudo, destaca-se o uso de um grupo representativo do maior país da América Latina, com dados levantados por agentes públicos sobre as ILPI públicas e filantrópicas, permitindo analisar diretamente a resposta das políticas públicas às desigualdades regionais. Como limitação, destacam-se os dois indicadores que apresentaram alta taxa de não resposta, devido à ausência de dados em variáveis do Censo SUAS. Além disso, observou-se distribuição desigual da taxa de não resposta entre as regiões. Para o indicador “Perfil social da instituição”, a taxa de não resposta variou de 21,1% na região Nordeste a 38,2% na Centro-Oeste, e para o indicador “Educação Permanente”, de 26,8% na região Sudeste a 80% na região Norte. Esta distribuição desigual de dados perdidos evidencia também a necessidade de qualificação dos registros nos sistemas de informação nacionais. Outro aspecto a ser considerado é a limitação inerente à MMA, cujos indicadores foram construídos considerando as informações contidas no Censo SUAS, restringindo a avaliação de todos os conceitos apresentados na dimensão teórica. Contudo, a MMA permitiu a avaliação de um número expressivo de ILPI, apontou os aspectos que devem avançar para a melhoria da qualidade do cuidado, e as regiões que carecem de maior investimento para o alcance de níveis desejáveis de desempenho. Cabe destacar a importância da análise do contexto regional da ILPI em processos avaliativos. Futuros estudos poderão confrontar resultados dos indicadores avaliados com aspectos contextuais referentes ao envelhecimento e disponibilidade de especialistas no cuidado ao idoso no Brasil. Enfatiza-se também a importância da continuidade de estudos que avancem na conceitualização da qualidade do cuidado em ILPI, e de ferramentas para operacionalizar e medir este conceito em contextos complexos.

Conclusões

Observou-se que a maioria das ILPI possui uma estrutura física básica, favorece o vínculo familiar

e que a maioria da sua equipe profissional possui vínculo de trabalho formal. Contudo, elementos cruciais para o cuidado precisam ser aprimorados, como a proporção de cuidadores de pessoas idosas, a composição da equipe multiprofissional, a acessibilidade e a oferta de ações de promoção de saúde. Verificou-se também a necessidade de apoio governamental e universal para a supressão dos critérios de diferenciações excludentes e para a expansão dos serviços para superar as superlotações. O baixo financiamento das ILPI por parte da gestão pública repercute, direta e indiretamente, no cuidado prestado à população idosa institucionalizada, pois limita a contratação de recursos

humanos em número suficiente, de profissionais com qualificação, a aquisição dos dispositivos para acessibilidade e a ampliação da capacidade instalada das ILPI. Observaram diferenças nos percentuais de ILPI com desempenho “desejável” entre as regiões brasileiras, sendo que para maior número de indicadores, resultados mais positivos foram observados nas regiões Sul e Sudeste. Estas evidências despertam para necessidade de preparação às demandas crescentes de CLD, principalmente, pelo aumento muito rápido da população idosa no Brasil, com aumento do aporte financeiro para as ILPI e de intervenções e políticas equânimes para a melhoria das instituições existentes.

Colaboradores

AMD Vargas e RC Ferreira participaram na concepção e desenho da pesquisa, obtenção do financiamento e revisão crítica do manuscrito. KC Giacomini realizou a revisão crítica do manuscrito. MRC Guimarães participou na obtenção, análise e interpretação dos dados e redação do manuscrito.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais.

Financiamento

RC Ferreira recebeu apoio financeiro do Programa Pesquisador Mineiro (PPM 00603-18). O presente trabalho contou com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Referências

1. Scheil-Adlung X. *Long-term care protection for older persons: A review of coverage deficits in 46 countries* [Internet]. Geneva: ILO; 2015 [cited 2022 dez 16]. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_407620.pdf.
2. Rice T, Rosenau P, Unruh LY, Barnes AJ, Saltman RB, Ginneken E. United States of America: Health system review. *Health Syst Transit* 2013; 15(3):1-431.
3. Andrade TB, Andrade FB. Unmet need for assistance with activities of daily life among older adults in Brazil, Brasil. *Rev Saude Publica* 2018; 52:75.
4. Camarano AA, Kanso S, Melo JL, Carvalho DF. As Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil. In: Camarano AA, organizador. *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA; 2010. p. 187-212.
5. Duarte YAO, Lebrão ML, Lima FD. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2005; 17(5-6):370-378.
6. Brasil. Decreto nº 9.921, de 18 de julho de 2019. Que consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre a temática da pessoa idosa. *Diário Oficial da União* 2019; 18 jul.

7. Brasil. Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária-RDC nº 502, de 27 de maio de 2021. Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. *Diário Oficial da União* 2021; 27 maio.
8. Martinelli T, Silva MB, Santos SR. Social Assistance Monitoring in Social Assistance Policy: Conception and Operation, Brasil. *Rev Katal* 2015; 18(1):104-112.
9. Tolson D, Rolland Y, Andrieu S, Aquino JP, Beard J, Benetos A. International Association of Gerontology and Geriatrics: A global agenda for clinical research and quality of care in nursing homes. *J Am Med Dir Assoc* 2011; 12(3):184-189.
10. Rantz MJ, Zwiygart-Stauffacher M, Popejoy L, Grando VT, Mehr DR, Hicks LL. Nursing home care quality: A multidimensional theoretical model integrating the views of consumers and providers. *J Nurs Care Qual* 1999; 14(1):16-37.
11. Guimarães MRC, Ferreira RC, Giacomini KC, Vargas AMD. Indicators for evaluating long-term care facilities for old people: development and validation, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2020; 23(5):1-14.
12. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social. Secretaria Nacional do Desenvolvimento Social. *Vigilância socioassistencial: Bases e Resultados. Censo SUAS 2018 Unidades de Acolhimento* [Internet]. [acessado 2022 dez 16]. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/vigilancia/index2.php>.
13. Pearcy JN, Keppel KG. A summary measure of health disparity. *Public Health Rep* 2002; 117(3):273-280.
14. Spilsbury K, Hewitt C, Stirk L, Bowman C. The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: a systematic review. *Int J Nurs Stud* 2011; 48(6):732-750.
15. Kang YS, Miller NA, Tzeng HMH, Zhang T. Race and mental health disorders' impact on older patients' nursing home admissions upon hospital discharge. *Arch Gerontol Geriatr* 2018; 8:269-274.
16. Garbin CAS, Sumida DH, Moimaz SAS, Prado RLD, Silva MMD. O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos, Brasil. *Cien Saude Colet* 2010; 15(6):2941-2948.
17. Brannon D, Zinn JS, Mor V, Davis J. An exploration of job, organizational, and environmental factors associated with high and low nursing assistant turnover. *Gerontologist* 2002; 42(2):159-168.
18. Pélissier C, Charbotel B, Fassier JB, Fort E, Fontana L. Nurses' occupational and medical risks factors of leaving the profession in nursing homes. *Int J Environ Res Public Health* 2018; 15(9):1850.
19. Fernandes Neto JDA, Silva AMT, Catão MHCV. Odontogeriatras, geriatras e idosos brasileiros: uma análise por estados e regiões do país. *Arch Health Invest* 2016; 5(5):262-266.
20. Evangelista RA, Bueno ADA, Castro PAD, Nascimento JN, Araújo NTD, Aires GP. Perceptions and experiences of elderly residents in a nursing home. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48(n. esp. 2):81-86.
21. Creutzberg M, Gonçalves LH, Sobottka EA, Ojeda BS. Long-term care institutions for elders and the health system. *Rev Lat-Am Enferm* 2007; 15(6):1144-1149.
22. Silva HS, Gutierrez BAO. A educação como instrumento de mudança na prestação de cuidados para idosos. *Educ Rev* 2018; 34(67):283-296.
23. Barbosa LM, Noronha K, Camargos MCS, Machado CJ. Perfis de integração social entre idosos institucionalizados não frágeis no município de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. *Cien Saude Colet* 2020; 25(6):2017-2030.
24. Paiva MM, Tavares AS, Oliveira M, Villarouco V. Análise comparativa da acessibilidade em ILPIS. *Blucher Engineering Proceedings* 2016; 3(3):101-112.
25. Rijnaard MD, Van HJ, Janssen BM, Verbeek H, Pocrornie W, Eijkelenboom A, Beerens HC, Molony SL, Wouters EJ. The factors influencing the sense of home in nursing homes: a systematic review from the perspective of residents. *J Aging Res* 2016; 2016:6143645.
26. Camarano AA, Barbosa P. Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: do que se está falando? In: Alcantara AO, Camarano AA, Giacomini KC. *Política nacional do idoso: velhas e novas questões*. Rio de Janeiro: IPEA; 2016. p. 479-514.
27. Camarano AA. *Características das instituições de longa permanência para idosos: região Nordeste*. Brasília: IPEA; 2008.
28. Castro VC, Carreira L. Leisure activities and attitude of institutionalized elderly people: a basis for nursing practice. *Rev Lat-Am Enferm* 2015; 23(2):307-314.
29. Ferrand C, Martinent G, Durmaz N. Psychological need satisfaction and well-being in adults aged 80 years and older living in residential homes: using a self-determination theory perspective. *J Aging Stud* 2014; 30:104-111.

Artigo apresentado em 04/10/2022

Aprovado em 05/01/2023

Versão final apresentada em 07/01/2023

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva