

MIRNA RODRIGUES COSTA GUIMARÃES

**AVALIAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA  
PARA PESSOAS IDOSAS**

**Faculdade de Odontologia  
Universidade Federal de Minas  
Gerais Belo Horizonte  
2021**

Mirna Rodrigues Costa Guimarães

## **AVALIAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA PESSOAS IDOSAS**

Tese apresentada ao Colegiado de Pós-graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor em Odontologia - área de concentração em Saúde Coletiva

**Orientador(a):** Prof.<sup>(a)</sup> Dra. Andréa Maria Duarte Vargas

**Coorientador(a):** Prof.<sup>(a)</sup> Dra. Raquel Conceição Ferreira

**Colaborador(a):** Dr<sup>a</sup> Karla Cristina Giacomini

Belo Horizonte

2021

## Ficha Catalográfica

G963a Guimaraes, Mirna Rodrigues Costa.  
2021 Avaliação das instituições de longa permanência para  
T pessoas idosas / Mirna Rodrigues Costa Guimaraes. -- 2021.

117 f. : il.

Orientadora: Andréa Maria Duarte Vargas.  
Coorientadora: Raquel Conceição Ferreira.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia.

1. Idoso. 2. Instituição de longa permanência para idosos.. 3. Assistência a idosos. 4. Avaliação de processos (cuidados de saúde). I. Vargas, Andréa Maria Duarte. II. Ferreira, Raquel Conceição . III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Odontologia. IV. Título.

BLACK - D047

Elaborada por: Miriam Cândida de Jesus - CRB 6/2727.



FOLHA DE APROVAÇÃO

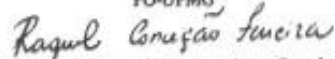
**AVALIAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA  
PESSOAS IDOSAS**

**MIRNA RODRIGUES COSTA GUIMARÃES**

Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, como requisito para obtenção do grau de Doutor, área de concentração Saúde Coletiva.

Aprovada em 23 de julho de 2021, pela banca constituída pelos membros:

  
Prof(a). Andrea Maria Duarte Vargas – Orientadora  
FO-UFMG

  
Prof(a). Raquel Conceição Ferreira – Coorientadora  
FO-UFMG

  
Prof(a). Marco Túlio de Freitas Ribeiro  
Faculdade Pitágoras

  
Prof(a). Paulo José Fortes Villas Boas  
UNESP BOTUCATU

  
Prof(a). Rafaela da Silveira Pinto  
FO-UFMG

Belo Horizonte, 23 de julho de 2021.

Aos meus pais, José Pauly Rodrigues Costa (in memorian) e Maria da Conceição Rodrigues de Mesquita (in memorian).

## AGRADECIMENTOS

A Deus que me deu o dom da vida.

Aos meus pais, José Pauly (in memorian) e Maria da Conceição (inmemorian), que me deram exemplos de vida, fé e superação.

Aos meus filhos, Camila, Mateus e Giovana, que são os maiores presentes recebidos de Deus!

Ao meu esposo, Alexmar, pelo apoio sempre encontrado e contínuo incentivo, fundamentais para o alcance desta conquista.

Às minhas irmãs, Aline e Gisele, que muito me apoiaram e sempre torceram por mim.

Aos meus sogros, Raimundo e Áurea, pelo incentivo e ajuda sempre encontrada.

Aos meus sobrinhos, tias (Lenir e Inês), cunhados, cunhadas e amigos, pelo apoio e torcida.

À minha orientadora Dr<sup>a</sup> Andrea Maria Duarte Vargas, pela confiança, compreensão e por dividir comigo os seus conhecimentos.

À minha coorientadora Dr<sup>a</sup> Raquel Ferreira, pelas valiosas contribuições feitas ao meu estudo e pela riqueza de conhecimento compartilhada.

Às minhas colegas de trabalho da Coordenação Estadual de Saúde Bucal/SES/MG pela amizade, parceria, apoio e reconhecimento.

À Dr<sup>a</sup> Karla Giacomini, pelo aprendizado e valiosas contribuições feitas ao meu estudo.

Aos funcionários e professores da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais pela convivência gratificante durante todo esse percurso.

À Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais pelo apoio recebido que foi fundamental para concretização deste estudo.

“Não me rejeites na minha velhice; não me abandones quando se vão as minhas forças”.

Salmos 71:9

## RESUMO

O objetivo deste estudo foi o desenvolvimento e a validação de uma Matriz de Multidimensional de Avaliação (MMA) composta por indicadores criados a partir das variáveis do Censo do Sistema Único da Assistência Social de 2018 (Censo SUAS), para descrever a qualidade das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) brasileiras, e comparar o desempenho alcançado entre as regiões do país. Trata-se de um estudo ecológico descritivo com dados secundários públicos das ILPI participantes do Censo SUAS 2018. A MMA foi elaborada com base no Modelo Teórico Multidimensional Integrado de Qualidade e Atendimento de Rantz *et al.* (1999). Selecionaram-se 66 variáveis do Censo SUAS para elaboração da Matriz que foi validada pela técnica Delphi modificada, com a participação de 15 experts, por meio da plataforma on-line *Survey Monkey*®. Foram propostos 18 indicadores para a MMA e necessários dois ciclos de validação, até o consenso. Parâmetros de qualidade, com base na literatura, legislações ou critérios estatísticos foram empregados para classificar o desempenho das instituições para cada indicador em “incipiente”, “em desenvolvimento” ou “desejável”. Os percentuais de ILPI com desempenho “desejável” foram representados por meio de mapas, segundo as regiões brasileiras. O índice de disparidade foi obtido para cada indicador e expressou o desvio médio no percentual de instituições com desempenho desejável entre as regiões brasileiras. Mais de 70% das instituições apresentaram desempenho desejável apenas em três indicadores: “Favorecimento do Vínculo Familiar” (94,18%), “Estrutura física adequada” (87,51%) e “Valorização da equipe de profissionais” (76,22%). Desempenho “incipiente” foi observado para 83,81% das instituições com relação ao indicador “Profissionais para atividades de lazer”. Observaram-se disparidades nos percentuais de ILPI com desempenho “desejável” entre as regiões brasileiras, cujos índices variaram de 6,21 (favorecimento do vínculo familiar) a 48,48 (equipe multiprofissional na área da saúde). As ILPI brasileiras têm valorizado a equipe de profissionais, possuem estrutura física e favorecem o vínculo familiar. Há necessidade de avanços na proporção de cuidadores de pessoas idosas, composição da equipe multiprofissional, melhoria da acessibilidade, bem como a necessidade de ampliação da oferta de ações de promoção de saúde, de apoio governamental, supressão dos critérios de diferenciações excludentes e expansão dos serviços para superar as superlotações. Disparidades regionais indicam desempenhos desiguais das instituições no território nacional.

**Palavras chave:** Pessoa idosa. Casas de repouso. Instituição de longa permanência para idosos. Assistência a idosos. Avaliação de processos em cuidados de saúde.



## ABSTRACT

### Evaluation of long-term care institutions for the older adults

The objective of this study was the development and validation of a Multidimensional Assessment Matrix (MMA) composed of indicators created using the variables of the 2018 Unified Social Assistance System Census (SUAS Census) to describe the quality of Brazilian LSIAPs, and compare the performance achieved between the regions of the country. This is a descriptive ecological study with secondary public data from the LSIAP participating in the SUAS 2018 Census. The MMA was developed based on the Integrated Multidimensional Theoretical Model of Quality and Service by Rantz et al. (1999). 66 variables from the SUAS Census were selected for the elaboration of the Matrix, which was validated by the modified Delphi technique, with the participation of 15 experts, through the online platform Survey Monkey. Eighteen indicators were proposed for the MMA and two validation cycles were needed until consensus was reached. Quality parameters, based on literature, legislation or statistical criteria were used to classify the performance of institutions for each indicator as "incipient", "under development" or "desirable". The percentages of LSIAP with "desirable" performance were represented by means of maps, according to the Brazilian regions. The disparity index was obtained for each indicator and expressed the average deviation in the percentage of institutions with desirable performance among Brazilian regions. More than 70% of the institutions showed desirable performance only in three indicators: "Favoring the Family Bond" (94.18%), "Adequate physical structure" (87.51%) and "Valuing the team of professionals" (76.22 %). "Incipient" performance was observed for 83.81% of the institutions regarding the indicator "Professionals for leisure activities". Disparities were observed in the percentages of LSIE with "desirable" performance among Brazilian regions, whose indices ranged from 6.21 (favoring families) to 48.48 (multiprofessional team in the health area). Brazilian LSIEs have valued the team of professionals, have physical structure and favor the family bond. There is a need for advances in the proportion of caregivers of elderly people, composition of the multidisciplinary team, improved accessibility, as well as the need to expand the supply of health promotion actions, government support, suppression of exclusionary differentiation criteria and expansion of services to overcome overcrowding. Regional disparities indicate unequal performance of institutions in the national territory.

**Keywords:** Aged. Nursing homes. Homes for the aged. Old age assistance. Outcome and process assessment, health care.

## LISTA DE ILUSTRAÇÃO

- Quadro 1 - Dimensões de Qualidade do Modelo Multidimensional Integrado de Qualidade e Atendimento e Conceitos. Columbia, Missouri, Estados Unidos da America, 1999.....91
- Quadro 2 - Matriz De Avaliação Dimensões Da Qualidade, Indicadores, Variáveis Do Censo Suas, Fórmula De Cálculo E Parâmetros Para Interpretação. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020.....94
- Quadro 3 - Interpretação Dos Parâmetros De Desempenho Das ILPI Por Indicadores E Dimensões Da Qualidade, Variáveis Do Censo Suas, Fórmula De Cálculo E Interpretação Dos Parâmetros. Brasil.....98

## LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Índice De Validade De Conteúdo Dos Indicadores Obtido No 1º Ciclo de Validação Quanto À Relevância, Avaliação Do Objetivo, Método De Cálculo E Mensuração Dos Aspectos Da Dimensão Da Qualidade. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020.....92

Tabela 2 - Alterações Realizadas No Método De Cálculo Dos Indicadores Com Base Nas Sugestões Dadas Pelos *Experts* No 1º Ciclo De Validação E Índice De Validade De Conteúdo Para Este Critério Obtido No 2º Ciclo De Validação. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020.....93

## LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ABVD - Atividades Básicas da Vida Diária

AIVD- Atividades Instrumentais da Vida Diária

BPC- Benefício de Prestação Continuada

CadSUAS-Cadastro do Sistema Único de Assistência Social

EUA - Estados Unidos da América

IAR - Instrumento de Avaliação do Residente

ILPI - Instituição de Longa Permanência para Idosos

MMIQA-Modelo Multidimensional Integrado de Qualidade e Atendimento para Instituições voltadas aos cuidados de longa permanência para idosos

IQIOCD-Instrumento de Qualidade dos Indicadores Observáveis de Cuidados Domiciliares.

OCDE- Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico PIB Produto Interno Bruto

RDC - Resolução da Diretoria Colegiada

SUS - Sistema Único de Saúde

SUAS- Sistema Único de Assistência Social

## LISTA DE SÍMBOLOS

® Marca Registrada

≥ Maior

≤ Menor

% Percentual

/ dividido

\*multiplicado

## SUMÁRIO

<b>1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	15
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	18
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	26
<b>4 METODOLOGIA EXPANDIDA</b> .....	27
<b>5 ARTIGOS</b> .....	31
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	81
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	82
<b>APÊNDICE A-</b> Quadro 1 Dimensões De Qualidade Do Modelo Multidimensional Integrado De Qualidade E Atendimento E Conceitos. Columbia, Missouri, Estados Unidos Da América,1999. ....	91
<b>APÊNDICE B</b> -Tabela 1. Índice De Validade De Conteúdo Dos Indicadores Obtido No 1º Ciclo De Validação Quanto À Relevância, Avaliação Do Objetivo, Método De Cálculo E Mensuração Dos Aspectos Da Dimensão Da Qualidade. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020. ....	92
<b>APÊNDICE C</b> -Tabela 2. Alterações Realizadas No Método De Cálculo Dos Indicadores Com Base Nas Sugestões Dadas Pelos <i>Experts</i> No 1º Ciclo De Validação E Índice De Validade De Conteúdo Para Este Critério Obtido No 2º Ciclo De Validação. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020. ....	93
<b>APÊNDICE D-</b> Quadro 2 Matriz De Avaliação Dimensões Da Qualidade, Indicadores, Variáveis Do Censo Suas, Fórmula De Cálculo E Parâmetros Para Interpretação. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020. ....	94
<b>APÊNDICE E-</b> Quadro 3 Interpretação Dos Parâmetros De Desempenho Das ILPI Por Indicadores E Dimensões Da Qualidade, Variáveis Do Censo Suas, Fórmula De Cálculo E Interpretação Dos Parâmetros. Brasil. ....	98
<b>ANEXO A</b> – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa .....	104
<b>ANEXO B</b> – Questionário Unidades De Acolhimento .....	105

<b>ANEXO C</b> – Comprovante de publicação do artigo 1 .....	116
<b>ANEXO D</b> –Comprovante de submissão do artigo 2.....	117

## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial decorrente da diminuição das taxas de fecundidade e do aumento da expectativa de vida, associado às melhorias das condições de vida da população (SANTOS *et al.*, 2018). Esse cenário apresenta implicações importantes para a oferta de serviços de saúde e cuidados de longa duração (CLD) (FIEDLER; PERES, 2008). No Brasil, as disparidades no uso de serviços de saúde são elevadas, que acabam aumentando a carga de incapacidades do público idoso e, conseqüentemente, a demanda por CDL (ANDRADE; ANDRADE, 2018).

CLD é definido como um meio de garantir que os idosos com uma perda significativa de capacidade ainda possa experimentar um envelhecimento saudável (WHO,2015). Os CLD podem ser alcançados por meio de dois mecanismos, sendo eles, o de otimizar a trajetória da capacidade intrínseca do receptor e o de compensar a perda de capacidade com o apoio e cuidados necessários para manter a capacidade funcional em um nível que garanta o bem-estar (WHO,2015). 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 (RICE *et al.*, 2013). No Brasil, a família é a responsável pelos CLD do idoso, juntamente com a sociedade e o Estado, conforme a Constituição Federal Brasileira de 1988. Dentre os serviços regulamentados de amparo às pessoas idosas, destacam-se os Centros de Convivência, Centro de Cuidados Diurno, Casa-lar, Oficina abrigada de trabalho, Atendimento Domiciliar e as Instituições de Longa Permanência para pessoas Idosas (ILPI).

Contudo, as necessidades não atendidas de cuidados para atividades básicas da vida diária (ABVD) e instrumentais de vida diária (AIVD) voltadas ao público idoso foram encontradas em um estudo realizado com dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Brasil, em 2013. A amostra compreendeu 64.348 domicílios e observou informações autodeclaradas de pessoas idosas sobre as necessidades não atendidas de ABVD (tomar banho, vestir-se, caminhar, usar o banheiro, alimentar-se e entrar e sair da cama) e AIVD (administrar finanças, usar transporte, fazer compras e tomar medicação). A proporção de necessidades não atendidas foi de 18% e 7,1% para ABVD e AIVD, respectivamente. A necessidade não atendida foi



significativamente relacionada a arranjos de moradia e condição socioeconômica. Esse cenário, bem como as mudanças em curso, impõem o reconhecimento da necessidade de se estabelecer políticas públicas que possibilitem alternativas de CLD ao público idoso, bem como de qualificar a oferta desses serviços, incluindo os relacionados à moradia (ANDRADE; ANDRADE, 2018).

De acordo com a tipificação da Política Nacional de Assistência Social, as ILPI 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 subsistência (BRASIL, 2019). Um levantamento nacional de caráter censitário sobre as ILPI brasileiras, realizado entre 2007 e 2009, demonstrou um predomínio por ILPI filantrópicas (65,2%), com um reduzido número de ILPI públicas (6,6%) e privadas (28,2%) (CAMARANO *et al.*, 2010).

A avaliação institucional tem sido uma prática incentivada e reconhecida em muitos países e se constitui num poderoso instrumento para a implementação das políticas sociais (BRASIL, 2019). Contudo, a qualidade é um conceito multidimensional, de natureza objetiva ou subjetiva, que pode variar de acordo com o interesse de grupos ou atores sociais e com o contexto e os objetivos da avaliação (UCHIMURA; BOSI, 2012). A definição de qualidade para as ILPI é mais complexa, pois pode ser confundida com regulação, além de sofrer influência contextual e das condições de saúde dos residentes. A regulamentação das ILPI brasileiras prevê o monitoramento anual de taxas de morbimortalidade (BRASIL, 2015) e esses indicadores de resultado têm sido utilizados em estudos de avaliação que adotam, majoritariamente, medidas de qualidade focadas em cuidados médicos e condições clínicas dos residentes (CASTLE; FERGUSON, 2010; SPILSBURY, 2011).

Um Modelo Multidimensional Integrado de Qualidade e Atendimento para instituições voltadas aos cuidados de longa permanência para pessoas idosas foi proposto por Rantz *et al.* (1999). O modelo é uma proposta conceitual, multidimensional, desenvolvido para instituições voltadas aos cuidados de pessoas idosas, a partir da atenção centrada na pessoa. Ele agrega sete dimensões da qualidade definidas com base nos resultados de grupos focais com profissionais envolvidos no cuidado das pessoas idosas, familiares e pessoa idosa institucionalizada (1- Foco central nos residentes, familiares, funcionários e comunidade; 2- Recursos humanos; 3- Envolvimento familiar; 4- Cuidado individualizado; 5- Meio Ambiente; 6- Moradia; 7- Comunicação) (RANTZ *et al.*, 1999).

A adoção desse modelo pode orientar a elaboração de indicadores que busquem uma avaliação mais abrangente da qualidade das ILPI.

No Brasil, desde 2012, o Ministério do Desenvolvimento Social instituiu o Censo do Sistema Único de Assistência Social (Censo SUAS) que inclui a coleta de dados sobre as ILPI brasileiras governamentais e não governamentais (não possuem convênio com o poder público). A geração de dados no âmbito do Censo SUAS tem por objetivo proporcionar subsídios para a construção e manutenção de indicadores de monitoramento e avaliação do Sistema Único de Assistência Social. O censo SUAS busca dados sobre as ILPI, por meio do preenchimento de um questionário eletrônico que contém 586 variáveis agrupadas em seis blocos e caracterizam a estrutura de funcionamento, o perfil dos recursos humanos, a capacidade de oferta da rede socioassistencial, dentre outros aspectos (BRASIL, 2018).

Nesse sentido, tendo como referencial teórico o modelo Multidimensional Integrado de Qualidade de Rantz *et al.* (1999) e a necessidade de avaliação sistematizada das ILPI, este estudo tem como objetivo o desenvolvimento e a validação de uma matriz multidimensional de avaliação composta por indicadores criados utilizando as variáveis do Censo SUAS, para descrever a qualidade das ILPI brasileiras, e comparar o desempenho alcançado entre as regiões do país (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul, Centro Oeste).

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Os Serviços de amparo à população idosa no mundo

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 extra (SCHEIL- ADLUNG, 2015).

Na China, a obrigação moral dos filhos de reverenciar os pais e os manter juntos do convívio familiar ainda é cultural, no entanto, o governo chinês vem realizando reformas de bem-estar social buscando melhorar a provisão de seguridadesocial para seus cidadãos, especialmente para a população idosa, tendo em vista o desprovimento de necessidades, principalmente para a população rural (ZHANG *et al.*, 2014). Ainda assim, os sistemas de seguridade sociais são severamente subdesenvolvidos e distribuídos de maneira desigual, até mesmo entre as províncias (LEI; LIN, 2009). Um estudo realizado com a população chinesa observou que a eficácia do apoio familiar não é tão notável para a sobrevivência das pessoas idosas. Pelo contrário, o apoio conjugal e a independência financeira provaram ser os fatores mais benéficos para a sobrevivência dos idosos (ZHIXIN *et al.*, 2015). Esses dados reforçam a necessidade de elevar o nível e a extensão do apoio social institucional para população idosa chinesa (ZHIXIN *et al.*, 2015).

A Austrália conta com vários serviços oferecidos pelo governo nacional e local ao público idoso, incluindo o atendimento residencial a indivíduos com necessidades de cuidados complexos (equipamentos e terapias) e medianos (acomodação diária e alguns serviços de cuidados pessoais), bem como pacotes de assistência comunitária para aqueles que são elegíveis para atendimento residencial. A mais alta expectativa média de vida do mundo (82 anos) se encontra na Austrália que conta com um sistema de assistência social não universal, com assistência pública apenas à população idosa de baixa renda, conforme a avaliação de necessidades. Há preocupações com a estabilidade financeira do Sistema de Assistência Social do país e é provável que as contribuições dos usuários aumentem no futuro próximo (FORDER; FERNANDEZ, 2011).

Na Índia, devido à ausência de um programa formal de apoio social, a população idosa fica dependente do apoio intergeracional durante a velhice.

população indiana, de forma geral, não conta com um sistema de seguridade social desenvolvido. Apenas as pessoas ligadas à força de trabalho, que correspondem a 10% dos indianos, recebem pensão do sistema de seguridade social. Da mesma forma, o acesso à saúde ainda é um problema para a maioria, tendo em vista o financiamento insuficiente (REDDY, 2015).

A França possui um seguro social universal que fornece assistência social à população idosa que tenha necessidade, conforme um limite estabelecido pelo governo. A expectativa de vida da população francesa é alta (82 anos). Na última década, os serviços de cuidados intermediários para idosos frágeis que não estão em suas residências e o atendimento domiciliar para os que residem em suas próprias casas foram implantados. Esses cuidados são prestados, principalmente, por médicos e enfermeiros independentes e pelos serviços comunitários de enfermagem privados sem fins lucrativos ou públicos custeados pelo sistema público de saúde (CHECREUL, *et al.* 2010).

Os países da região árabe possuem uma cultura de respeito ao idoso que impõe obrigações à família em apoiar os membros na terceira idade e oferecer a eles os cuidados necessários (SINUNU *et al.*, 2008; YOUNT *et al.*, 2009). Até o momento, o número de instituições para cuidados de longa duração permanece baixo na maioria dos países árabes (BOGGATZ *et al.*, 2009). Apesar do ritmo de envelhecimento ser variado nesses países, estima-se que o Líbano, a Tunísia e os Emirados Árabes Unidos sofrerão um rápido aumento dessa população nos próximos anos, que pressionará não apenas a sociedade como um todo mas também a capacidade das famílias de apoiar e cuidar de seus membros mais velhos (HANIEH, 2016).

A Alemanha conta com um sistema obrigatório de seguro de assistência social com cobertura tanto à população idosa como às pessoas com deficiência em idade ativa. Esse seguro cobre as necessidades básicas. Os recursos para o seguro são coletados entre o empregador, empregado e pensionistas. Em 2005, um recurso extra de 0,25% foi imposto às pessoas sem filhos, com menor probabilidade de receber apoio informal da família na terceira idade. Os amparos ofertados pelo seguro contemplam benefícios em dinheiro, que podem ser usados para pagar cuidadores familiares, agência de cuidados ou, até mesmo, realizar reformas na casa para torná-la acessível (BLÜMEL, 2013; GLECKMAN, 2010).

Os Estados Unidos da América (EUA) é um país que conta com uma

população, predominantemente, jovem, com apenas 13% da população com idade maior que 65 anos. A expectativa de vida da população é de 78 anos, apesar de se tratar de um dos países mais ricos do mundo. As instituições para moradia de pessoas idosas são, predominantemente, privadas (92%), onde ocorrem investimentos de seus ativos para depois se qualificarem para cobertura do programa Medicaid que são voltados aos de baixa renda (RICE *et al.*, 2013). Com a criação dos programas que oferecem suporte ao público idoso durante o dia, o número de procura por instituições vem reduzindo. A população com maior poder aquisitivo possui seguro privado de cuidados de longo prazo para cobrir os custos de cuidados de enfermagem residenciais (RICE *et al.*, 2013).

A Suécia possui altos gastos com assistência social. Seu sistema é universal, abrangente e a cobertura inclui acomodação e custo de cuidados diários, como serviços de atendimento domiciliar para cuidados da vida diária e apoios domésticos (SWEDISH INSTITUTE, 2013). O sistema é generoso com pouco recursos compartilhado pela população idosa (ANELL *et al.* 2012).

A visão de assistência social japonesa segue a política de envelhecer em casa. A cultura dos japoneses volta-se para manter os idosos com necessidades de cuidados em suas próprias casas, com serviços de assistência formal adequado, introduzindo o 'Kaigo Hoken' (Lei de Seguro de Assistência a Longo Prazo). O Japão possui um sistema de saúde universal que passa por mudanças para garantir sua sustentabilidade, tendo em vista o envelhecimento da população. Atualmente, os seguros de saúde são pagos pelas grandes empresas que ofertam planos de saúde aos seus empregados. O seguro de assistência de longo prazo é obrigatório e considerado generoso para padrões internacionais, pois cobre um terço dos custos de acomodação, podendo ampliar esse custeio, conforme avaliação que não leva em consideração os cuidados informais fornecidos pela comunidade (FORDER; FERNANDEZ, 2011). As instituições de cuidados residenciais não podem ter fins lucrativos, e desde a introdução das contribuições dos usuários na forma de copagamentos e taxas de hotel, menos pessoas pobres estão assumindo seus direitos (MATSUDA, 2013).

No Brasil, a assistência social, a população idosa goza de um sistema público de assistência social, com amparo à população idosa contribuinte e não contribuinte. O não contribuinte, com idade de 65 anos ou mais, que comprove não possuir meios para prover a própria manutenção, nem tê-la provida por sua família,

possui direito ao Benefício de Prestação Continuada (BPC). O BPC consiste em um repasse mensal de salário, conforme estabelecido pela Política Nacional de Assistência Social (BRASIL, 2007). Os serviços de amparo disponíveis à população idosa possuem duas modalidades: asilar e não asilar. A modalidade asilar é ofertada pelas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), cujos padrões mínimos de funcionamento são regulamentados pela Resolução da Diretoria Colegiada (BRASIL, 2021). Essa modalidade abrange o serviço em regime de internato voltado à pessoa idosa sem vínculo familiar ou sem condições de prover a própria subsistência, de modo a satisfazer as necessidades de moradia, de alimentação, de saúde e de convivência social.

As modalidades não asilares consistem nos Centros de Convivência (para permanência diurna, com o desenvolvimento de atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais, associativas e de educação para a cidadania; Centro de Cuidados Diurno (hospital-dia e centro-dia que são voltados à permanência de pessoas idosas dependentes durante o dia); Oficina abrigada de trabalho (locais dedicados ao desenvolvimento de atividades produtivas, que lhe proporcionem a oportunidade de elevar sua renda, regido por normas específicas); Atendimento Domiciliar que é um serviço prestado no lar da pessoa idosa dependente e que vive sozinha, por profissionais da área da saúde ou pessoas da própria comunidade, com a finalidade de suprir as suas necessidades da vida diária (BRASIL, 2019).

2.2 Avaliação da Qualidade para as Instituições de Longa Permanência para Idosos Os conceitos de gerência da qualidade foram desenvolvidos, inicialmente, no contexto industrial. Concepções como: ausência de defeitos, fazer certo da primeira vez, em conformidade com as exigências e expectativas do cliente, sentir orgulho do que se faz são alguns dos aspectos abordados no conceito de qualidade empresarial (MALIK; SCHIESARI, 1998). Na área da saúde, Avedis Donabedian foi o primeiro autor que se dedicou de maneira sistemática a estudar e publicar sobre qualidade em saúde. Donabedian absorveu da teoria de sistemas a noção de indicadores de estrutura, processo e resultado, e seus estudos se tornaram clássicos na área de qualidade em saúde (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHAO, 2006). O componente Estrutura do modelo de Donabedian corresponde às características estáveis e necessárias ao processo assistencial, abrangendo a área física, recursos humanos, recursos materiais e financeiros, sistemas de informação e instrumentos normativos técnico-administrativos, apoio político e condições organizacionais. O

componente Processo corresponde à prestação da assistência segundo padrões técnico-científicos, incluindo o reconhecimento de problemas, métodos diagnósticos e os cuidados prestados. O componente Resultados, corresponde às consequências das atividades realizadas pelo profissional no estado de saúde dos pacientes, considerando, ainda, as mudanças relacionadas a conhecimentos e comportamentos, bem como à satisfação do usuário e do trabalhador (DONABEDIAN; 1980; 1985; 1990;1993). Além dos três componentes, sete atributos foram destacados como os pilares de sustentação para a qualidade em saúde por Donabedian (a eficácia, efetividade, eficiência, otimização dos recursos, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1993; VUORI,1990).

A partir do início do século XXI, novas abordagens de qualidade para serviços de saúde apareceram no cenário mundial. Os prestadores de serviços começaram experimentar modelos de atendimentos baseados na dimensão centrada na pessoa, com atendimentos desinstitucionalizados, flexíveis e responsivos, e baseados na comunidade. A dimensão centrada na pessoa abrange não somente aspectos clínicos, mas também questões sociais, culturais, de respeito às necessidades e desejos, referências e valores dos usuários. Sete temáticas elucidam a compreensão dessa dimensão: (1) honrar a pessoa, (2) estar em relacionamento, (3) facilitar a participação e o engajamento, (4) inclusão/ cidadania social, (5) experimentar amor compassivo, (6) pontos fortes/foco na capacidade (7) características e valores organizacionais (WATERS; BUCHANAN, 2017).

Nesse contexto, experiência de alguns países mostram que, para a construção de um efetivo instrumento de avaliação, os prestadores e os usuários devem participar da construção dos indicadores que compõem o sistema que se pretende monitorar (VIACAVA *et al.*, 2004). Da mesma forma, a Organização Mundial de Saúde enfatizou que os instrumentos criados para medir a qualidade da assistência devem ser centrados na pessoa (OLIVEIRA *et al.*, 2016). Nesse âmbito, a prestação de serviços baseada na dimensão “centrada na pessoa” tornou-se sinônimo de atendimento de qualidade em muitos países ocidentais(WATERS; BUCHANAN, 2017).

Avaliar as Instituições de Longa permanência para idosos (ILPI) tem sido uma prática incentivada e reconhecida em muitos países, e constitui-se num poderoso instrumento para as políticas de reforma. O desenvolvimento de indicadores para regular esse segmento de apoio aos idosos, no âmbito

internacional, foi identificado como prioridade pela Associação Internacional de Gerontologia e Geriatria e Organização Mundial de Saúde (TOLSON *et al.*, 2011). As várias dimensões e a falta de uniformidade quanto ao conceito de qualidade para ILPI são entraves enfrentados. Para construção de ferramentas de avaliação voltadas aos cuidados de longo prazo é importante integrar as perspectivas de pacientes, familiares e profissionais na conceituação da qualidade em cuidados de longo prazo, pois essas instituições abrangem aspectos diversos e é fundamentalmente multidimensional (KANE, 2001) (NAKREN *et al.* 2008).

Um conceito multidimensional, envolvendo dimensões alusivas às características do cuidado baseado na dimensão centrada na pessoa, foi estabelecido por Rantz *et al.* (1999). Esse modelo foi denominado - Modelo Multidimensional Integrado de Qualidade e Atendimento para Instituições voltadas aos cuidados de longa permanência para idosos (MMIQA). Ele agrega sete dimensões definidas com base nos resultados de grupos focais com profissionais voltados ao cuidado ao idoso, familiares e idosos institucionalizados. As sete Dimensões da Qualidade do MMIQA são: *Foco central nos residentes, familiares, funcionários e comunidade; Recursos humanos; Envolvimento familiar; Cuidado individualizado; Meio Ambiente; Moradia; e Comunicação* (RANTZ *et al.*, 1999). A *Dimensão Foco central nos residentes, familiares, funcionários e comunidade* aborda que os familiares e idosos devem ser reconhecidos como foco central da instituição, que deve haver maior atenção às necessidades deles, da comunidade e da equipe de profissionais. A *Dimensão Recursos humanos* aponta para a garantia do número satisfatório de profissionais, diminuição da rotatividade, recrutamentos adequados, treinamento e a supervisão. A *Dimensão Envolvimento familiar* fala sobre a necessidade de maior abertura aos familiares dos idosos, participação do familiar no cuidado com o idoso residente e atuação em grupos de aconselhamento e apoio. A *Dimensão Cuidado Individualizado* aponta para a garantia de cuidados básicos aos idosos e da minimização dos incidentes e lesões domiciliares. A *Dimensão Meio Ambiente* enfatiza questões como um espaço físico limpo, sem odores, silencioso, espaçoso, com mobiliários adequados, iluminado, ventilação, piso antiderrapante, ambiente seguro e agradável e com acessibilidade. A *Dimensão Moradia* aborda aspectos sobre o sentimento de viverem um lar. Valoriza a presença de voluntários, animais de estimação, crianças e plantas na instituição. Fala da possibilidade de maior envolvimento com a comunidade, visitas frequentes de voluntários, crianças,



membros de igrejas e escolas. Destaca que o lucro não pode ser a prioridade dessas instituições. Por fim, a *Dimensão Comunicação* volta-se para questões da boa comunicação com os familiares e moradores ( RANTZ *et al.*,1999).

Sob a ótica do cuidado centrado na pessoa e norteado pelo Modelo de Rantz *et al.* (1999), um instrumento foi desenvolvido por pesquisadores dos Estados Unidos da América para avaliar a qualidade do atendimento prestado nas ILPI, denominado Instrumento de Qualidade dos Indicadores Observáveis de Cuidados Domiciliares (IQIOCD). O instrumento foi testado em campo e revisado várias vezes, com estudos de validade e confiabilidade, conduzidos para cada versão (RANTZ *et al.* 2000, 2001). O instrumento conta com 30 itens alusivos às sete dimensões da qualidade do cuidado: (1) comunicação interpessoal; (2) prestação de cuidados; (3) gestão da aparência dos idosos; (4) odores; (5) utilização dos ambientes básicos; (6) acesso aos ambientes das ILPI; e (7) ambiente familiar. Para avaliação das ILPI, são atribuídos pontos de 1 a 5 ( para cada item), pelos avaliadores, no momento da visita à ILPI, em ordem crescente de qualidade. A avaliação das ILPI variam em um score de 30 pontos (má qualidade) a 150 pontos (boa qualidade) por instituição (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

No Brasil, um estudo, conduzido por Oliveira *et al.* (2016), trouxe uma proposta de adaptação do (IQIOCD). Para avaliar a confiabilidade e a aplicabilidade do instrumento adaptado, um estudo avaliou 30 ILPI do estado do Rio Grande do Norte. Cada instituição foi avaliada por três pares de avaliadores externos, durante uma única visita de 30 a 40 minutos. Os resultados mostraram que nenhuma ILPI apresentou nível de qualidade satisfatório (escore médio  $\geq 4$ ), nove apresentaram um baixo nível de desempenho (pontuação média 3–3,9) e 22 apresentaram qualidade muito ruim (pontuação média  $< 3$ ). Os Indicadores de infraestrutura obtiveram resultados insatisfatórios em todas ILPI avaliadas, o que demonstra a falta de fiscalização do governo para esse tipo de serviço. Este estudo forneceu uma visão crítica para a comunidade científica nacional e internacional sobre a importância conhecer e regular a qualidade deste segmento de apoio ao idoso (OLIVEIRA *et al.* ; 2016).

Uma revisão sistemática foi realizada, a fim de identificar instrumentos de medida construídos especificamente para o gerenciamento e o cuidado de idosos residentes em ILPI. Foram selecionados estudos desde a sua criação, até maio de 2013. Os critérios de inclusão dos artigos foram a construção ou validação de

instrumentos de medida; amostra composta apenas por idosos institucionalizados e idioma inglês, espanhol ou português. Foram excluídos estudos de revisões, artigos indisponíveis na íntegra e, ainda, cujo instrumento fosse de avaliação da ILPI. Encontraram-se 1.858 artigos, contudo, apenas 28 atenderam aos critérios do estudo. Os Estados Unidos da América foram o país com maior número artigos sobre construção ou validação de instrumentos de avaliação para ILPI, talvez por possuir uma regulamentação que preconiza a utilização de Instrumento de Avaliação do Residente de maneira padronizada. O Brasil, apesar de possuir a Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa, que estabelece as regras mínimas para o funcionamento das ILPI, não apresentou publicações voltadas à construção e validação de instrumentos para avaliar ILPI no território nacional que atendessem aos critérios deste estudo. As variáveis mais frequentemente avaliadas pelos instrumentos foram: a depressão, a cognição e a capacidade funcional. Os dados mostraram a necessidade, urgente, da reformulação de políticas públicas que garantam um sistema de avaliação padronizado para os residentes de ILPI (MEDEIROS, 2016).

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 Objetivo Geral

Desenvolver e validar uma matriz multidimensional de avaliação composta por indicadores criados a partir das variáveis do Censo SUAS, para descrever a qualidade das ILPI brasileiras.

#### 3.2 Objetivos Específicos

- a) Desenvolver uma Matriz Multidimensional de Avaliação tendo como referencial teórico o modelo de Rantz e colaboradores (1999), contendo indicadores criados a partir das variáveis do Censo do Sistema Único de Assistência Social de 2018;
- b) Validar a Matriz Multidimensional de Avaliação;
- c) Descrever a qualidade das ILPI brasileiras;
- d) Comparar o desempenho das ILPI brasileiras entre as regiões do país.

## 4 METODOLOGIA EXPANDIDA

A presente pesquisa possui quatro etapas, cujos métodos serão apresentados separadamente.

Na etapa 1 foi realizado um estudo metodológico que consistiu na construção de uma Matriz Multidimensional de Avaliação (MMA) das ILPI, considerando os aspectos da qualidade do modelo elaborado por Rantz *et al.* (1999). A etapa 2 consistiu no processo de validação da MMA. Na etapa 3, utilizou-se a MMA para avaliação e descrição do desempenho das ILPI participantes e na etapa 4, comparou-se o desempenho alcançado entre as regiões do país, por meio do estudo do índice de disparidades.

O estudo correspondente à segunda etapa da pesquisa foi apresentado e aprovado pelo comitê de ética e pesquisa por meio do parecer nº 3.143.674 (Anexo A).

### 4.1 Etapa 1- Elaboração da Matriz Multidimensional de Avaliação

Trata-se de um estudo metodológico de desenvolvimento de uma matriz de avaliação composta por indicadores construídos a partir de variáveis coletadas pelo Censo SUAS, descritas nos instrutivos do Censo referentes ao ano de 2018 (BRASIL, 2018). O Censo SUAS é voltado para cada os serviços que compõem a Assistência Social, conforme consta na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, incluindo as ILPI que compõem (BRASIL, 2018).

Para o desenvolvimento dos indicadores, foram selecionadas 66 variáveis do Censo SUAS, considerando aspectos da qualidade de acordo com as dimensões teóricas do modelo de qualidade das ILPI de Rantz *et al.* (1999), cujos conceitos foram apresentados no quadro 1 (Apêndice A). O Banco de dados do Censo SUAS é alimentado, anualmente, por um agente público municipal ou estadual, por meio do preenchimento de um questionário eletrônico (Anexo B) que contém 586 variáveis agrupadas em seis blocos (Identificação; Caracterização; Características dos usuários; Serviços de acolhimento; Estrutura física e Localização; Gestão de Pessoas) (BRASIL, 2018).

Para cada indicador, descreveu-se a dimensão da qualidade à qual estaria relacionado, o objetivo do indicador, as variáveis do Censo SUAS utilizadas na

composição do indicador, a fórmula de cálculo, a forma de apuração, interpretação e justificativa do indicador.

#### 4.2 Etapa 2- Validação da Matriz Multidimensional de Avaliação

A Matriz Multidimensional de Avaliação foi validada por meio da Técnica Delphi Modificada. Essa técnica possibilita que os *experts* expressem suas opiniões sobre um determinado tema, por uma construção participativa, até que exista o consenso, sem contato entre eles (SPÍNOLA, 1994). Uma variação da técnica Delphi, é a técnica “modificada” que propõe um limite de ciclos até o consenso (SILVA; TANAKA, 1999).

Para a validação, a matriz foi formatada em um software de coleta de dados online Survey Monkey®. Um roteiro foi elaborado para que os *experts* registrassem suas considerações em relação aos indicadores. Previamente ao início das rodadas de validação, todo o material (matriz de avaliação e roteiro de validação) foi enviado a dois profissionais com experiência no cuidado ao idoso institucionalizado para pré- teste do uso da plataforma, clareza das orientações para validação e formatação da matriz e do roteiro de validação.

A validação pela técnica Delphi “modificada” foi proposta com a participação de 15 *experts* com os seguintes perfis e quantitativo de profissionais: Saúde Pública (2), Gerontologia (4), Vigilância Sanitária (1), Estatística (1), Enfermagem (3) e representantes das ILPI (4).

O roteiro de validação possibilitava que os *experts* manifestassem sua opinião quanto à relevância do indicador, se ele representava o conceito (conteúdo) e dimensão teórica de qualidade, e sobre a transparência metodológica na construção da fórmula de cálculo (JANNUZZI, 2005). Foram elaboradas as seguintes afirmativas

1) O indicador “x” é relevante para a avaliação da qualidade da ILPI. 2) O indicador “x” possibilita avaliar o seu “objetivo”, 3) O método de cálculo do indicador “x” é facilmente compreensível e reproduzível, 4) O indicador “x” mede aspectos da “dimensão x”. Para cada afirmativa, o expert deveria optar por uma das seguintes respostas: 0 discordo, 1 discordo em parte, 2 concordo em parte e 3 concordo. Adicionalmente, para cada indicador foi incluído um campo com a seguinte orientação: Por favor, insira neste espaço suas observações, críticas ou sugestões

em relação ao indicador avaliado. O Índice de Validade de Conteúdo adotado foi de 75% de concordância entre todos os experts (CASTRO; RESENDE, 2009; WITT; ALMEIDA, 2008). Este percentual foi computado considerando as opções de resposta concordo parcialmente e concordo.

Os *experts* foram convidados a participarem da validação da matriz de avaliação por envio pessoal de e-mail, com texto padronizado para todos. O convite continha esclarecimentos sobre o estudo, um Termo de Consentimento, a Matriz de Multidimensional de Avaliação e o roteiro de validação, disponibilizados apenas para os que consentiram em participar do estudo. Os convidados que não consentiram, foram substituídos por outros com os mesmos critérios de formação estabelecidos no estudo.

Nas etapas seguintes, o relatório com o resultado do ciclo de validação anterior foi consolidado apresentando o percentual de concordância para cada indicador, bem como o conjunto de comentários obtidos e as justificativas e explicações sobre as mudanças realizadas. Este relatório foi disponibilizado aos experts mantendo o anonimato.

### Etapa 3- Avaliação das ILPI Participantes do Censo SUAS 2018.

Para avaliação das ILPI participantes do censo SUAS 2018, realizou-se um estudo quantitativo com dados secundários públicos extraídos do Portal Censo SUAS, vinculado à Secretaria Nacional de Assistência Social do Ministério de Desenvolvimento Social do Brasil (2018). Este ano foi escolhido por ser o mais atual, com dados disponíveis no referido portal (BRASIL, 2020). Foram utilizadas as bases de dados: Acolhimento Municipal Recursos Humanos (Banco RH) e Acolhimento Municipal e Estadual dados gerais (Banco geral ILPI). Na primeira base, as unidades amostrais são as ILPI e na segunda base é cada um dos trabalhadores das ILPI. As duas bases continham uma variável comum de identificação das ILPI, conforme Cadastro do Sistema Único de Assistência Social (CadSUAS), que permitiu a vinculação (Brasil, 2018).

Foram incluídas todas as ILPI vinculadas à política de assistência social, totalizando 1.665 ILPI. Para avaliação, utilizou-se a Matriz Multidimensional de Avaliação disponível no Apêndice D. Esta matriz apresenta 18 indicadores em sete dimensões da qualidade das ILPI, sendo: 1) Foco central nos residentes, familiares, funcionários e comunidade; 2) Recursos humanos; 3) Envolvimento familiar; 4)

Cuidado individualizado; 5) Meio Ambiente; 6) Moradia; 7) Comunicação.

Os indicadores foram calculados para cada uma das ILPI. Para calcular os indicadores nº 2, 3, 5, 6, 11 e 12, que dependiam de informações dos profissionais que trabalhavam nas ILPI, utilizou-se os dois bancos de dados do Censo SUAS 2018, ou seja, o banco geral ILPI e o banco RH que continham os dados de todos os estabelecimentos da Assistência Social que participaram do Censo SUAS 2018. Nos dois bancos foram mantidos somente os dados referentes às ILPI. Para o indicador nº 2, foram observadas as variáveis vínculo, função e carga horária - para selecionar os coordenadores ou responsáveis técnicos das ILPI, com carga horária semanal de 21 horas ou mais e com vínculo formal. Para o indicador nº 3, observou-se o vínculo de trabalho dos profissionais. Para o indicador nº 5, além do vínculo de trabalho, foram observadas as funções exercidas pelos profissionais e a carga horária, a fim de identificar os cuidadores de idosos com carga horária de 40 horas ou mais. Para o indicador nº 6, foram selecionados os profissionais com a data da admissão antes de 2018, para identificação dos que trabalhavam há mais de 1 ano na instituição. Para o cálculo do indicador nº 11, selecionou-se a função dos profissionais que atuam nas ILPI e para a fórmula do indicador 12, filtraram-se os profissionais de nível superior terapeuta educacional e o educador, com carga horária maior que 12 horas semanais.

Para qualificar as ILPI, quanto ao desempenho, e realizar a comparação entre as regiões brasileiras, estabeleceu-se os resultados possíveis e interpretou-se os parâmetros de desempenho das ILPI em três categorias: Incipiente, em desenvolvimento e consolidado, conforme apresentado no Apêndice E.

#### 4.3 Comparação do desempenho alcançado pelas ILPI brasileiras participantes do Censo SUAS

Para realizar a comparação do desempenho alcançado pelas ILPI brasileiras participantes do Censo SUAS, calculou-se o Índice de Disparidade (ID). O ID compara a magnitude das diferenças entre as regiões brasileiras nas proporções de ILPI com indicadores com desempenho “desejável”. Utilizou-se esse desempenho, 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. O seu cálculo baseou-se na fórmula elaborada por Pearcy e Keppel (2002).

## 5 ARTIGOS

Os resultados e as discussões estão apresentados, por meio de dois artigos científicos, cujo títulos são:

Artigo 1- Indicators for evaluating long-term care facilities for old people: development and validation (Anexo C- Comprovante de publicação)

Artigo 2 - Quality of the Long-Term Care Facilities for Brazilian Older People: geographic distribution of data Long-Term Care Facilities for Old People (Anexo D- Comprovante de submissão).



## 5.1 Artigo 1

### Indicators for evaluating long-term care facilities for old people: development and validation

#### Indicators for evaluating long-term care facilities for old people

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

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

<sup>2,3</sup>Karla Cristina Giacomin- <https://orcid.org/0000-0002-9510-6953>

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

<sup>1</sup> Universidade Federal de Minas Gerais, Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

<sup>2</sup> Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Secretaria Municipal da Saúde. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

<sup>3</sup> Fiocruz, Núcleo de estudos em Saúde Pública e envelhecimento. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Programa Pesquisador Mineiro recebido pela autora Raquel Conceição Ferreira. Nº do processo: PPM-00686-16.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/ *Correspondence*

Raquel Conceição Ferreira

[raquelcf@ufmg.br](mailto:raquelcf@ufmg.br)

#### Abstract

*Objective:* Develop and validate a quality assessment matrix for long-term facilities for old people, using the integrated multidimensional model of quality and care as the theoretical framework. *Method:* This is a methodological study that selected 66 variables included in the census of the Unified System of Social Assistance, to assess the seven dimensions of quality proposed by the model. The modified Delphi technique was used for validation with the participation of 15 experts who used the *Survey Monkey*® online platform, until a minimum of 75% consensus was reached. 18 indicators were proposed and two validation cycles were needed until consensus. *Results:* In the first cycle, all indicators were considered relevant, represented the concept and demonstrated consistency with the theoretical dimension of quality. There was a need to review the calculation formula for two indicators, which was considered adequate by more than 75% of experts in the second validation cycle. *Conclusion:* The matrix proved to be valid and can be used in the process of evaluating and monitoring the quality of the facilities participating in the Unified Social Assistance System Census, contributing to define priorities for the permanent improvement of the care provided.

**Keywords:** Quality control. Long-term care facilities for old people. Service indicators. Health services for old people.

## Introduction

Population aging is a worldwide phenomenon resulting from the decrease in fertility rates and the increase in life expectancy associated with improvements in the population's living conditions<sup>1</sup>. This accelerated demographic transition requires attention to ensure better living conditions for old people<sup>2,3</sup>.

Among the regulated support services for old people, the Long-Term Care Facilities for Old People (LTCF) stand out. These facilities incorporate care aimed at social and emotional life, the needs of daily life and health care<sup>4</sup>. Although a census carried out in the Brazilian territory has shown that less than 1% of the old people population live in LTCF<sup>5</sup>, an increase in institutionalization is expected as a consequence of aging and family dynamics changes<sup>3,6</sup>.

In the literature, there are several studies aimed at the analysis of LTCF<sup>7-9</sup>, however, most of these studies have specific cuttings about the health of old people residents<sup>10</sup>. In Brazil, LTCF are regulated by the Collegiate Board Resolution - RDC nº 283 of September 26, 2005 (RDC - Anvisa)<sup>4</sup>, which provides for the evaluation of services provided through some indicators: mortality and incidence rates of diarrhea diseases, scabies, dehydration, decubitus ulcer and malnutrition in old people. These outcome indicators have been used in evaluation studies that mostly adopt quality measures focused on medical care and clinical conditions of residents<sup>6,7</sup>.

However, quality is a multidimensional concept, of an objective or subjective nature, which can vary according to the interest of groups or social actors and with the context and objectives of the evaluation<sup>11</sup>. For LTCF, the definition of quality is even more complex because it can be confused with regulation, in addition to being subject to contextual influence and resident conditions. The Integrated Multidimensional Model of Quality and Care for facilities focused on long-term care for old people<sup>12</sup> is a conceptual, multidimensional model developed specifically for Facilities focused on long-term care for old people, based on person-centered care. This model aggregates seven dimensions of quality defined based on the results of focus groups with professionals involved in the care of old people, family members and institutionalized old people. The adoption of this model<sup>12</sup> can guide the development

of indicators that seek a more comprehensive assessment of the quality of LTCF.

In Brazil, since 2012, the Ministry of Social Development has instituted the Unified Social Assistance System Census (SUAS Census), which includes the collection of data on Brazilian governmental and non-governmental LTCFs (which do not have an agreement with the government). The generation of data in the scope of the SUAS Census aims to provide subsidies for the construction and maintenance of monitoring and evaluation indicators of the Unified Social Assistance System<sup>13</sup>.

In this sense, taking the Integrated Multidimensional Quality model as a theoretical reference<sup>12</sup> and the need for systematic evaluation of LTCF10, this study aims to develop and validate an evaluation matrix composed of indicators created using the SUAS Census variables. It is expected that this study will generate interpretable information and reveal aspects to be prioritized for the permanent improvement of the care provided in LTCF.

## Method

This is a methodological study of the development of an evaluation matrix composed of indicators conducted from November 2019 to March 2020. The indicators were constructed using variables collected by the SUAS Census, described in the Census instructions, for the year 2018, of free access on the website of the Ministry of Social Development of Brazil<sup>14</sup>.

For the development of the Evaluation Matrix indicators, 66 variables from the SUAS Census were selected, considering aspects of quality according to the seven theoretical dimensions of the Integrated Multidimensional Quality model (Chart 1)<sup>12</sup>.

**Chart 1.** Quality dimensions of the Integrated Multidimensional Model of Quality and Service and concepts. Columbia, Missouri, United States of America, 1999.

Quality Dimensions	Concepts
Central focus on residents, family, employees and community	This dimension includes the standards related to the service offered by these facilities to the community, addresses the needs of families that have members who need assistance services, recognizes the importance of the team of professionals and how the team is essential to take care of quality and meet individual needs of each old person, family members and the old people are recognized as the central focus of the Long-Term Care Facility (LTCF).
Human Resources	The LTCF must have a satisfactory number of professionals. It is important that there is a low turnover of professionals, supervision and training. The LTCF must recruit and retain responsive, compassionate, considerate, clean, well-prepared and involved employees.
Family involvement	The LTCF must involve family members in care, family members must have the opportunity to hold the team of professionals responsible for care and must participate in counseling and support groups.

Individualized care	The LTCF must guarantee basic care and minimize home incidents and injuries. It is necessary that they take care of the residents as people, offering good food and helping them to eat, engaging residents in activities;
Environment	The LTCF has a clean, odorless, quiet, spacious physical space with adequate furniture, lighting, ventilation, non-slip flooring, a safe and pleasant environment and accessibility.
Housing	The LTCF should give a feeling that the old people are in their own home, with the presence of volunteers, pets, children and plants. It should enable community involvement in the unit, with frequent visits by volunteers and children, members of churches and schools. It is important that profit is not the priority of these units.
Communication	It is important to have communication systems in place to ensure that the needs, likes and dislikes of the old people are met. Good communication with family members and residents is essential. In quality facilities, the team really takes the time to engage residents in conversations.

Source: Rantz et al. (1999).

The SUAS Census Database is fed annually by a public agent, by filling out an electronic questionnaire containing 586 variables grouped in six blocks (identification; characterization; user characteristics; reception services; physical structure and location; people management). The evaluation matrix was built from the set of indicators. For each of the indicators, the dimension of quality to which it would be related, the objective, the SUAS Census variables used in the indicator's composition, the calculation formula, the way of calculating, interpreting and justifying the indicator were described.

The evaluation matrix was validated, using the modified Delphi technique. This technique allows experts to express their opinions on a given theme, through a participatory construction, until there is consensus, without contact between them<sup>15</sup>. A variation of the Delphi technique, it is the “modified” technique that proposes a limit of cycles until consensus<sup>16</sup>.

For validation, the evaluation matrix was formatted using the Survey Monkey® online data collection software. A script was developed for the experts to record their considerations regarding the indicators. Prior to the beginning of the validation cycles, all the material (evaluation matrix and validation script) was subjected to a pre-test by two professionals with experience in caring for the institutionalized old people, asking them to evaluate the ease of use of the Survey Monkey® platform, the clarity of the guidelines for validation and the adequacy of the matrix format, as well as the questions proposed in the validation script.

Validation by the “modified” Delphi technique was proposed with the participation of 15 experts with the following professional profiles: Public Health (2), Gerontology (4), Health Surveillance (1), Statistics (1), Nursing (3) and representatives of LTCF (4).

The validation script made it possible for experts to express their opinion regarding the relevance of the indicator, whether it represented the content of the theoretical dimension of quality, and about methodological transparency in the construction of the calculation formula<sup>17</sup>. The following statements were made: 1) The “x” indicator is relevant for assessing the quality of the LTCF. 2) The “x” indicator makes it possible to evaluate its “objective”, 3) The calculation method of the “x” indicator is easily understandable and reproducible, 4) The “x” indicator measures aspects of the “dimension x”. For each statement, the expert should choose one of the following answers: 0 disagree, 1 disagree in part, 2 agree in part and 3 agree. In addition, for each indicator, a field was included with the following guidance: “Please insert your observations, criticisms or suggestions in relation to the evaluated indicator in this space”. The Content Validity Index adopted was at least 75% of agreement among all experts<sup>18</sup>. This percentage was computed considering the answer options partially agree and agree.

The experts were invited to participate in the validation of the evaluation matrix by personal e-mail, with standardized text for everyone. The invitation contained clarifications about the study, a Free and Informed Consent Form, the Evaluation Matrix and the validation script, available only to those who consented to participate in the study. Invitees who did not consent were replaced by others with the same training criteria established in the study.

In the subsequent steps, the report with the result of the previous validation cycle was consolidated, showing the percentage of agreement for each indicator, as well as the set of comments obtained and the justifications and explanations about the changes made. This report was made available to experts, maintaining anonymity. The study is in accordance with Resolution No. 466/2012 and Resolution No. 510/2016, and was presented and approved by the ethics and research committee through opinion No. 3,143,674.

## **Results**

Two researchers participated in the pre-test phase. The comments received helped to make the information available on the Survey Monkey® online platform more clear. Also based on the researchers' suggestions, the description of each quality dimension was included in the evaluation matrix before each corresponding

indicator. This inclusion sought to facilitate the evaluation of indicators by experts regarding the issues presented in the validation script.

In the 1st validation cycle, all indicators were considered relevant and adequate to represent the dimension of quality proposed by more than 75% of the experts, as shown in Table 1. Regarding the calculation method, the experts considered that 78% of the indicators had formulas that are difficult to understand; however, they recognized methodological transparency and the possibility of reproduction, validating them in the first cycle of analysis, except for the method of calculating indicators 1 and 5. A new wording for the method of calculating the indicators considered difficult to understand was carried out and brought to the analysis of the experts in the 2nd validation cycle. As for indicators 1 and 5, new calculation formulas were developed, giving greater methodological transparency and the possibility of reproduction.

In addition, in view of the considerations made by the experts in the 1st validation cycle, two variables considered similar to indicator 15 were aggregated. For indicator 16, the exclusion of the variable “registration or not of the Facility in the council for the rights of old people” was suggested, as it presents low representativeness in relation to the proposed dimension. In addition, the variable “the unit accepts to receive a transvestite, transsexual, transgender old person” was inserted in the calculation formula for indicator 1, as suggested by an expert.

**Table 1.** Content Validity Index of the indicators obtained in the 1st validation cycle in terms of relevance, objective evaluation, calculation method and measurement of aspects of the quality dimension. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil, 2020.

Dimensions / Indicators		Content Validity Index (%)			
		Relevance	Objective evaluation	Calculation method	Measurement of aspects
Dimension 1- Central focus on residents, family, employees and community					
Indicators	1- Access without excluding differentiations	93.80	87.50	25.00*	93.75
	2-Presence of coordinator at the facility	87.60	93.75	87.50	93.75
	3-Valuing the team of professionals	93.80	87.50	81.25	93.75
	4- Attention to the family of the old person.	87.60	93.75	87.50	93.50
Dimension 2- Human Resources					
Indicators	5 - Ratio of caregivers per old person	93.80	87.50	68.75*	81.25
	6- Low turnover of professionals	100.00	100.00	93.75	93.75
	7 - Permanent education	93.80	93.75	87.50	93.75
Dimension 3- Family Involvement					

Indicator	8- Favoring the Family Bond	93.80	93.75	87.50	93.75
Dimension 4- Individualized Care					
Indicators	9- Socialization	93.80	93.75	81.25	81.25
	10 - Health care management.	93.80	93.75	87.50	93.75
	11 - Multiprofessional team in the health area.	93.80	93.75	87.50	87.50
Dimension 5- Environment					
Indicators	12 - Professionals for leisure activities	93.80	93.75	87.50	87.50
	13- Physical structure	93.80	93.75	87.50	93.75
	14- Accessibility.	87.50	87.50	81.25	87.50
Dimension 6- Housing					
Indicators	15- Existence of materials and equipment that encourage culture.	93.80	93.75	81.25	87.50
	16- Social profile of the facility	87.50	93.75	87.50	81.25
	17- Occupancy rate	87.60	93.75	81.25	87.50
Dimension 7- Communication					
Indicator	18- Openness to dialogue	93.80	93.75	81.25	93.75

\*Content Validity Index < 75%

The changes made and evaluated in the 2nd validation cycle were in relation to the calculation method, with regard, mainly, to the wording of the calculation formula. The methods for calculating the indicators, after being modified, were approved by more than 75% of the experts with the exception of the exclusion of the variable “registration or not of the Facility in the council for the rights of old people” from the calculation of indicator 16 (Table 2). The experts did not justify the reason for the non-approval of the proposal made in relation to indicator 16, however, as it was an indicator already validated in the 1st validation cycle, it was decided to maintain the calculation method presented in its initial version.

**Table 2.** Changes made in the calculating method of the indicators based on the suggestions given by the experts in the 1st validation cycle and Content Validity Index for this criterion obtained in the 2nd validation cycle. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil, 2020.

Indicators	Changes made to the indicators and evaluated by experts in the 2nd validation cycle	Content Validity Index (%) for Calculation Method
1	a) Inclusion of the variable “the unit accepts to receive Transvestite, Transsexual, Transgender old people”;	a) 100.00
	b) Alteration of the calculation formula considered by experts to be difficult to understand. New proposed calculation formula: Number of variables with affirmative answers, divided by the total number of variables in the indicator, multiplied by 100. Equation: $\{(number\ of\ affirmative\ variables / 6) * 100\}$ Best result: 100%.	b) 100.00

2	Change in the wording of the calculation formula	90.00
3	Change in the wording of the calculation formula	90.00
4	Change in the wording of the calculation formula	90.00
5	New proposed calculation formula: Number of caregivers with a workload greater than or equal to 40 hours per week divided by the number of old people residents (Best result: $\geq 0.05$ )	90.00
8	Change in the wording of the calculation formula	90.00
9	Change in the wording of the calculation formula	90.00
10	Change in the wording of the calculation formula	90.00
11	Change in the wording of the calculation formula	90.00
12	Change in the wording of the calculation formula	90.00
13	Change in the wording of the calculation formula	90.00
14	Change in the wording of the calculation formula	90.00
15	Change in the wording of the calculation formula. Union of two variables, with variable "b" having the following wording: b) Presence of educational and cultural or educational games and hobby materials.	90.00
16	Change in the wording of the calculation formula: Exclusion of the variable "registration or not of the Facility in the council for the rights of old people".	72.00*
17	Change in the wording of the calculation formula	90.00
18	Change in the wording of the calculation formula	90.00

\*Indicator with CVI <75%, therefore not yet considered with valid content in the 2nd validation cycle

The chart 2 presents the validated Evaluation Matrix, composed of 18 indicators arranged in the first column, according to the respective dimensions of quality of the Integrated Multidimensional Model of Quality<sup>12</sup>, the SUAS Census variables used and the calculation formula for calculating the indicator and, finally, parameters for the interpretation of the indicators.



**Chart 2** Evaluation Matrix dimensions of quality, indicators, SUAS census variables, calculation formula and parameters for interpretation. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil, 2020.

Quality Assessment Matrix of Long-Term Care Facilities for Old People			
Dimensions / indicators	SUAS Census Variables	Calculation formula	Parameters for interpretation
Dimension 1	Central focus on residents, families and communities		
1 Access without excluding differentiations	a) The unit accepts to receive an old person with a mental disorder; b) The unit accepts to receive older refugees / immigrants; c) The unit accepts to receive an old person with a history of homelessness; d) The unit accepts to receive old people from indigenous communities or from traditional communities (example: quilombola, gypsies, riverside dwellers); e) The unit accepts to receive old people with physical, sensory or intellectual disabilities; f) The unit accepts to receive Transvestite, Transsexual, Transgender old people.	{{(number of affirmative variables/6)*100}}	The bigger the better
2 Presence of coordinator at the facility	a) LTCF has a higher education coordinator/technician responsible, with a minimum workload of 20 hours, with a formal bond to coordinate the unit, according to RDC 283/2005; b) LTCF has a coordinator/technician responsible for the unit.	{{(number of affirmative variables/2)*100}}	The bigger the better
3 Valuing the team of professionals	a) Number of professionals with a working relationship with the facility [private sector employee, outsourced, press/cooperative/service provider worker, statutory servant or public employee]; b) Number of professionals with and without working bond with the facility.	{{(a/b)*100}}	The bigger the better
4 Attention to the family of the old person	a) Performs psychosocial care of the families of the people receiving care (family guidance); b) Promotes meetings with groups of users' families; c) Promotes family contact and participation in the user's life.	{{(number of affirmative variables/3)*100}}	The bigger the better
Dimension 2	Human Resources		
5 - Ratio of caregivers per old person	Number of caregivers with a workload of 40 hours per week or more; b) Number of old people residents.	{{(a/b)}}	RDC nº 283/2005 establishes, at least, a caregiver with 40 hours per week for a group of 20 old people. Best result $\geq 0.05$
6- Low turnover of professionals	a) Number of professionals who work at the facility for 1 year or more; b) Total number of professionals working at the facility.	{{(a/b)*100}}	The bigger the better
7 - Permanent education	a) Existence of lectures, workshops, training and qualification of workers in the unit; b) Existence of training in the field of geriatrics (Aging or Rights and care for old people).	{{(number of affirmative variables/2)*100}}	The bigger the better
Dimension 3	Family Involvement		
8 Favoring the Family Bond	a) The unit promotes coexistence services and strengthens bonds for the old people and their families (weight 0: no; weight 1: yes); b) The unit welcomes users with family ties (weight 0: no; weight 1: yes); c) LTCF visits are permitted (weight 0: no; weight 1: only on specific dates; weight 2: monthly, biweekly and 1 to 2 days or 3 to 6 days a week; weight 3: daily).	{{(Sum of variables a, b and c weights/5)*100}}	The bigger the better
Dimension 4	Individualized care		
9 Socialization	a) LTCF promotes activities with the participation of the community; b) Accompanies the old person to retrieve documents; c) Carries out tours with users; d) Promotes the participation of the people received in services,	{{(number of affirmative variables/4)*100}}	The bigger the better

	projects or activities existing in the community.		
10 Health care management	a) Use of Individual Service Plan; b) Use of medical records in the unit; c) Makes technical reports of the cases being monitored; d) Conducts case discussions with other network professionals.	{{(number of affirmative variables/4)*100}}	The bigger the better
11 Multiprofessional team in the health area.	a) Presence of a psychologist for psychosocial care (individual or group in the unit); b) Presence of a nurse in the unit; c) Presence of a nutritionist in the unit; d) Presence of a physiotherapist in the unit; e) Presence of a doctor in the unit.	{{(number of affirmative variables/5)*100}}	The bigger the better
Dimension 5	Environment		
12 Professionals for leisure activities	a) Number of higher education professionals for leisure activities (educator / occupational therapist); b) Number of old people residents.	{{(Number of professionals for leisure activity for 12 hours per week / number of old people residents)}}	RDC nº 283/2005 establishes, at least, a professional of 12 hours per week for physical, recreational and cultural activities for a group of 40 old people. Best result: $\geq 0.025$ .
13 Physical structure	a) Existence of dormitories for a maximum of 4 people; b) Existence of bathrooms in the same number as bedrooms; c) Existence of an external recreation area; d) Existence of kitchen for food preparation, with or without pantry; e) Existence of a laundry room; f) Existence of a cafeteria/dining room; g) Existence of a living room; h) Existence of an administration room or meeting room; i) Existence of room for collective activities.	{{(number of affirmative variables/9)*100}}	The bigger the better
14 Accessibility	a) Main access adapted with ramps and the existence of an accessible route from the sidewalk to the interior of the unit according to ABNT; b) Main access adapted with ramps and the existence of an accessible route from the sidewalk to the interior of the unit; c) Bathrooms adapted for people with disabilities or reduced mobility; d) Bathrooms adapted for people with disabilities or reduced mobility according to ABNT; e) Accessible route to the bathroom; f) Accessible route to the bathroom according to ABNT; g) Accessible route to dormitories and spaces for collective use; h) Accessible route to dormitories and spaces for collective use according to ABNT; i) Equipment/Furniture/materials suitable for people with disabilities or dependence (Assistive Technologies).	{{(number of affirmative variables/9)*100}}	The bigger the better
Dimension 6	Housing		
15 Existence of materials and equipment that encourage culture.	a) Presence of bibliographic collection; b) Presence of educational and cultural materials; c) Presence of sporting goods; d) Presence of educational and hobby games; e) Presence of television.	{{(Number of variables with affirmative answers/5)*100}}	The bigger the better
16 Social profile of the facility	a) Presence of an agreement or term of partnership with the government; b) The facility is of a governmental nature; c) The facility is registered with the Council for the Rights of Old People; d) The facility receives a provision from a public entity for physical structure, HR, equipment/materials or transportation; e) Presence of old people with Continued Benefit at the facility (disabled or not).	{{(Number of variables with affirmative answers/5)*100}}	The bigger the better

17 Occupancy rate	a) Number of people admitted to the unit; b) Maximum service capacity.	$\{(a/b)*100\}$	$\leq 100\%$
Dimension 7	Communication		
18 Openness to dialogue.	a) The unit organizes or promotes discussions with the old people about the unit's routines; b) The unit holds meetings with family members of the old people.	$\{(Number\ of\ variables\ with\ affirmative\ answers/2)*100\}$	The bigger the better

## Discussion

This study presents an important quality assessment tool for LTCF, containing 18 indicators in the seven theoretical dimensions of the Integrated Multidimensional Model of Quality<sup>12</sup>, elaborated from the perception of the subjects involved in the care of old people, their families and providers<sup>12</sup>. The study selected a set of variables to represent the concepts and develop the indicators, which were constituted in summary measures with information about the LTCF regarding the dimensions of quality.

The elaborated matrix will allow comparisons for evaluation and planning over time, in annual evaluation cycles, according to the SUAS census, guiding actions to improve care. The indicators were considered relevant, clear, with an understandable calculation formula, allowing reproducibility. They can be analyzed and compared, considering the LTCF as a unit of analysis or other levels of aggregation, such as municipalities, states or regions. RDC 283/2005, although it is absent in some definitions of care, was taken as a reference of legal requirement to verify related indicators.

To measure the dimension "Central Focus on the Community, Residents, Family and Professional Team", four indicators were established. The "Access without excluding differentiations" indicator seeks to reveal the exercise of the welcoming function of the LTCF and its social role before the community, mainly because in several states of the federation there are no public LTCFs<sup>4</sup>. Still in this dimension, the "Ratio of Professionals with a Work Link" indicator reveals the percentage of professionals who have standardized work at the facility, with regulated workload and function. The work team is essential to ensure quality and meet the individual needs of each old person and formal work represents the respect and appreciation of the team<sup>12</sup>. The "Attention to the Family of the Old Person" indicator recognizes the importance of family participation in caring for the old people. There is evidence that active family engagement is associated with health care for old people with favorable quality<sup>19</sup>.

The "Human Resources" dimension points to the need for LTCF to maintain a satisfactory number of professionals, low turnover, presence of supervision and training. Thus, the "Ratio of caregiver per old person" indicator observes the minimum

existence of caregivers required by RDC 283/2005. The RDC defines this ratio considering the levels of dependence of the old people for daily activities. In this study, due to the unavailability of the levels of dependence of the old people in the Census-SUAS, the ratio of 1 caregiver for every 20 old people (Ratio $\geq$ 0.05) was considered a minimum condition required by the RDC to indicate the ability to provide assistance. The "Low turnover of professionals" indicator points to the existence of a condition that favors the link between professionals and the old people<sup>12</sup>, due to the worker remaining in the same LTCF. Still in this dimension, we sought to ascertain, through the "Permanent Education" indicator, the existence of actions that qualify the service offered by the facility, through deepening, discussing, updating knowledge, developing competencies and skills of professionals in the areas related to aging. The permanent education activity is recognized as a potential to qualify the assistance provided in LTCF<sup>4</sup>. Evidence shows that educational interventions carried out with nursing teams focusing on specific skills (communication with old people; care for terminally ill patients; care for individuals with dementia) can improve the quality of care for residents, functional capacity and well-being of old people<sup>20-22</sup>.

"Family Involvement" reinforces the importance of the family as co-responsible for care, emotional, instrumental and social support. The appreciation of family participation highlights the LTCF's concern with the emotional and mental health of the old people, recognizing that psychosocial health can contribute to the quality of life and well-being of the old people, in addition to minimizing the feeling of abandonment<sup>23</sup>. The "Favoring the Family Bond" indicator observes the existence of actions to strengthen the bond between old people and their families, the reception of people with the same degree of kinship and the frequency of visits allowed in the facility.

The "Individualized Care" Dimension addresses aspects of the provision of necessary health care and the rescue or maintenance of old people in society. The "Socialization" indicator provides information on the participation of the old people in community actions. There is evidence that social support networks contribute to the well-being of old people<sup>24</sup>. Another indicator that makes up this dimension is the "Health Care Management", which seeks to portray the availability of tools and work processes (individual care plan, use of medical records, reports and discussion of cases) for health care in the facility. The annual update of the Health Care Plan is a

requirement for the operation of LTCF in Brazil, according to RDC 283/2005. This plan must be “compatible with the principles of universalization, equity and integrity”; indicate “the health resources available to each resident, at all levels of care, whether public or private, as well as references, if necessary”, in addition to providing “comprehensive health care for the old people, addressing promotion aspects, protection and prevention” and contain “information about incident and prevalent pathologies in residents”. The discussion of cases favors the unique therapeutic plan appropriate to the needs and the degree of functional dependence of the old people, guaranteeing attention to essential needs (medicines, food, personal hygiene, changing positions) and preventing health problems.

The “Multiprofessional Team in the Health Area” indicator demonstrates the availability of health professionals with diversified backgrounds working at the facility. The existence of a multi-professional team can qualify care, expanding the understanding of phenomena and the interpretation of health from different angles of the multiplicity of its organic, social and cultural nature<sup>25</sup>. A systematic review indicated that a multidisciplinary team and professionals specialized in caring for old people (nurses or doctors) can contribute to improving the health responses of the old people in LTCF<sup>26</sup>. However, in Brazil, there is no legal requirement for a minimum number of professionals. The “Professionals for Leisure Activities” indicator observes the existence of professionals for physical, recreational and cultural activities in the facility for a number of 40 old people, as regulated by RDC 283/2005.

The “Environment” dimension concerns aspects related to physical space, hygiene, odors, furniture, accessibility, lighting and ventilation. To measure this dimension, two indicators were established: “Physical Structure” and “Accessibility”, which address the necessary requirements for housing and the safety of the old people, as provided for in the RDC. In turn, the information regarding odors, hygiene, lighting and ventilation did not compose indicators, as the SUAS Census does not include variables in this regard.

The “Housing” Dimension involves aspects related to the feeling of living in a home, valuing the presence of people from the community, pets, personal objects and highlights that profit should not be the priority of these units. The importance of creating an environment like home has been a recurring theme in the literature<sup>27</sup>.

Some variables were identified to indicate the orientation of care so that the old people feel at home. However, it is assumed that these indicators do not address all the complexity of this dimension. The “Social profile of the facility” indicator seeks to portray the support received from the government, the presence of old people with the benefit of continued provision, registration in the council for the rights of old people, removing or not the profitable interest of the LTCF. The "Existence of materials for culture and leisure in the facility" indicator shows the presence of equipment that favors interaction between residents, the preservation of habits and culture, such as reading. These actions favor well-being, minimize stress and contribute to the health of the old people<sup>28</sup>. The “Occupation Rate” seeks to present situations that translate into violations of basic rights, such as the presence of overcrowding, that is understood as violence perpetrated against the old people<sup>29</sup>.

The “Communication” Dimension involves verbal and non-verbal actions of the LTCF with families and residents in order to meet the needs of the old people<sup>12</sup>. Through the “Openness to dialogue” indicator, it is possible to observe the presence or absence of discussions about the routines with the old people and the holding of meetings with their families. These efforts align with the person-centered care plan and trends that support patient participation in decision-making and move away from paternalistic models of healthcare in which they are passive spectators<sup>30,31</sup>. Additionally, the lack of listening is reported as one of the forms of violence suffered by the old people and their families in LTCF<sup>29</sup>.

The validation of the Evaluation Matrix using the Delphi technique relied on the experts' contribution, especially with regard to improving the methodological clarity and transparency of the indicators, which are fundamental attributes for the legitimacy of the indicators in the social and political sphere, which allow greater understanding by the population<sup>17</sup>. The experts, professionals with training and experience in different areas of knowledge, attested to the validity of the indicators, that is, they recognized that they can measure aspects of quality proposed by the Integrated Multidimensional Quality model<sup>12</sup>. The Evaluation Matrix built from the variables available in the public data of the SUAS Census, collected periodically, will favor the conduct of systematic and continuous evaluations of the quality of LTCF in the national territory, allowing for temporal comparisons and monitoring of policies and actions implemented in these care spaces. As a limitation of this study, we highlight

the lack of participation of three experts in the 2nd validation cycle and the restriction of the information contained in the SUAS Census, limiting the evaluation of all concepts presented in the theoretical dimension.

## Conclusion

The matrix proved to be valid and can be used in the process of evaluating and monitoring the quality of Long-Term Care Facilities for old people participating in the Unified Social Assistance System Census, which can be extended to other existing institutions, contributing to reveal aspects to be prioritized for the permanent improvement of the care provided.

## References

1. Santos VP, Lima WR, Rosa RS, Barros IM, Boery RN, Ciosak SI. Perfil de saúde de pessoas idosas muito velhos em vulnerabilidade social na comunidade. **Rev Cuid.** 2018;9(3):2322-37. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2216-09732018000302322](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732018000302322)
2. Miranda GM, Mendes AD, Silva AL. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev Bras Geriatr Gerontol.** 2016;19(3):507-19. Available from: [https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n3/pt\\_1809-9823-rbgg-19-03-00507.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n3/pt_1809-9823-rbgg-19-03-00507.pdf)
3. Travassos GF, Coelho AB, Arends-Kuenning MP. Os idosos no Brasil: transição demográfica, perfil e condição socioeconômica. **Rev bras estud popul.** 2020;37:e0129. Available from: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-30982020000100250&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-30982020000100250&script=sci_abstract&tlng=pt)
4. Brasil. Resolução da Diretoria Colegiada da 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 Pessoas idosas. Diário oficial da União. De setembro de 2005. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283\\_26\\_09\\_2005.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html)



5. Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para pessoas idosas no Brasil. **Rev bras estud popul.** 2010;27(1):232-5. Available from: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-30982010000100014](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982010000100014)
6. Castle NG, Ferguson JC. What is nursing home quality and how is it measured? **The Gerontologist.** 2010;50(4):426-42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20631035/>
7. 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):732-50. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21397229/>
8. Oliveira WI, Hernández PJ, Sousa KD, Piuvezam G, Gama ZA. Equivalencia semantica, conceitual e de itens do observable indicators of nursing home care quality instrument. **Cien Saude Colet.** 2016;21(7):2243-56. Available from: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000702243](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000702243)
9. Guimarães LD, Brito TA, Pithon KR, Jesus CS, Souto CS, Souza SJ, et al. Sintomas depressivos e fatores associados em idosos residentes em instituição de longa permanência. **Cien Saude Colet.** 2019 [acesso em 05 de jan. 2021];24(9):3275-82. Available from: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019000903275](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000903275)
10. Medeiros PA, Fortunato AR, da Fonseca VA, Sperandio FF, Mazo GZ. Instruments developed for the management and care of the Older Adults in long-stay care institutions: a systematic review. **Cien Saude Colet.** 2016;21(11):3597-610. Available from: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016001103597&script=sci\\_abstract](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016001103597&script=sci_abstract)
11. Uchimura KY, Bosi ML. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad Saude Publica.** 2002;18(6):1561-69. Available from:

[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2002000600009&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2002000600009&script=sci_abstract&tlng=pt)

12. Rantz MJ, Zwygart-Stauffacher M, Popejoy L, Grando VT, Mehr DR, Hicks LL, et al. Nursing home care quality: A multidimensional theoretical model integrating the views of consumers and providers. **J Nurs Care Qual.** 1999 [acesso em 05 de jan. 2021];14(1):16-37. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10575828/>

13. Martinelli T, Silva MB, Santos SR. Vigilância socioassistencial na política de assistência social: concepção e operacionalidade. **Rev Katál.** 2015;18(1):104-12. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rk/v18n1/1414-4980-rk-18-01-00104.pdf>

14. Censo SUAS Bases e Resultados Unidades de Acolhimento. Brasília: 2017-2018 [Citado em 05 de janeiro 2021]. Available from: <http://aplicacoes.mds.gov.br/snas/vigilancia/index2.php>

15. Spínola AD, Galviz-Spinola A. Delfos: proposta tecnológica alternativa. São Paulo 1981. Available from: <https://www.scienceopen.com/document?vid=6b8915c5-2aa7-4c85-8a8f-75cfe7894d84>

16. Silva RF, Tanaka OY. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. **Rev Esc Enferm USP.** 1999;33(3):207-16. Available from: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62341999000300001&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62341999000300001&script=sci_abstract&tlng=pt)

17. Jannuzzi MP. Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil. **Revista do Serviço Público.** 2005;56(2):137-60. Available from: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/222>

18. Pherson SM, Reese C, Wendler MC. Methodology Update: Delphi Studies. *Nurs Res.* 2018 Sep/Oct;67(5):404-10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30052591/>.
19. Roberts AR, Ishler KJ. Family Involvement in the Nursing Home and Perceived Resident Quality of Life. *Gerontologist.* 2018 Nov 3;58(6):1033-43. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28977636/>
20. Sprangers S, Dijkstra K, Romijn-Luijten A. Communication skills training in a nursing home: effects of a brief intervention on residents and nursing aides. *Clin Interv Aging.* 2015;10:311-19. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4309793/>
21. Cardoso RD, Sá SP, Domingos AM, Sabóia VM, Maia, TN, Padilha JM, et al. Tecnologia educacional: um instrumento dinamizador do cuidado com idosos. *Rev Bras Enferm.* 2018 [acesso em 05 de jan. 2021];71(suppl 2),839-45. Available from: [https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s2/pt\\_0034-7167-reben-71-s2-0786.pdf](https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s2/pt_0034-7167-reben-71-s2-0786.pdf)
22. Testad I, Mekki TE, Forland O, Oye C, Tveit EM, Jacobsen FK. Modeling and evaluating evidence-based continuing education program in nursing home dementia care (MEDCED)—training of care home staff to reduce use of restraint in care home residents with dementia. A cluster randomized controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2016;31(1):24-32. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25845462/>
23. Puurveen G, Baumbusch J, Gandhi P. From Family Involvement to Family Inclusion in Nursing Home Settings: A Critical Interpretive Synthesis. *J Fam Nurs.* 2018 Feb;24(1):60-85. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29455580/>
24. Gouveia OM, Matos AD, Schouten JM. Redes sociais e qualidade de vida dos idosos: uma revisão e análise crítica da literatura. *Rev Bras Geriatr Gerontol.*

2016;19(6):1030-40. Available from: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232016000601030&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232016000601030&script=sci_abstract&tlng=pt)

25. Monique SG, da Costa MD. Formação Profissional da Equipe Multiprofissional em Saúde: a compreensão da intersectorialidade no contexto do SUS. **Texto Contexto Enferm.** 2017;16(2):454-69. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/3215/321554297014.pdf>

26. Barker RO, Craig D, Spiers G, Kunonga P, Hanratty B. Who Should Deliver Primary Care in Long-term Care Facilities to Optimize Resident Outcomes? A Systematic Review. **J Am Med Dir Assoc.** 2018;19(12):1069-79. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861018303888>

27. Rijnaard MD, Van HJ, Janssen BM, Verbeek H, Pocornie W, Eijkelenboom A, et al. The factors influencing the sense of home in nursing homes: a systematic review from the perspective of residents. **J Aging Res.** 2016 [acesso em 05 de jan. 2021]:6143645. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27313892/>

28. Rocha IA, Braga LA, Tavares LD, Andrade FB, Filha F, de Oliveira M, et al. A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. **Rev Bras Enferm.** 2009 [acesso em 05 de jan. 2021];62(5):687-94. Available from: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000500006&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000500006&script=sci_abstract&tlng=pt)

29. Poltronieri BC, Souza ER, Ribeiro AP. Análise do tema violência nas políticas de cuidado de longa duração ao idoso. **Cien Saude Colet.** 2019;24(8):2859-70. Available from: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019000802859](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000802859)

30. da Fonseca IB, Cassiana MB. Processo de Enfermagem em instituição de longa permanência para pessoas idosas: revisão integrativa. **Enferm Foco.**

2019;10(5):191-6.

Available

from:<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1097711>

31. Batchelor F, Hwang K, Haralambous B, Fearn M, Mackel P, Nolte L, et al. Facilitators and barriers to advance care planning implementation in Australian aged care settings: A systematic review and thematic analysis. *Australas. J Ageing* 2019 [acesso em 05 de jan. 2021];38(3):173-81. Available from:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30873713/>

## 5.2 Artigo 2 (Submetido no Jornal American Geriatrics Society)

Title: Quality of Long-Stay Institutions for the Elderly in Brazil according to geographic regions

Title 2: Quality of Long-Stay Institutions for the Elderly

<sup>1</sup>Mirna R.C. Guimarães MSc<sup>1</sup>, Karla C. Giacomini PhD<sup>2,3</sup>, Raquel C. Ferreira PhD<sup>1</sup>, Andrea Maria Duarte Vargas PhD<sup>1</sup>

### **Impact:**

This study assessed for the first time the quality of Brazilian Long Stay Institutions for the Elderly (LSIE) using a previously validated assessment matrix, which contains 18 indicators in the seven dimensions of the Integrated Multidimensional Model of Care Quality for LSIE (Residents, families, employees and community; Human resources; Family involvement; Individualized care; Environment; Home; Communication). The indicators were calculated for all the 1,665 LSIEs included in the Census of the Unified System of Social Assistance (2018), which were then classified according to quality performance into: “incipient”, “under development” and “appropriate”. A map is presented with the percentages of LSIEs rated as having “appropriate” quality, showing disparities among regions. The data indicate gaps in

---

<sup>1</sup> Universidade Federal de Minas Gerais, Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

<sup>2</sup> Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Secretaria Municipal da Saúde. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

<sup>3</sup> Fiocruz, Núcleo de estudos em Saúde Pública e envelhecimento. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

The present study was financed by Programa Pesquisador Mineiro (PPM) by the author Raquel Conceição Ferreira. N°: PPM-00686-16.

The authors declare there are no conflicts of interest in relation to the present study.

Correspondence  
Raquel Conceição Ferreira  
raquelcf@ufmg.br

quality and access to long-term care for older people. Most of the LSIEs have a physical structure and professional teams compatible with the legislation and favor a bond with families. Improvements are needed in the caregiver:resident ratio, composition of the multidisciplinary team, accessibility, health promotion activities, and government support. Excluding criteria should be eliminated and services should be expanded to reduce overcrowding. The evidence from this study highlights the need for planning for the growing demands of long-term care and for improvements in existing institutions.

**Steps:**

- National data on Long-Term Care Institutions registered with the Unified System for Social Assistance were analyzed in accordance with the multidimensional care quality model revealing gaps in care quality of long-term institutions;
- The evaluation matrix developed from variables of a national information system and validated for use in Brazil proved to be a powerful tool for assessing the care quality of LSIEs, which has strengths but also weaknesses that need the attention of managers and the community.
- The use of a multidimensional theoretical model allowed the assessment of Long Stay Institutions in Brazil, considering the complexity of the concept of quality.

**Importance:**

With the growth of the elderly population and the increased demand for institutionalization, the assessment and discussion of the care quality of LSIEs in a multidimensional perspective is of great importance. The long-term care institutions must be seen as a shared residence for people in their aging processes, to whom care should be offered based on individual needs, respecting autonomy, subjectivities, and life stories.

**ABSTRACT**

**Objectives:** The care quality of long-stay institutions for the elderly (LSIE) in Brazil was

evaluated and the quality of institutions in the regions of the country was compared.

**Design and setting:** This was a descriptive ecological study with secondary public data from the LSIE included in the 2018 Census of the Unified System of Social Assistance (SUAS).

**Participants:** 1,665 institutions.

**Measurements:** An evaluation matrix built from the SUAS Census variables, based on the Integrated Multidimensional Model of Quality of Care, composed of 18 indicators was used. Quality parameters, based on literature, legislation, or statistical criteria were used to classify the quality of institutions for each indicator as “incipient”, “under development” or “appropriate”. The percentages of LSIEs with “appropriate” quality were presented in maps by Brazilian region. The disparity index was obtained for each indicator providing the average deviation from the percentage of appropriate quality institutions among regions.

**Results:** More than 70% of the institutions showed appropriate quality in three indicators: “Supports family bonds” (94.18%), “Adequate physical structure” (87.51%), and “Valuing the team of workers” (76.22%). Regarding the indicator “Leisure professionals” 83.81% of the institutions were rated as “incipient”. Disparities in “appropriate” LSIEs were observed among Brazilian regions, ranging from 6.21% (supports family bonds) to 48.48% (multidisciplinary healthcare providers).

**Conclusion:** Brazilian LSIEs value the team of healthcare providers, have adequate physical structure, and favor the bond with the family. The need for improvements was detected in the caregiver to resident ratio, composition of the multidisciplinary team, accessibility, health promotion strategies, government support, excluding criteria, and strategies to reduce overcrowding. Regional disparities indicate unequal quality of care in the national territory.

**Keywords:** Aged. Nursing homes. Homes for the aged. Old age assistance. Outcome and process assessment, health care.

INTRODUCTION



The demand-supply imbalance regarding support of older people at the family level is a worldwide phenomenon. This reality arouses a debate on the provision and quality of long-term care (LTC) for the frail elderly population especially those related to housing<sup>1</sup>.

The types of LTC facilities for older people vary around the world, depending on political, social, and cultural issues and on the government and individual/family responsibility level. Social welfare strategies have been developed by some countries, with the establishment of universal and mandatory social insurance for the elderly population, with expenses payed by co-payments, co-insurance, and complementary charges<sup>2</sup>. Brazil has marked income inequalities and, although the gap between rich and poor have diminished in recent years, disparities in healthcare services use remain high, which result in the increase in the disability burden among the elderly population and consequently increasing LTC demand<sup>3,4</sup>. Studies have pointed out unmet needs for basic and instrumental activities of daily living aimed at the elderly, especially among economically disadvantaged people<sup>3,5</sup>. This scenario, as well as the ongoing changes in demographics, require the recognition of the need to establish public policies that enable non-family or formal LTC alternatives for certain elderly people, as well as to encourage the participation of the private sector in the provision of healthcare services<sup>4</sup>.

In Brazil, among the modalities of LTCs for people over 60 years of age, the Long-Stay Institutions for the Elderly (LSIE) fulfill the housing, food, healthcare, and social life needs of elderly people without family ties or unable to provide for themselves<sup>6</sup>. A national census on Brazilian LSIEs carried out between 2007 and 2009 showed a predominance of philanthropic LSIEs (65.2%) and a small number of public (6.6%) and private LSIEs (28.2)<sup>4</sup>.

The regulation of Brazilian LSIEs is done by an annual monitoring of morbidity and mortality rates<sup>4</sup>. However, the appropriate evaluation of these institutions is a multidimensional and complex issue, influenced by the context and health conditions of

residents. With the objective of providing subsidies for the construction of indicators for monitoring and evaluating social assistance services, the Brazilian Ministry of Social Development established in 2012 the Census of the Unified System for Social Assistance (SUAS Census) for the collection of data from governmental and non-governmental institutions<sup>8</sup>. However, no regulations for the monitoring and evaluation indicators have been identified so far and no actions were determined given the non-conformities found in the LSIE participating in the SUAS Census.

Institutional assessment has been an encouraged and recognized practice in many countries and constitutes a powerful tool for the implementation of social policies<sup>6</sup>. Different theoretical evaluation models have been proposed. Rantz et al. (1999)<sup>10</sup> developed the Integrated Multidimensional Model of Quality of Nursing Home Care with seven dimensions of quality<sup>10</sup>. A matrix of indicators, called in this study the Multidimensional Assessment Matrix (MAM), was built from the variables of the SUAS Census, based on the theoretical model by Rantz et al. and validated in Brazil by Guimarães et al. (2020)<sup>11</sup>. The aim of this study was to use for the first time the MAM to describe the quality of Brazilian LSIE registered in the Unified System of Social Assistance and to compare the quality of institutions among the regions of the country (North, Northeast, Southeast, South, and Midwest).

## METHODS

This was a descriptive ecological study, carried out with secondary public data extracted from the SUAS Census Portal, linked to the National Secretariat for Social Assistance of the Ministry of Social Development in Brazil<sup>12</sup>.

### *Study sample*

All LSIEs linked to the social assistance policy with data from the last SUAS Census available at the time of extraction (reference year 2018) were included. The data collection of

the SUAS Census was carried out by municipal or state agents, not by LSIE coordinators, using an electronic questionnaire when visiting the institutions<sup>12</sup>. Private, for-profit LSIEs are not assessed by the SUAS Census. Two databases from the SUAS 2018 Census Databank were used: the Human Resources Municipal Support and the Municipal and State Support databanks (general data)<sup>12</sup>. In the former database, the sampling units were the LSIEs and in the latter, the workers. The two bases were linked by the common identification variable of the LSIE, the Unified Social Assistance System Registry (CadSUAS)<sup>12</sup>.

### *Quality assessment*

The quality of the LSIEs was assessed with the MAM, validated in Brazil by Guimarães et al. (2021)<sup>11</sup>. The MAM contains 18 indicators in seven dimensions of quality of LSIE: 1) Central focus on residents, families, staff and community; 2) Human resources; 3) Family involvement; 4) Individualized care; 5) Environment; 6) Housing; and 7) Communication (Chart 1). The indicators were rated using data from the SUAS 2018 census. The quality of the LSIE for each indicator was classified as "incipient", "under development", and "appropriate" based on regulatory legislation, literature, or statistical criteria (Chart 1).

The geographic distribution of LSIEs that achieved “appropriate” quality is presented using color-graded maps. The maps in Figure 1 show the percentages of “appropriate” quality LSIEs for each indicator, with the red color representing less than 35%, the yellow color, between 35 and 75%, and green, more than 75%. The Microsoft Excel<sup>®</sup> program version 2016 was used to build the maps.

### *Calculation of Disparity Index*

The Disparity Index (DI) was used to estimate and compare the magnitude of differences among Brazilian regions in the percentages of “appropriate” quality LSIEs, as a reference of desirable quality. The index reflects the mean percent of the absolute deviation obtained by the proportion of appropriate LSIEs and the reference value (region with the

highest percentage of “appropriate” LSIE for an indicator) or the value of Brazil. Its calculation was based on the formula developed by Percy and Keppel (2002)<sup>13</sup>.

The study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Minas Gerais under report no. 3,143,674. Data analysis was performed using IBM SPSS version 21 and Stata v. 16.

## RESULTS

A total of 1,665 LSIE were included in the analysis, with 165 (9.91%) from the Midwest, 189 (11.35%) from the Northeast, 35 (2.10%) from the North, 1016 (61.02%) from the Southeast, and 260 (15.62%) from the South region. Three LSIEs presented incomplete data for the calculation of indicators 5 and 12 (non-response rate: 0.18%) and 16 LSIEs for indicators 4, 8, 9, 10, and 18 (non-response rate: 0.96%). The response rate for indicators 7 and 16 was 74.83 and 65.47%, respectively. The losses observed in these indicators were due to missing data for the variables "Availability of training in geriatrics" (25%), "Receives provisions from some public entity for physical structure, human resources, equipment/materials or transport" (100%), "Presence of elderly people with continued benefit" (11.17%), and "Institution is registered with the council for the rights of the elderly" (3.72%). The variable with 100% of missing data was excluded from the calculation, with the correction of the denominator as described in Chart 1.

The proportions of LSIE in Brazilian regions with "incipient", "under development" and "appropriate" qualities for each indicator are shown in Table 1. For most indicators, the highest percentage of appropriate LSIEs was observed in the Southeast region. In three of the 18 indicators, more than 70% of LSIE presented appropriate quality: "Favoring the Family Bond" (94.1%), "Adequate physical structure" (87.5%) and "Valuing the team of professionals" (76.2%). Less than 25% of LSIEs were adequate for five indicators. "Leisure professionals" indicator was found to be of "incipient" quality for 83.81% of the LSIEs (Table

1).

The indicators “Favoring family bonds”, “Adequate physical structure”, and “Access without excluding criteria” were the ones with the smallest disparities of appropriate quality. The greatest disparity was observed for “Multidisciplinary team in the health field” and “Caregiver: resident ratio” (Table 1). The differences between the DI of the regions and DI of the total country were small, and the DI for the “Institution's social profile” indicator could not be calculated, considering that none of the LSIEs presented appropriate performance (Table 1).

There were variations in the percentages of appropriate LSIEs among regions, with higher rates in the Southeast and South regions, excepted for the indicators "Access without excluding criteria", "Caregivers: resident ratio", "Continuing Education" and “Leisure professionals”, which were higher in the North region, and “Low staff turnover” and “Accessibility”, higher in the Northeast region (Figures 1 to 3).

## DISCUSSION

This study described the performance of Brazilian LSIEs in quality assessment, considering the dimensions of the Integrated Multidimensional Model of Quality of LSIEs by Rantz et al (1999)<sup>10</sup>. The data presented revealed aspects that need to be improved in the services offered to the institutionalized elderly population.

The indicators of the dimension “Central Focus on Residents, Families, Staff and Community” show the supporting nature of the LSIE, involvement with family needs, leadership within the institution, and the valuing of the staff. “Family support” had the worst performance in the dimension, and it considers three aspects: psychosocial support for the resident’s family (family guidance), meetings with groups of families, and family contact and participation in the resident’s life. Although the support to family members ensures the rights of the residents, contributes to the autonomy and well-being of both families and residents,

and is in the regulations for SUAS programs and services, the study showed that such actions are still a challenge to be overcome in the routine of Brazilian LSIEs<sup>14</sup>.

Within the same dimension, the “access without excluding criteria” factor indicated that 35% of the LSIE present more than three excluding categories, with mental disorders being the most prevalent (30% of the total sample). However, elderly people with mental illness are more dependent on LTC than the elderly in general, and therefore more likely to need an LSIE<sup>15</sup>. Thus, such excluding factor indicates a disregard for the real needs of the elderly population. In addition, “not having excluding categories” does not necessarily mean that the institution must accept all conditions. Approximately half of the LSIEs met the national legislation regarding “presence of a coordinator at the institution”, which stipulates the need for a technically responsible person with higher education level on a formal contract of 20 hours/week. Most of the LSIEs that met this criterion were in the South and Southeast regions.

The federal legislation (Brazil, 2005) recommends that the "caregivers:resident ratio" in LSIEs be 1:20 (or 0.05%), with the smallest degree of dependency. An “appropriate” situation was observed in 10% of the LSIEs, highlighting the high percentage of LTIEs that does not comply with the law. There are also regional disparities, mainly due to the smaller proportions observed in the northeast and south regions. The indicators “Low staff turnover” and “Continuing education” were also evaluated in the “Human resources” dimension and around 60% of the LSIEs had “appropriate” quality. The disadvantages of high staff turnover, from an organizational perspective, include replacement and training costs, low productivity and compromised quality<sup>16</sup>. For Pélissier et al (2018)<sup>17</sup>, a policy to reduce staff turnover in nursing homes should involve work organization, reduction of psychosocial demand, and access to training. Indicators of the “Human Resources” dimension showed regional disparities, probably due to the labor market profile in some regions, often marked by the

reduced number of skilled workers and the departure of highly trained professionals in search of better job opportunities<sup>18</sup>.

The “Favoring family ties” factor within the “Family Involvement” dimension showed the best result of the study, with low regional disparities, possibly because it is independent of direct funding. This result suggests that Brazilian LSIEs recognize and promote family involvement, and might indicate a low prejudice in relation to LSIEs residents, which can reduce the feeling of abandonment, loneliness, and loss of family contact, as found in a study with elderly people who live in LSIE<sup>19</sup>.

The cooperation between social assistance and health agencies within the LSIE is a guideline established by inter-ministerial ordinances; however, health services are still lacking specific guidelines and rehabilitation teams necessary to ensure the functioning of the elderly in nursing homes<sup>19</sup>. The results for LSIEs quality regarding "Multidisciplinary health team" of the "Individualized care" dimension showed an unfavorable but predictable scenario, as the federal legislation<sup>6</sup> does not establish the organization of a multidisciplinary team to work in the LSIE. The aforementioned legislation<sup>6</sup> determines that LSIEs must have a connection with a health professional, without mentioning their workhours or area of expertise. Silva and Gutierrez (2018)<sup>21</sup> drew attention to the need to review the federal legislation in relation to human resources in the health field, since the high healthcare demand by elderlies in nursing homes cannot be neglected<sup>21</sup>.

The "Socialization" indicator assessed the practice of social activities in the LSIE by strengthening of social bonds, outings, and inclusion of residents in community services and projects. Most of the LSIEs were appropriate for this indicator, which is of great relevance, as the encouragement of social interaction is essential for the physical and mental health of elderly people, as well as for the recovery of those who present some functional loss or depression<sup>22</sup>. The federal legislation<sup>6</sup> establishes the hiring of one higher education

professional for leisure activities with a workload of 12 hours per week for each group of 40 elderly people (ratio of 0.025 %). The findings of this study showed little adherence to this legal determination by the institutions, demonstrating their weakness in terms of health promotion, although recommended by the National Health Policy for the Elderly<sup>23</sup>. The high regional disparities for this indicator could be due to the high concentration of specialized labor in regions with better socioeconomic indices.

The “Environment” dimension indicators assessed aspects related to the physical space of the LSIE. Most of the LSIEs were rated as appropriate for “Adequate Physical Structure”, with low regional disparity. As for the “Accessibility” indicator, almost 80% of the LSIEs were rated as “under development”, as they were not completely in accordance with the specified regulation<sup>6</sup>. Accessibility is a fundamental condition for human life, and for elderly people, it can go beyond the ability to move around freely. Similar findings were reported in a study carried out in the Northeast region that analyzed six LSIEs with different management and fundraising systems and proper organizational infrastructures. In that study, most of the LSIEs were not in compliance with the regulations for accessibility, with several basic problems and the presence of workarounds and improvisations that put the residents’ safety at risk<sup>24</sup>.

Understanding what makes elderly people in a nursing home feel at home has been the object of study<sup>25</sup>. The “Home” dimension assesses these aspects through three indicators. The “Occupancy rate” indicated an overcrowding in 5.8% of the LSIE, ranging from 4.7% in the Southeast to 8.4% in the Midwest. These data confirmed the findings of the Institute for Applied Economic Research on the need to expand the number of LSIEs in the Brazilian territory<sup>26</sup>.

Although under a Social Assistance policy, none of the LSIEs presented “appropriate” quality for the “Institution’s Social Profile” indicator, revealing a weak government support.



In addition, ideally social assistance would be non-contributory for people of all ages who need it, but in reality, the funding of the LSIE depends on the contribution of the residents themselves, and in the case of philanthropic organizations, on the solidarity actions of the community<sup>26</sup>. The “Culture and leisure materials and equipment” was “under development” for 40% of the LSIEs and “incipient” for than 1/3 of the LSIEs. The indicator assesses the availability of reasonable library collection, educational and cultural materials, sports materials and games, in addition to television sets. The “Home” indicator had the greatest regional disparity, with the best results in the South region, as also described by Camarano (2008)<sup>27</sup>. According to a study carried out in the South region<sup>28</sup>, factors like the limited space and hours for activities, the dependency of the residents, and the established norms and routines, hinder recreational activities in LSIEs.

The “Communication” dimension explores verbal and behavioral actions with family members and residents, aiming to meet the needs of the elderly. The variables assessed were: promotion of discussions with the residents about specific routines and holding meetings with family members of the residents. The results showed that most LSIEs were “under development” in this aspect and regional disparities were present, with better results in the Southeast region. Previous studies indicated that the listening process is associated with several well-being indicators of residents, and therefore the personal profile of the LSIE workers is important to establish effective listening<sup>29</sup>. We highlight the need for LSIEs to promote effective communication strategies for continuous interaction between workers and residents, considering the resident opinion about aspects of their life and their needs and likes

14.

A strength of this study was the use a nationally representative sample of the largest country in Latin America, with data collected by municipal and state public agents on philanthropic LSIE. As a limitation, two indicators had a high non-response rate due to the

lack of data on variables from the SUAS Census. In addition, there was an uneven distribution of the non-response rate between regions. For the Social Profile indicator, the non-response rate ranged from 21.1% in the Northeast region to 38.2% in the Midwest and for the "Continuing Education" indicator, from 26.8% in the Southeast to 80% in the North region. The uneven distribution of missing data highlights the need to increase the quality of records in the national information systems. Another limitation is inherent to the use of the MAM, whose indicators were constructed based on the information available in the SUAS Census, limiting the assessment of all concepts of the theoretical model. However, the MAM allowed the assessment of a large number of LSIEs, indicating the aspects that need improvement to increase the quality of care, and the regions that require greater investment to reach appropriate levels of quality.

It follows that the LSIEs in Brazil were found to value the team of professionals, have appropriate physical structure, and favor family connection. However, crucial elements need to be improved: the ratio of caregivers to residents, the composition of the multidisciplinary team, accessibility, health promotion actions, government support, excluding criteria, and overcrowding. The low funding of LSIEs by the government affects directly and indirectly the quality of care provided to the institutionalized elderly population, as it limits the hiring of sufficient staff and high-skill professionals, the proper installation of accessibility equipment, and the expansion of LSIE's capacity. The evidence highlights the need to prepare for the growing demands of LTC, increasing the financial support for LSIEs and improving the existing institutions.

#### ACKNOWLEDGMENTS

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES),  
Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

**Chart 1.** Interpretation of LSIE quality parameters by quality indicators and dimensions, and SUAS Census variables. Brazil.

Quality Assessment Matrix			Interpretation of LSIE quality parameters		
Dimensions / indicators	SUAS Census Variables	Calculation formula	incipient	under development	appropriate
Dimension 1	Central focus on residents, families, staff and community				
1 Access without excluding differentiations	a) The unit accepts to receive an old person with a mental disorder;	{ (number of affirmative variables/6) *100}	de 0 a 33%	de 50 a 68%	80 a 100%
	b) The unit accepts to receive older refugees / immigrants;				
	c) The unit accepts to receive an old person with a history of homelessness;				
	d) The unit accepts to receive old people from indigenous communities or from traditional communities (example: quilombola, gypsies, riverside dwellers);				
	e) The unit accepts to receive old people with physical, sensory or intellectual disabilities;				
	f) The unit accepts to receive Transvestite, Transsexual, Transgender old people.				
2 Presence of coordinator at the facility	a) LTCF has a higher education coordinator/technician responsible, with a minimum workload of 20 hours, with a formal bond to coordinate the unit, according to RDC 283/2005;	{ (number of affirmative variables/2) *100}	0% (LTCF doesn't have a higher education coordinator/technician responsible)	50% (LTCF have a higher education coordinator/technician responsible, not according to the RDC 283/2005);	100% ((LTCF have a higher education coordinator/technician responsible, according to the RDC 283/2005;)
	b) LTCF has a coordinator/technician responsible for the unit.				

3 Valuing the team of professionals	a) Number of professionals with a working relationship with the facility [private sector employee, outsourced, press/cooperative/ser vice provider worker, statutory servant or public employee];	{(a/b)*100}	0 a 33%	33,01 a 66%	66,01 a 100%
	b) Number of professionals with and without working bond with the facility.				
4 Attention to the family of the old person	a) Performs psychosocial care of the families of the people receiving care (family guidance);	{(number of affirmative variables/3)*100}	0 a 33%	33,01 a 66%	66,01 a 100%
	b) Promotes meetings with groups of users' families;				
	c) Promotes family contact and participation in the user's life.				
Dimension 2	Human Resources				
5 - Ratio of caregivers per old person	a) Number of caregivers with a workload of 40 hours per week or more;	{(a/b)}	<0,025%	entre 0,025 e 0,049%	≥0,05%
	b) Number of old people residents.				
6- Low turnover of professionals	a) Number of professionals who work at the facility for 1 year or more;	{(a/b)*100}	<50%	Entre 50 a 86%	>86%
	b) Total number of professionals working at the facility.				
7 - Permanent education	a) Existence of lectures, workshops, training and qualification of workers in the unit;	{(number of affirmative variables/2)*100}	0%	50%	100%
	b) Existence of training in the field of geriatrics (Aging or Rights and care for old people).				
Dimension	Family Involvement				

3					
8 Favoring the Family Bond	a) The unit promotes coexistence services and strengthens bonds for the old people and their families (weight 0: no; weight 1: yes);	{(Sum of variables	0 a 20%	40 a 60%	80 a 100%
	b) The unit welcomes users with family ties (weight 0: no; weight 1: yes);	a, b and c weights/5)*100}			
	c) LTCF visits are permitted (weight 0: no; weight 1: only on specific dates; weight 2: monthly, biweekly and 1 to 2 days or 3 to 6 days a week; weight 3: daily).				
Dimension 4	Individualized care				
9 Socialization	a) LTCF promotes activities with the participation of the community;	{(number of affirmative variables/4)*100}	0 a 25%	50 a 75%	100%
	b) Accompanies the old person to retrieve documents;				
	c) Carries out tours with users;				
	d) Promotes the participation of the people received in services, projects or activities existing in the community.				
10 Health care management	a) Use of Individual Service Plan;	{(number of affirmative variables/4)*100}	0 a 25%	50 a 75%	100%
	b) Use of medical records in the unit;				
	c) Makes technical reports of the cases being monitored;				
	d) Conducts case discussions with other network professionals.				
11 Multiprofessional team in the health area.	a) Presence of a psychologist for psychosocial care (individual or group in the unit);	{(number of affirmative variables/4)*100}	0 a 25%	50 a 75%	100%
	b) Presence of a nurse				

	in the unit;				
	c) Presence of a nutritionist in the unit;				
	d) Presence of a physiotherapist in the unit; e) Presence of a doctor in the unit.				
12 Professionals for leisure activities	a) Number of higher education professionals for leisure activities (educator / occupational therapist);	{(Number of professionals for leisure activity for 12 hours per week / number of old people residents)}	0%	<0,025≠0	≥0,025
	b) Number of old people residents.				
Dimension 5	Environment				
13 Physical structure	a) Existence of dormitories for a maximum of 4 people;	{(number of affirmative variables/9) *100}	0 a 33%	44 a 67%	78 a 100%
	b) Existence of bathrooms in the same number as bedrooms;				
	c) Existence of an external recreation area;				
	d) Existence of kitchen for food preparation, with or without pantry;				
	e) Existence of a laundry room;				
	f) Existence of a cafeteria/dining room;				
	g) Existence of a living room;				
	h) Existence of an administration room or meeting room;				
	i) Existence of room for collective activities.				
14 Accessibility	a) Main access adapted with ramps and the existence of an accessible route from the sidewalk to the interior of the unit	{(number of affirmative variables/9) *100}	0 a 33%	44 a 67%	78 a 100%

	according to ABNT;				
	b) Main access adapted with ramps and the existence of an accessible route from the sidewalk to the interior of the unit;				
	c) Bathrooms adapted for people with disabilities or reduced mobility;				
	d) Bathrooms adapted for people with disabilities or reduced mobility according to ABNT;				
	e) Accessible route to the bathroom;				
	f) Accessible route to the bathroom according to ABNT;				
	g) Accessible route to dormitories and spaces for collective use;				
	h) Accessible route to dormitories and spaces for collective use according to ABNT;				
	i) Equipment/Furniture/materials suitable for people with disabilities or dependence (Assistive Technologies).				
Dimension 6	Housing				
15 Existence of materials and equipment that encourage culture.	a) Presence of bibliographic collection;	{(Number of variables with affirmative answers/5)* 100}	0 a 20%	40 a 60%	80 a 100%
	b) Presence of educational and cultural materials;				
	c) Presence of sporting goods;				
	d) Presence of educational and				

	hobby games; e) Presence of television.				
16 Social profile of the facility	a) Presence of an agreement or term of partnership with the government; b) The facility is of a governmental nature; c) The facility is registered with the Council for the Rights of Old People; <del>d) The facility receives a provision from a public entity for physical structure, HR, equipment/materials or transportation;</del> e) Presence of old people with Continued Benefit at the facility (disabled or not).	{(Number of variables with affirmative answers/4)* 100}	0 a 25%	50 a 75%	100%
17 Occupancy rate	a) Number of people admitted to the unit; b) Maximum service capacity.	{(a/b)*100}	>100%	<85%	85 a 100%
Dimension 7	Communication				
18 Openness to dialogue.	a) The unit organizes or promotes discussions with the old people about the unit's routines; b) The unit holds meetings with family members of the old people.	{(Number of variables with affirmative answers/2)* 100}	0%	50%	100%

Subtitle:

- a) Indicator 16 was modified in relation to the study by Guimarães et al. (2021), with the exclusion of the variable “The institution receives provision from any public entity for physical structure, HR, equipment/materials or transport” for presenting 100% missing data at the time of calculation. The calculation formula was readjusted, with the denominator changed to 4.



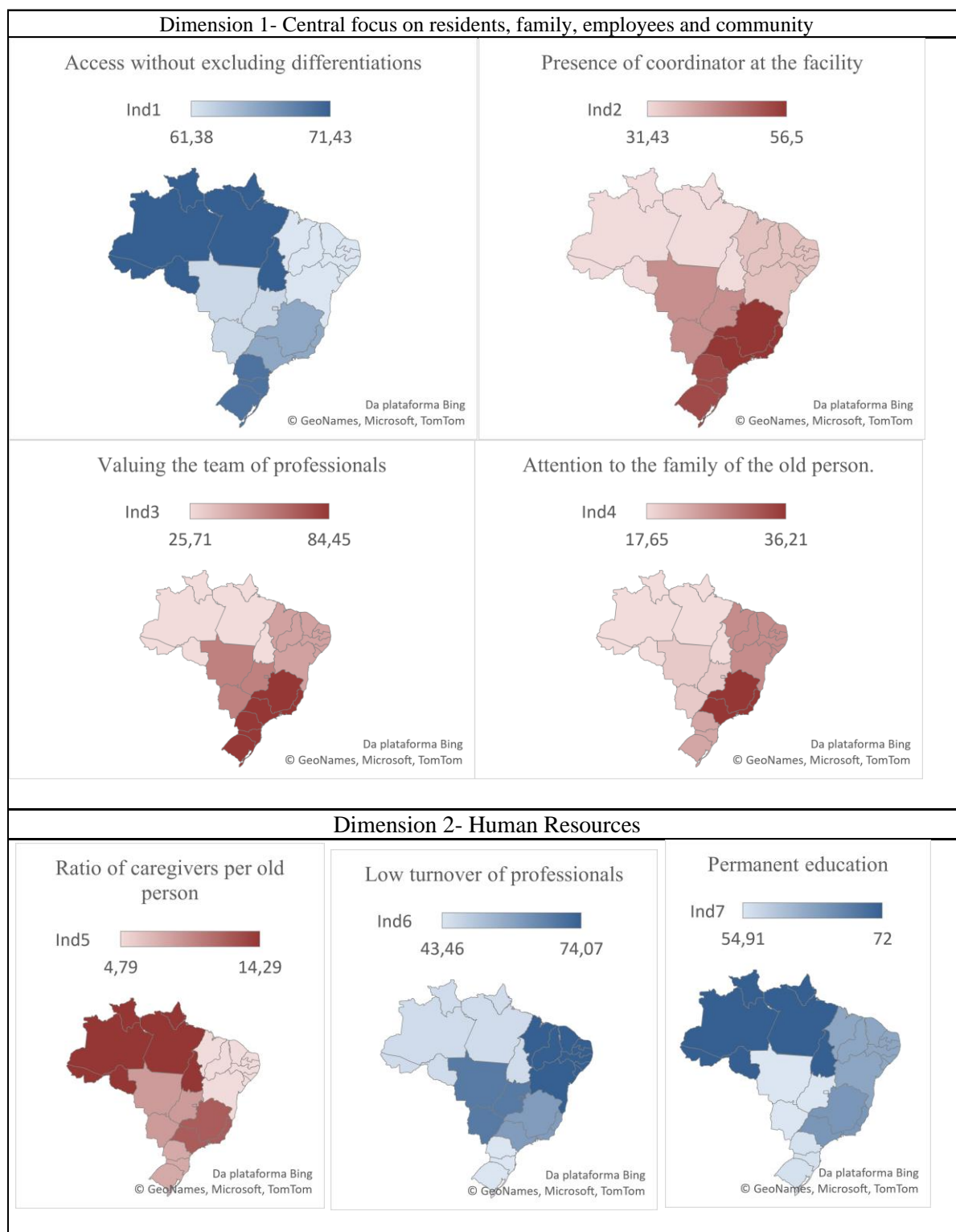
**Table 1.** Distribution of Brazilian LSIEs according to performance in the MAM and disparities index for the indicators in the quality dimensions proposed in the Integrated Multidimensional Model of Quality of LSIE by Rantz et al. (1999) – SUAS Census, Brazil 2018. center west and northeast and northeast

Indicators	Distribution of Brazilian LSIEs according to performance in the MAM							Disparities index	
	performance <sup>a</sup>	Brazilian regions (%)					Brazil (%)	Brazilian regions	Brazil
		North	Northeast	Center west	South	Southeast			
<b>Central focus on residents, families, staff and community</b>									
1 Access without excluding differentiations <sup>c</sup>	I	5,7	19,0	21,8	12,3	20	18,6	7,2	5,4
	ED	22,9	19,6	15,8	17,7	14	15,6		
	D	<b>71,4</b>	61,4	62,4	70	66	65,8		
2 Presence of coordinator at the facility	I	17,1	7,4	7,9	8,9	11,7	10,5	22,2	20,1
	ED	51,4	57,1	49,1	37,7	31,8	37,7		
	D	31,5	35,5	43	53,4	<b>56,5</b>	51,8		
3 Valuing the team of professionals	I	42,9	38,6	24,2	7,3	6,7	12,9	29,2	29,9
	ED	31,4	14,8	17,6	8,9	8,9	10,9		
	D	25,7	46,6	58,2	83,8	<b>84,4</b>	76,2		
4 Attention to the family of the old person	I	55,9	46,3	58,7	47,9	35,1	41,1	31,8	27,3
	ED	25,5	27,1	21,6	28,4	28,7	27,7		
	D	17,6	26,6	19,7	23,7	<b>36,2</b>	31,2		
<b>Human Resources</b>									
5 Ratio of caregivers per old person	I	71,4	61,2	56,7	39,6	36,2	42,3	33,7	30,5
	ED	14,3	34	34,8	52,7	51,7	47,4		
	D	<b>14,3</b>	4,8	8,5	7,7	12,1	10,3		
6 Low turnover of professionals	I	20	4,2	5,5	2,3	3	3,6	21,3	17,9
	ED	34,3	21,7	26,7	54,2	36,6	36,6		
	D	45,7	<b>74,1</b>	67,8	43,5	60,4	59,8		
7 Permanent education	I	4	8,7	7,8	9,4	6,2	7,1	13,7	8,6
	ED	24	28,2	37,3	35,1	28,7	30,3		
	D	<b>72</b>	63,1	54,9	55,5	65,1	62,6		
<b>Family Involvement</b>									
8 Favoring the Family Bond	I	2,9	0,5	0	0,4	0,1	0,2	6,2	5,2
	ED	17,7	8	8,6	5,8	4,2	5,7		
	D	79,4	91,5	91,4	93,8	<b>95,7</b>	94,1		
<b>Individualized care</b>									
9 Socialization	I	5,9	9,6	12,3	9,3	4,9	6,9	14,2	11
	ED	52,9	48,9	50,9	47,1	46	47,3		
	D	41,2	41,5	35,8	43,6	<b>48,9</b>	45,8		
10 Health care management	I	5,9	11,7	14,2	11,3	4,9	7,6	15,7	11,8
	ED	47,1	47,9	50	44,8	43,5	44,9		
	D	47,1	40,4	35,8	43,9	<b>51,6</b>	47,5		
11 Multiprofessional team in the health area.	I	80	70,4	71,5	53,1	39	48,8	48,5	46,4
	ED	17,1	23,3	23	31,5	41,9	35,8		
	D	2,9	6,3	5,5	15,4	<b>19,1</b>	15,4		
12 Professionals for leisure activities	I	85,7	86,2	86,5	88,1	81,8	83,8	22,1	19,8
	ED	2,9	5,3	5,5	6,2	6,8	6,3		
	D	<b>11,4</b>	8,5	8	5,7	11,4	9,9		
<b>Environment</b>									
13 Physical structure	I	0	0,5	0,6	0	0,3	0,3	6,7	6,2
	ED	28,6	17,5	14,5	11,2	10,5	12,2		
	D	71,4	82	84,9	88,8	<b>89,2</b>	87,5		
14 Accessibility	I	8,6	6,9	6,1	3,5	4,4	4,8	20,4	17,4
	ED	77,1	69,3	72,7	77,3	79,3	77,2		

	D	14,3	<b>23,8</b>	21,2	19,2	16,3	18		
Housing									
15 Existence of materials and equipment that encourage culture.	I	42,9	33,9	48,5	31,9	35,5	36,2		
	ED	42,8	45,5	34,5	40,4	41,6	41,2	26	18,9
	D	14,3	20,6	17	<b>27,7</b>	22,9	22,6		
16 Social profile of the facility <sup>d</sup>	I	0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1		
	ED	100	99,9	99,9	99,9	99,9	99,9	not applicable	
	D	0	0	0	0	0	0		
17 Occupancy rate	I	5,7	6,9	8,4	7,3	4,7	5,8		
	ED	51,4	47,1	45,5	35,4	38	39,6	12,9	12,5
	D	42,9	46	46,1	<b>57,3</b>	<b>57,3</b>	54,6		
Communication									
18 Openness to dialogue.	I	44,1	27,7	37	38,9	28	30,8		
	ED	26,5	38,3	38,3	35	36,1	35	16,8	14,4
	D	29,4	34	24,7	26,1	<b>35,9</b>	32,2		

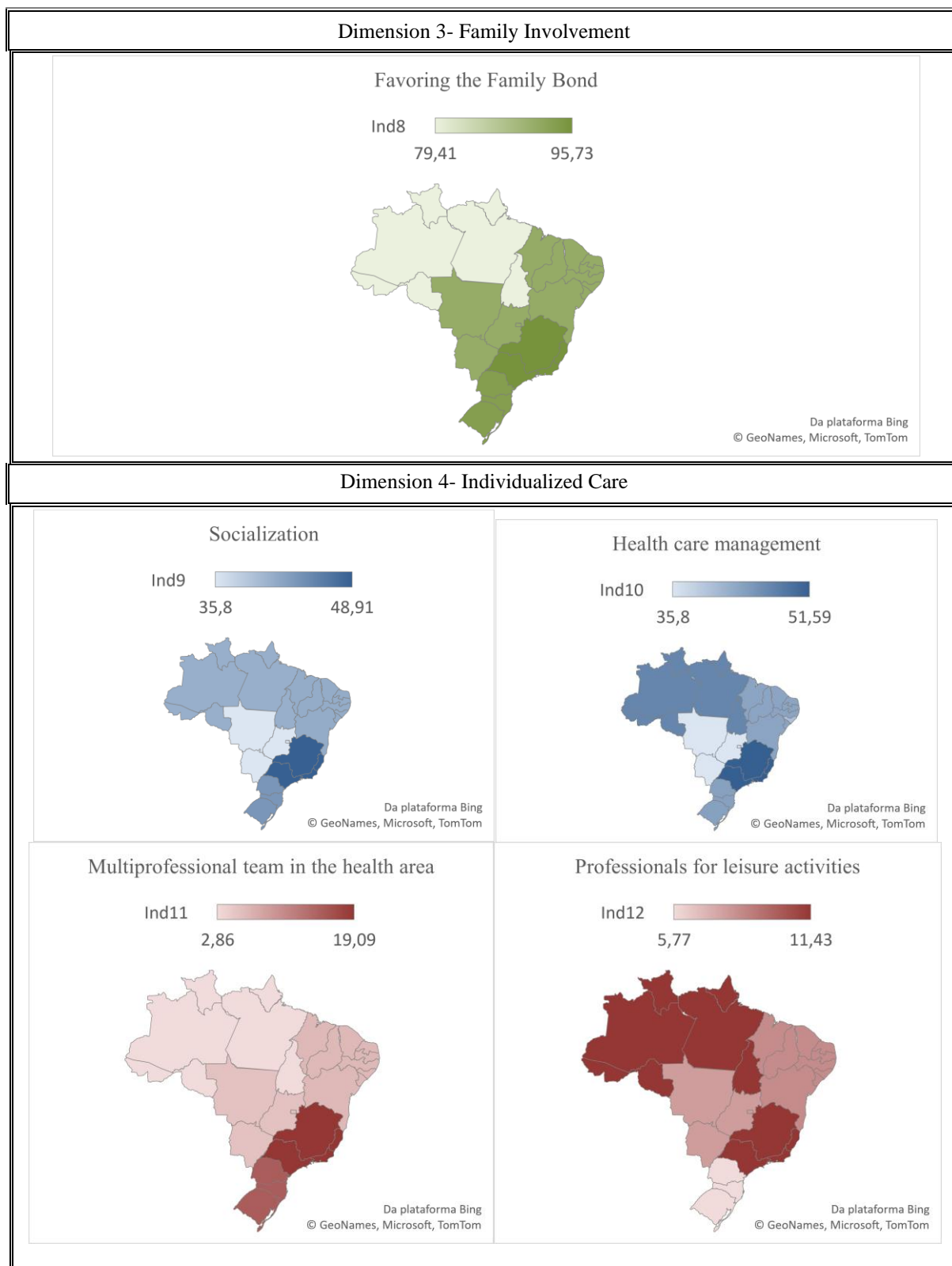
Subtitle: a) I "incipient"; UD "under development" and A "appropriate".b) Values in bold indicate higher percentages of LSIE with appropriate quality.c) 30% of the LSIEs do not accept elderly people with mental disorders.d) The calculations took into account the exclusion of the variable: "The institution receives provisions from any public entity for physical structure, HR, equipment/materials or transport" for having 100% of missing data.

Figure 1 – Percentage of LSIEs with appropriate quality for the indicators of Dimensions 1 and 2 of the Integrated Multidimensional Model of Quality of LSIE by Rantz et al. (1999) – SUAS Census, Brazil 2018.



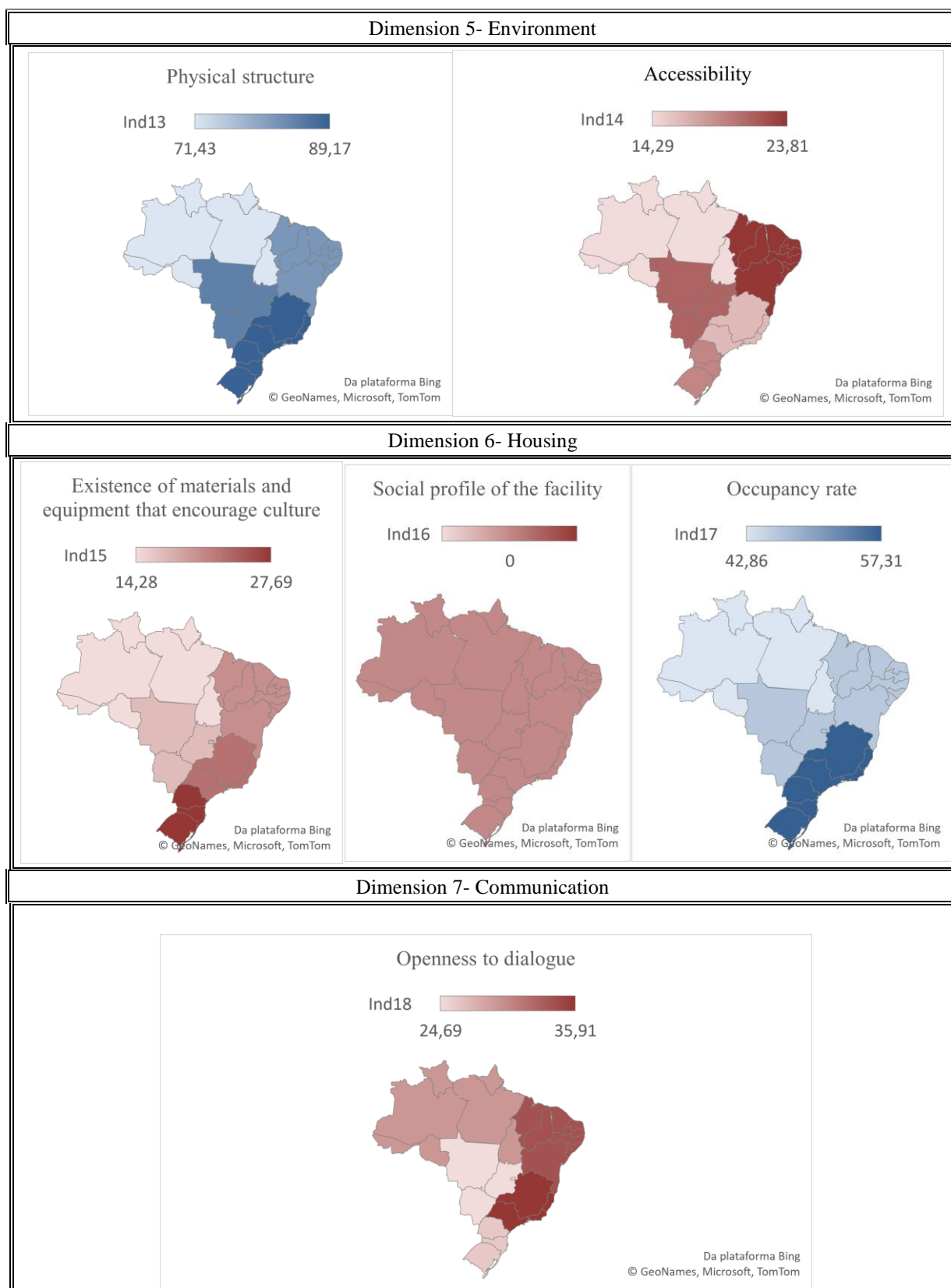
Subtitles: a) The colors of the map are represented as the percentage of LSIE with satisfactory performance, being the color red Smaller amplitude of the indicator >35%; yellow, The smallest range is found between 35% and 75%; green Smaller amplitude of the indicator < 75%. b) Intense colors on maps represent the highest percentages.

Figure 2 – Percentage of LSIEs with appropriate quality for the indicators of Dimensions 3 and 4 of the Integrated Multidimensional Model of Quality of LSIE by Rantz et al. (1999) – SUAS Census, Brazil 2018.



Subtitles: a) The colors of the map are represented as the percentage of LSIE with satisfactory performance, being the color red Smaller amplitude of the indicator >35%; yellow, The smallest range is found between 35% and 75%; green Smaller amplitude of the indicator < 75%. b) Intense colors on maps represent the highest percentages.

Figure 3 – Percentage of LSIEs with appropriate quality for the indicators of Dimensions 5,6 and 7 of the Integrated Multidimensional Model of Quality of LSIE by Rantz et al. (1999) – .SUAS Census, Brazil 2018.



Subtitles: a) The colors of the map are represented as the percentage of LSIE with satisfactory performance, being the color red smaller amplitude of the indicator >35%; yellow, the smallest range is found between 35% and 75%; green smaller amplitude of the indicator < 75%. b) Intense colors on maps represent the highest percentages.

## REFERENCES

- 1 Scheil- Adlung X. Long-term care protection for older persons: A review of coverage deficits in 46 countries. International Labour Office – ESS – Working Paper. Switzerland. Geneva. 2015. Available: [https://www.social-rotection.org/gimi/RessourcePDF.action;jsessionid=e6O5rn50tOTJCCwSfoCQms\\_xaz5aBLhp4YLUJK2XJTEgpH2ykKQC!1750948109?id=53175](https://www.social-rotection.org/gimi/RessourcePDF.action;jsessionid=e6O5rn50tOTJCCwSfoCQms_xaz5aBLhp4YLUJK2XJTEgpH2ykKQC!1750948109?id=53175)
- 2 Rice T, Rosenau P, Unruh LY, Barnes AJ, Saltman RB, Ginneken E. United States of America: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2013;15(3):1–431. Available in <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330305>
- 3 Andrade TB, Andrade FB. Unmet need for assistance with activities of daily life among older adults in Brazil. *Rev. Saúde pública*. 2018;(52): 75. Available in: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2018.v52/75/en>
- 4 Camarano AA, Kanso S, Melo JL, Carvalho DF. As Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil. In: Camarano AA (Org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA, 2010. p.187-212. Available from: [https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6586:cuidados-de-longa-duracao-para-a-populacao-idosa-um-novo-risco-social-a-ser-assumido&catid=265:2010&directory=1](https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=6586:cuidados-de-longa-duracao-para-a-populacao-idosa-um-novo-risco-social-a-ser-assumido&catid=265:2010&directory=1)
- 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):370-8. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26274.pdf>
- 6 Brasil. Ministério da Saúde. 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. Brasília; 2019. Available in: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=9921&ano=2019&ato=1dcETSU9keZpWTca9>. Accessed on April 4 2021.
- 7 Brasil. Resolução da Diretoria Colegiada da 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 Pessoas idosas. Diário oficial da União. De setembro de 2005. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283\\_26\\_09\\_2005.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html)
- 8 Martinelli T, Silva MB, Santos SR. Social Assistance Monitoring in Social Assistance Policy: Conception and Operation. *Rev Katál*. 2015;18(1):104-12. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rk/v18n1/1414-4980-rk-18-01-00104>
- 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): 184-9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21333919/>

10Rantz MJ, Zwygart-Stauffacher M, Popejoy L, Grando VT, Mehr DR, Hicks LL, *et al.* Nursing home care quality: A multidimensional theoretical model integrating the views of consumers and providers. *J Nurs Care Qual.* 1999;14(1):16-37. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10575828>

11Guimarães MRC, Ferreira RC, Giacomini KC, Vargas AMD. Indicators for evaluating long-term care facilities for old people: development and validation. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2020;23(5). Available from: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232020000500203&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232020000500203&script=sci_arttext&tlng=en)

12Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social . Secretaria Nacional do Desenvolvimento Social. Vigilância socioassistencial. Censo SUAS 2018. Unidade de Acolhimento. 2018. Available from: <https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/vigilancia/index2.php>

13Pearcy JN, Keppel KG. A summary measure of health disparity. *Public Health Rep.* 2002;117(3):273-80. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12432138/#:~:text=The%20ID%20is%20a%20simple,trends%2C%20and%20across%20different%20populations.>

14Spilsbury 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):732-50. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21397229>

15Kang YS, Miller NA, Tzeng HMH, Zhang T. Race and mental health disorders' impact on older patients' nursing home admissions upon hospital discharge. Available from: *Arch Gerontol Geriatr.* 2018; (8): 269-74. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494318301365>

16 Brannon D, Zinn JS, Mor V, Davis J. Organizational, and Environmental Factors Associated With High and Low Nursing Assistant Turnover. *The Gerontologist.* 2002;(42):159-68. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11914459>

17 Péliissier 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. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30150568>

18 Neto JDAF, Silva AMT, Vasconcelos C. Odontogeriatras, geriatras e idosos brasileiros: uma análise por estados e regiões do país. *Arch. health invest.* 2016;(5):5. Available

from:<https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/1704>

19 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):81-6. Available

from:[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342014000800081&lng=en&nrm=iso&tlng=en&ORIGINALLANG=em](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000800081&lng=en&nrm=iso&tlng=en&ORIGINALLANG=em)

20Giacomin KC, Peixoto SV, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública Internet*. 2008; 24(6): 1260-70. Available

from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000600007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000600007&lng=en)

21Silva HS,Gutierrez BAO. A educação como instrumento de mudança na prestação de cuidados para idosos. *Educ. rev.* 2018; (34): 283-96. Available

from<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-40602018000100283&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40602018000100283&lng=en&nrm=iso)>.

22Barbosa 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). Available from:[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-1232020000602017&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-1232020000602017&script=sci_arttext)

23 Creutzberg M, Gonçalves LH, Sobottka EA, Ojeda BS. Long-term care institutions for elders and the health system. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2007;15(6):1144-9. Available from:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18235957>

24 Paiva MM, Tavares AS, Oliveira M, VillaroucoV. Análise comparativa da acessibilidade em ILPIS. *Blucher Engineering Proceedings.* 2016; 3(3):101-12. Available

from:<http://pdf.blucher.com.br/s3-sa-east-1.amazonaws.com/engineeringproceedings/conaerg2016/8099.pdf>

25 Rijnaard MD, Van HJ, Janssen BM, Verbeek H, Pocornie W, Eijkelenboom A, *et al.* The factors influencing the sense of home in nursing homes: a systematic review from the perspective of residents. *J Aging Res.* 2016:643-45. Available

from:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27313892>

26Camarano AA, Barbosa P. Instituições De Longa Permanência Para Idosos no Brasil: do que Se está Falando? In: Alcantara AO, Camarano AA, Giacomin KC.Política nacional do idoso : velhas e novas questões. Rio de Janeiro:IPEA.2016.p.479-514.Avaliable

from:[https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/161006\\_livro\\_politica](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/161006_livro_politica)



[nacional idosos.PDF](#)

27 Camarano AA. Características das instituições de longa permanência para idosos: região Nordeste. Brasília.IPEA.2008. p.348. Available from: [https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5585%3Acaracteristicas-das-instituicoes-de-longa-permanencia-para-idosos-regiao-nordeste&catid=304%3A2008&directory=1&Itemid=1](https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=5585%3Acaracteristicas-das-instituicoes-de-longa-permanencia-para-idosos-regiao-nordeste&catid=304%3A2008&directory=1&Itemid=1)

28Castro VC, Carreira L. Leisure activities and attitude of institutionalized elderly people: a basis for nursing practice. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015; 23(2): 307-14. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692015000200017&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000200017&lng=en). <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3650.2556>.

29Ferrand 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):104-11. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24984913>

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo construiu uma matriz multidimensional de avaliação que se mostrou válida para o processo de avaliação e monitoramento da qualidade das Instituições de Longa Permanência para pessoas idosas(ILPI) participantes do Censo do Sistema Único de Assistência Social. A matriz foi baseada em sete dimensões do Modelo Teórico Multidimensional Integrado de Qualidade e Atendimento para ILPI, que trouxe maior cobertura ao complexo conceito de qualidade.

Certificamos que este estudo é inédito ao descrever o desempenho das Instituições de Longa Permanência para pessoas idosas brasileiras, que retratou elementos cruciais para o cuidado que precisam ser aprimorados, como: a proporção de cuidadores de pessoas idosas, a composição da equipe multiprofissional, a acessibilidade, a oferta de ações de promoção de saúde, o apoio governamental, a supressão dos critérios de diferenciações excludentes e a expansão dos serviços para superar as superlotações. Identificamos, ainda, que 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.

O estudo é importante pelo crescimento populacional de pessoas idosas, aumento da demanda por institucionalização e a necessidade de discutir e avaliar a qualidade das ILPI numa perspectiva multidimensional, que considera Instituições para cuidados de longa duração como uma residência coletiva que abriga pessoas em seus processos singulares de envelhecimento, a quem deve ser oferecido cuidado às necessidades, respeitando-se autonomia, subjetividades e biografia.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, T. B.; ANDRADE, F. B. Unmet need for assistance with activities of daily life among older adults in Brazil. *Rev. Saúde pública*. 2018;(52): 75. Available in: <https://www.scielo.org/article/rsp/2018.v52/75/en>
- ALAHMED, Z.; LOBELO, F. **Promoção da atividade física na Arábia Saudita: um papel crítico para os médicos e o sistema de saúde**. *J Epidemiol Glob Health*, 2018.7-15p.
- AL-ZAHRANI, J.M. **Prevenção da demência na população idosa: uma revisão abrangente da literatura**. *Ann Indian Psychiatry*, 2019;(3).14-8p.
- ANDRADE, T.B.; ANDRADE, F.B. **Unmet need for assistance with activities of daily life among older adults in Brazil**. *Rev. Saúde pública*, 2018;(52).75p.
- ANELL, A.; GLENNGÅRD, A.; MERKUR, S. **Sweden: health system review. Health systems in transition**. The European Observatory on Health Systems and Policies. London, 2012. 5p.
- ANGELO, B. H. D. B., SILVA, D. I. B., & LIMA, M. D. A. S. **Avaliação das instituições de longa permanência para idosos do município de Olinda- PE**. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 2011. 663-73p.
- BANDEEN-ROCHE, K *et al.* **Frailty in older adults: a nationally representative profile in the United States**. *J. Gerontol. Med. Sci.*, 2015. (70).1427-34p.
- BARBOSA, L., *et al.* **Perfis de integração social entre idosos institucionalizados no município de Natal. Rio Grande do Norte**. 2019.1-20p.
- BARKER, R. O. *et al.* **Who Should Deliver Primary Care in Long-term Care Facilities to Optimize Resident Outcomes? A Systematic Review**. *Journal of the American Medical Directors Association*, 2018.19(12).1069-79p.
- BATCHELOR F., *et al.* **Facilitators and barriers to advance care planning implementation in Australian aged care settings: A systematic review and thematic analysis Australas**. *J Ageing*, 2019.1-9p.
- BLÜMEL, M. **The German health care system 2013** in Thomson S, Osborn R, Squires D, Jun M (eds), *International profiles of health care systems*, New York, 2013.
- BOGGATZ, T. *et al.* **Atitudes de egípcios mais velhos em relação aos cuidados de enfermagem em casa: um estudo qualitativo**. *Journal of Cross Cultural Gerontology*, 2009. v 24, 33-47p.
- BOULT, C.; WIELAND, G. D. **Comprehensive primary care for older patients with multiple chronic conditions: "Nobody rushes you through"**. *Jama*, 2010.v 304(17).1936-1943p.

BRAGA, L. A. V. *et al.*, **A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso**. Revista Brasileira de Enfermagem, 2009. 62(5).687-94p.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social . Secretaria Nacional do Desenvolvimento Social. Vigilância socioassistencial. **Censo SUAS 2018**.Unidade de Acolhimento. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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. Brasília; 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19). 2006.192p.

Brasil. Resolução - **RDC nº 502, de 27 de maio de 2021**. Regulamento Técnico para o Funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos. Brasília: Diário oficial da União, 2021.

CAMARANO A. A., *et al.* As Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil. In: Camarano AA (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?**Rio de Janeiro: IPEA, 2010.187-212p.

CASTLE, N. G., FERGUSON, J. C. **What is nursing home quality and how is it measured?**. The Gerontologist, 2010; 50(4). 426-442p.

CASTRO, A. V.; REZENDE, M. **A técnica Delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica**. Revista Mineira de Enfermagem, 2009; 13(3). 429-434p.

CHECREUL K, *et al.* **'France: health system review'**. **Health systems in transition**. London: The European Observatory on Health Systems and Policies, 2010.

CIPRIANI, G.; BORIN, G. **Understanding dementia in the sociocultural context: A review**. International Journal of Social Psychiatry, 2015. 61(2).198-204p.

DETWEILER, M.B.,*et al.* **Quais são as evidências para apoiar o uso de jardins terapêuticos para idosos?** Psychiatry Investig, 2012; 9.100-10p.

D'INNOCENZO, M. *et al.* **O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem**. Revista Brasileira de Enfermagem, 2006.84-8p.

DONABEDIAN, A. **Basic approaches to assessment: structure, process and outcome.** In: Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Michigan (USA): Health Administration Press, 1980. 77-125p.

DONABEDIAN A. **Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención.** Salud Pública, 1993. 35(1).18p.

DONABEDIAN, A. **The epidemiology of quality.** Inquiry, 1985. 12p.

DONABEDIAN, A. **The seven pillars of quality.** Arch Pathol Lab Med., 1990. 14p.

FIEDLER, M. M.; PERES, K.G. **Capacidade Funcional em Idosos.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008. 24(2).409-415p.

FINNEMA, E. *et al.* **The effect of integrated emotion-oriented care versus usual care on elderly persons with dementia in the nursing home and on nursing assistants: a randomized clinical trial.** International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences, 2005. 20(4).330-343p.

FONG, T. G. *et al.* **The interface between delirium and dementia in elderly adults.** The Lancet Neurology, 2015.14(8). 823-832p.

FORDER, J.; FERNANDEZ, J. L. **What works abroad? Evaluating the funding of long-term care: international perspectives.** PSSRU Discussion Paper 2794. Canterbury. 2011.

FREITAS, C.V. *et al.* **Avaliação de fragilidade, capacidade funcional e qualidade de vida dos idosos atendidos no ambulatório de geriatria de um hospital universitário.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., 2016.119-28p.

GHANM, L., *et al.* **Depressão em idosos com doenças médicas crônicas.** European Psychiatry, 2017.41.651p.

GLECKMAN, H. **Long-term care financing reform: lessons from the US and abroad.** New York: The Commonwealth Fund. 2010.

HANIEH, A. **Desigualdades na região árabe.** Relatório Mundial de Ciências sociais, 2016.101p.

JANNUZZI, M. P. **Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil.** Revista do Serviço Público, 2005.56(2).137-160p.

KALYANI, R.R., *et al.* **Associação de diabetes, comorbidades e A1C com incapacidade funcional em idosos: resultados do National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), 1999-2006 .** Diabetes Care, 2010. 33. 1055-60p.

KHAN, H.T.A. **Fatores associados ao apoio social intergeracional entre idosos de todo o mundo.** Envelhecimento Internacional, 2014.39 (4).289–326p.

KHAN, H.T.A. **Transição estrutural etária e envelhecimento da população em Bangladesh.** Revisão de Geração, 2006. 16 (1). 6-10p.

KINGSTON, *et al.* **A contribuição de doenças para o paradoxo masculino-feminino de incapacidade e sobrevivência em idosos: resultados do estudo Newcastle 85+.** PLoS ONE, 2014.

KNODEL, J. A. **solidariedade intergeracional está realmente em declínio? evidência cautelar da Tailândia.** Popul. asiático. Viga. ,2014.176 -194p.

LAVIE, G. *et al.* **Statin Therapy for Primary Prevention in the Elderly and Its Association with New-Onset Diabetes, Cardiovascular Events, and All-Cause Mortality.** The American Journal of Medicine, 2021. 134(5), 643-652p.

LONGTIN, Y. *et al.* **Patient Participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety.** Mayo Clin Proc, 2010.85(1).53-62p.

MACINKO, J.; HARRIS, J.**International Health Care Systems Brazil's Family Health Strategy - Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System** New England.Journal Of Medicine, 2015.372(23),2177-2181p.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L.M.C. **Qualidade na gestão local de saúde e ações de saúde.** São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998.

MARTINELLI, T., SILVA, M. B., SANTOS, S. R. D. **Vigilância socioassistencial na política de assistência social: concepção e operacionalidade.** Revista Katálysis 2015. 18(1).104-112p.

MATSUDA, R. **'The Japanese healthcare system 2013'** in Thomson S, Osborn R, Squires D, Jun M (eds), International profiles of health care systems. New York, US: The Commonwealth Fund,2013.

MCCLEERY, J. *et al.* **Suplementação de vitaminas e minerais para prevenir a demência ou retardar o declínio cognitivo em pessoas com comprometimento cognitivo leve.** Cochrane Database Syst Rev, 2018; 11.

MEDEIROS, P.A.,*et al.* **Instruments developed for the management and care of the Older Adults in long-stay care institutions: a systematic review.** Cien Saude Colet. 2016;21(11):3597-610p.

MIRANDA, G. M. D.,MENDES, A.D.C.G., SILVA, A.L.A.D. **O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2016. 19(3).507-519p.

MORRIS, J. N.,*et al.* **Designing the national resident assessment instrument for nursing homes.** The Gerontologist, 1990.30(3). 293-307p.

NORDON, D.G *et al.* **Perda cognitiva em idosos.** Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, 2009. (11). 5-8p.

OLIVEIRA, W. I. F. D., *et al.* **Equivalencia semantica, conceitual e de itens do observable indicators of nursing home care quality instrument.,** Cien Saude Coletiva. 2016. 21. 2243-2256p.

PASSOS, V. M. A., *et al.* **Type 2 diabetes: prevalence and associated factors in a Brazilian community - the Bambuí health and aging study.** São Paulo Med. J., São Paulo, 2005. (123). 66-71p.

PATZ, P. R. **An international perspective on long term care: focus on nursing homes.** Journal of the American Medical Directors Association, 2011.12(7). 487-492p.

PEARCY, J. N.; KEPPEL, K.G. **A summary measure of health disparity.** Public Health Rep. 2002.117(3).273-80p.

POLTRONIERI, B. C., SOUZA, E. R. D., RIBEIRO, A. P. **Análise do tema violência nas políticas de cuidado de longa duração ao idoso.** Ciência & Saúde Coletiva, 2019. 2859-2870p.

RANTZ, M. J. *et al.* **Nursing home care quality: A multidimensional theoretical model integrating the views of consumers and providers.** Journal of nursing care quality, 1999. 14(1). 16-37p.

RANTZ, M. J. *et al.* **Randomized clinical trial of a quality improvement intervention in nursing homes.** The Gerontologist, 2001. (41). 525-538p.

RANTZ, M.J., *et al.* **Teste de campo inicial de um instrumento para medir 'indicadores observáveis da qualidade do atendimento domiciliar.** Journal of Nursing Care Quality, 2000. 14(3).1-12p.

REDDY, K. S . **International health care systems: India's aspirations for universal health coverage.** New England Journal of Medicine, 2015. 373(1).1-4p.

RIBEIRO, C. R.; MARIN, F. H. **A proposal for a health evaluation tool for the set.** Revista brasileira de enfermagem, 2009; 62(2). 204-212p.

RICE, T, *et al.* **'United States of America: health system review'**. Health systems in transition.London: European Observatory on Health Systems and Policies. 2013.

RIJNAARD, M. D., *et al.* **The factors influencing the sense of home in nursing homes: a systematic review from the perspective of residents.** Journal of Aging Research, 2016.

SAINTRAIN, M. V. D. L.; VIEIRA, L. J. E. D. S. **Saúde bucal do idoso: abordagem interdisciplinar.** Ciência & Saúde Coletiva, 2008, 1127-1132p.

SANTOS, N., *et al.* **Mortalidade por doenças hipertensivas no Brasil.** International Journal of Cardiovascular Sciences. 2018. 31(3).250-257p.

SANTOS, N., *et al.* **Percepção de trabalhadores de uma instituição de longa permanência para idosos acerca da família.** Texto & contexto enfermagem, 2014. 23(4). 971-978p.

SANTOS, V.P., *et al.* **Perfil de saúde de pessoas idosas muito velhos em vulnerabilidade social na comunidade.** Rev Cuid., 2018. 9(3).2322-37p.

SANTOS, G. S.; CUNHA, I. C. K. O. **Prevalência e fatores associados à hipertensão em idosos de um serviço de atenção primária.** Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, 2018. 321-329p.

SCHEIL- ADLUNG X. **Long-term care protection for older persons: A review of coverage deficits in 46 countries.** International Labour Office – ESS – Working Paper. Switzerland. Geneva. 2015.

SILVA, L. M. V., FORMIGLI, V. L. A. **Avaliação em saúde: limites e perspectivas.** Cad Saúde Pùb, 1994. 80-91p.

SILVA, R. F. D.; TANAKA, O. Y. **Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, 1999. 33(3). 207-216p.

SINUNU, M. A., YOUNT, K. M. E., EL-AFIFY, N. A. **Cuidados informais e formais a longo prazo para idosos frágeis no Cairo, Egito: decisões de cuidado familiar em um contexto de mudança social.** Journal of Cross Cultural Gerontology, 2008. 24. 63-76p.

SPECTOR, A.; ORRELL, M.; GOYDER, J. **A systematic review of staff training interventions to reduce the behavioural and psychological symptoms of dementia.** Ageing Res Rev. 2013. 12(1).354-64p.

SPILSBURY, K., *et al.* **The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: a systematic review.** International journal of nursing studies 2011. 48(6). 732-750p.

SPÍNOLA, A. D. P.; GALVIZ-SPINOLA, A. **Delfos: proposta tecnológica alternativa.** São Paulo 1981.

SPRANGERS, S., DIJKSTRA, K., ROMIJN-LUIJTEN, A. **Communication skills training in a nursing home: effects of a brief intervention on residents and nursingaides.** Clinical interventions in aging 2015. 10. 311p.

TOLSON, D. *et al.* **Associação Internacional de Gerontologia e Geriatria: Uma agenda global para pesquisa clínica e qualidade do atendimento em asilos.** Jornal da Associação Americana de Diretores Médicos, 2011. 12(3). 184-189p.

UCHIMURA, K.Y., BOSI, M.L. **Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde.** Cad Saude Publica, 2002.18(6).1561-69p.



VIACAVA, F., *et al.* **Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 2004. 711-724p.

VUORI, H.A. **Qualidade da saúde.** *Cad Ciência Tecn: Saúde em Debate*, 1993.17-25p.

WATERS, R., BUCHANAN, A. **An exploration of person-centred concepts in human services: a thematic analysis of the literature.** *Health Policy*, 2017.121(10). 1031-1039p.

WHITEFORD, H.A., *et al.* **The global burden of mental, neurological and substance use disorders: an analysis from the global burden of disease study 2010.** *PLoS One*, 2015.10(2):e0116820p.

WITT, R. R., ALMEIDA, M. C. P. D. **Identification of nurses' competencies in primary health care through a Delphi study in southern Brazil.** *Public Health Nursing*, 2008. 25(4). 336-343p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on ageing and health. Long-term-care systems.** World Health Organization, 2015. 127-155p

X. LEI , W. LIN. **The New Cooperative Medical Scheme in Rural China: More Coverage Means More Service and Better Health.***Health Econ.* , 2009.18 .25 – 46p.

YACOUBIAN, T.A. **Doenças neurodegenerativas: por que precisamos de novas terapias?** In: Adejare A. editor. *Abordagens de descoberta de drogas para o tratamento de doenças neurodegenerativas* . Londres: Academic Press, 2017. 1-16p.

YAFFE, K., *et al.* **Diabetes, impaired fasting glucose, and the development of cognitive impairment in older women.** *Neurology*, 2004. 63. 658-663p.

YAGHMOUR, S.M, BARTLETT, R., BRANNELLY, T. **Dementia em países do Mediterrâneo Oriental: Uma revisão sistemática.** *Dementia*. Londres, 2018.

YEUNG, S.E., THORTON, W.L. **Age-related effects of blood pressure on everyday cognitive function in community-dwelling women.** *Neuropsychol Dev Cogn B Aging Neuropsychol Cogn*, 2011. 18. 733-755p.

YOUNT, K. M. E., SIBAI, A.M. **Demografia do envelhecimento nos países árabes.** In: Uhlenberg, P., Ed., *International Handbook of Population Aging*, Netherlands, 2009. 277-315p.

ZHANG, D. G. U. , Y. LOU. **Coresidence with elderly parents in contemporary China: the role of filial piety, reciprocity, socio-economic resources, and parental needs.***J. Gerontol transcultural*, 2014. 259 – 276p.

ZHIXIN, F., *et al.* **An exploratory discrete-time multilevel analysis of the effect of social support on the survival of elderly people in China.** *Social Science & Medicine*, 2015. 130. 181-189p.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A – Quadro 1 Dimensões de Qualidade do Modelo Multidimensional Integrado de Qualidade e Atendimento e Conceitos. Columbia, Missouri, Estados Unidos da America, 1999.**

Dimensões de Qualidade	Conceitos
Foco central nos residentes, familiares, funcionários e comunidade	Esta dimensão inclui os padrões relativos ao serviço ofertado por essas instituições à comunidade, aborda as necessidades das famílias que têm membros que precisam de serviços de assistência, reconhece a importância da equipe de profissionais e como a equipe é essencial para cuidar da qualidade e atender às necessidades individuais de cada idoso, os familiares e idosos são reconhecidos como foco central da Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI).
Recursos humanos	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.
Envolvimento familiar	As ILPI devem envolver os familiares no cuidado, os familiares devem ter a oportunidade de responsabilizar a equipe de profissionais pelos cuidados e devem participar de grupos de aconselhamento e apoio.
Cuidado individualizado	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;
Meio Ambiente	A ILPI conta com um espaço físico limpo, sem odores, silencioso, espaçoso, com mobiliários adequados, iluminado, ventilação, piso antiderrapante, ambiente seguro e agradável e com acessibilidade.
Moradia	A ILPI deve dar uma sensação de que os idosos estão em sua própria casa, com a presença de voluntários, animais de estimação, crianças e plantas. Deve possibilitar o envolvimento da comunidade na unidade, com visitas frequentes de voluntários e crianças, membros de igrejas e escolas. É importante que o lucro não seja a prioridade dessas unidades.
Comunicação	É importante ter sistemas de comunicação implementados para garantir o cumprimento das necessidades dos idosos, gostos e desgostos. Boa comunicação com os familiares e moradores é essencial. Em instalações de qualidade, a equipe realmente dedica tempo para envolver os residentes em conversas.

Fonte: Rantz et al. (1999).

**APÊNDICE B - Tabela 1 Índice de validade de conteúdo dos indicadores obtido no 1º ciclo de validação quanto à relevância, avaliação do objetivo, método de cálculo e mensuração dos aspectos da dimensão da qualidade. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020.**

Dimensões /Indicadores	Índice de Validade de Conteúdo (%)				
	Relevância	Avaliação do objetivo	Método de cálculo	Mensuração dos aspectos	
<b>Dimensão 1-Foco central nos residentes, familiares, funcionários e comunidade</b>					
Indicadores	1- Acesso sem diferenciações excludentes	93,80	87,50	25,00*	93,75
	2 -Presença de coordenador na instituição	87,60	93,75	87,50	93,75
	3-Valorização da equipe de profissionais	93,80	87,50	81,25	93,75
	4- Atenção à família da pessoa idosa.	87,60	93,75	87,50	93,50
<b>Dimensão 2- Recursos Humanos</b>					
Indicadores	5 - Razão de cuidadores por pessoa idosa	93,80	87,50	68,75*	81,25
	6- Baixa rotatividade de profissionais	100,00	100,00	93,75	93,75
	7 - Educação permanente	93,80	93,75	87,50	93,75
<b>Dimensão 3- Envolvimento Familiar</b>					
Indicador	8- Favorecimento do Vínculo Familiar	93,80	93,75	87,50	93,75
<b>Dimensão 4- Cuidado Individualizado</b>					
Indicadores	9- Socialização	93,80	93,75	81,25	81,25
	10 -Gestão do cuidado em saúde.	93,80	93,75	87,50	93,75
	11 -Equipe multiprofissional na área da saúde.	93,80	93,75	87,50	87,50
<b>Dimensão 5-Meio Ambiente</b>					
Indicadores	12 - Profissionais para atividades de lazer	93,80	93,75	87,50	87,50
	13- Estrutura física	93,80	93,75	87,50	93,75
	14- Acessibilidade.	87,50	87,50	81,25	87,50
<b>Dimensão 6 -Moradia</b>					
Indicadores	15- Existência de materiais e equipamentos que incentivam a cultura.	93,80	93,75	81,25	87,50
	16- Perfil social da instituição	87,50	93,75	87,50	81,25
	17- Taxa de ocupação	87,60	93,75	81,25	87,50
<b>Dimensão 7-Comunicação</b>					
Indicador	18- Abertura ao diálogo	93,80	93,75	81,25	93,75

\*Índice de Validade de Conteúdo < 75%

Fonte: Autor, 2021.

**APÊNDICE C -Tabela 2 Alterações realizadas no método de cálculo dos indicadores com base nas sugestões dadas pelos experts no 1º ciclo de validação e índice de validade de conteúdo para este critério obtido no 2º ciclo de validação. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020.**

Indicadores	Alterações realizadas nos indicadores e avaliadas pelos experts no 2º ciclo de validação	Índice de Validade de Conteúdo (%) para Método de Cálculo
1	<p>a) Inclusão da variável “a unidade aceita receber pessoa idosa a Travesti, Transexual, Transgênero”;</p> <p>b) Alteração da fórmula de cálculo considerada pelos experts como de difícil compreensão.</p> <p>Nova fórmula de cálculo proposta: Número de variáveis com respostas afirmativas, dividido pelo número total de variáveis do indicador, multiplicado por 100. Equação:  <math>\{(número\ de\ variáveis\ afirmativas/6)*100\}</math> Melhor resultado : 100%.</p>	<p>a) 100,00</p> <p>b) 100,00</p>
2	Alteração da redação da fórmula de cálculo	90,00
3	Alteração da redação da fórmula de cálculo	90,00
4	Alteração da redação da fórmula de cálculo	90,00
5	Nova fórmula de cálculo proposta: Número de cuidadores com carga horária maior ou igual a 40h semanais dividido pelo número de pessoa idosa residente (Melhor resultado: $\geq 0,05$ )	90,00
8	Alteração da redação da fórmula de cálculo	90,00
9	Alteração da redação da fórmula de cálculo	90,00
10	Alteração da redação da fórmula de cálculo	90,00
11	Alteração da redação da fórmula de cálculo	90,00
12	Alteração da redação da fórmula de cálculo	90,00
13	Alteração da redação da fórmula de cálculo	90,00
14	Alteração da redação da fórmula de cálculo	90,00
15	<p>Alteração da redação da fórmula de cálculo.</p> <p>União de duas variáveis, passando a variável “b” ter a seguinte redação:</p> <p>b) Presença de materiais pedagógicos e culturais ou de jogos educativos e de passatempo.</p>	90,00
16	Alteração da redação da fórmula de cálculo: Exclusão da variável "inscrição ou não da Instituição no conselho dos direitos das pessoas idosas".	72,00*
17	Alteração da redação da fórmula de cálculo	90,00
18	Alteração da redação da fórmula de cálculo	90,00

\*Indicador com IVC < 75%, portanto ainda não considerado com conteúdo válido no 2º ciclo de validação  
 Fonte: Autor, 2021.

**APÊNDICE D- Quadro 2 Matriz De Avaliação Dimensões Da Qualidade, Indicadores, Variáveis Do Censo Suas, Fórmula De Cálculo E Parâmetros Para Interpretação. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020.**

Matriz de Avaliação da qualidade de Instituições de Longa Permanência para pessoas idosas			
Dimensões/ indicadores	Variáveis censo SUAS	Fórmula de cálculo	Parâmetros para interpretação
Dimensão 1	Foco central nos residentes, familiares e comunidades		
1 Acesso sem diferenciações excludentes	a) A unidade aceita receber pessoa idosa com transtorno mental; b) A unidade aceita receber pessoas idosas refugiados /imigrantes; c) A unidade aceita receber pessoa idosa com trajetória de rua; d) A unidade aceita receber pessoa idosa indígena ou de comunidades tradicionais (exemplo: quilombola, ciganos, ribeirinhos); e) A unidade aceita receber pessoa idosa com deficiência física, sensorial ou intelectual; f) A unidade aceita receber pessoas idosas Travesti, Transexual, Transgênero.	$\{( \text{número de variáveis afirmativas}/6) * 100\}$	Quanto maior melhor
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 RDC; b) A ILPI possui um coordenador/ responsável técnico na unidade.	$\{( \text{número de variáveis afirmativas}/2) * 100\}$	Quanto maior melhor
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]; b) Número de profissionais com e sem vínculo de trabalho com a instituição.	$\{(a/b) * 100\}$	Quanto maior melhor
4 Atenção à família da pessoa idosa	a) Realiza atendimento psicossocial das famílias das pessoas acolhidas (orientação familiar); b) Promove reuniões com grupos de famílias dos usuários; c) Promove contato e participação da família na vida do usuário.	$\{( \text{número de variáveis afirmativas}/3) * 100\}$	Quanto maior melhor
Dimensão 2	Recursos Humanos		

5 Razão de cuidadores por pessoas idosas	a) Número de cuidadores com carga horária de 40 horas semanais ou mais; b) Número de pessoas idosas residentes.	$\{(a/b)\}$	RDC estabelece, no mínimo, um cuidador com 40 horas semanais para um grupo de 20 idosos. Melhor resultado $\geq 0,05$
6 Baixa rotatividade de profissionais	a) Número de profissionais que trabalham na instituição por 1 ano ou mais; b) Número total de profissionais que trabalham na instituição.	$\{(a/b)*100\}$	Quanto maior melhor
7 Educação permanente	a) Existência de palestras, oficinas, treinamento e capacitação de trabalhadores na unidade; b) Existência de capacitações sobre a área de geriatria (Envelhecimento ou Direitos e cuidados de pessoas idosas).	$\{(\text{número de variáveis afirmativas}/2)*100\}$	Quanto maior melhor
Dimensão 3	Envolvimento Familiar		
8 Favorecimento do Vínculo Familiar	a) A unidade promove serviços de convivência e fortalecimento de vínculo para os pessoas idosas e seus familiares (peso 0: não; peso 1: sim); b) A unidade acolhe usuários com vínculos de parentesco (peso 0: não; peso 1: sim); c) São permitidas visitas na ILPI (peso 0: não; peso 1: apenas em algumas datas específicas; peso 2: mensal, quinzenal e de 1 a 2 dias ou 3 a 6 dias na semana; peso 3: diariamente).	$\{(\text{Soma dos pesos das variáveis a, b, c} / 5)*100\}$	Quanto maior melhor
Dimensão 4	Cuidado individualizado		
9 Socialização	a) A ILPI promove atividades com a participação da comunidade; 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.	$\{(\text{número de variáveis afirmativas}/4)*100\}$	Quanto maior melhor
10 Gestão do cuidado em saúde	a) Uso de Plano Individual de atendimento; b) Uso de prontuário na unidade; c) Realiza relatórios técnicos dos casos em acompanhamento; d) Realiza discussão de casos com outros profissionais da rede.	$\{(\text{número de variáveis afirmativas}/4)*100\}$	Quanto maior melhor
11 Equipe multiprofissional	a) Presença de psicóloga para o atendimento psicossocial	$\{(\text{número de variáveis})\}$	Quanto maior melhor



na área da saúde	(individualizado ou em grupo na unidade); b) Presença de enfermeiro na unidade; c) Presença de nutricionista na unidade; d) Presença de fisioterapeuta na unidade; e) Presença de médico na unidade.	afirmativas/5)*100}	
12 Profissionais para atividades de lazer	a) Número de profissional de nível superior para atividades de lazer (educador/ terapeuta ocupacional); b) Número de pessoas idosas residentes.	{{(Número de profissionais para atividade de lazer para 12 horas semanais/ número de pessoas idosas residentes)}}	RDC estabelece, no mínimo, um profissional de 12 horas semanais para atividades físicas, recreativas e culturais para um grupo de 40 idosos. Melhor resultado: ≥0,025.
Dimensão 5	Meio ambiente		
13 Estrutura física	a) Existência de dormitórios para, no máximo, 4 pessoas; b) Existência de banheiros no mesmo número que dormitórios; c) Existência de área de recreação externa; d) Existência de cozinha para preparo de alimentos, 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 sala para reuniões; i) Existência de sala para atividades coletivas.	{{(número de variáveis afirmativas/9)*100}}	Quanto maior melhor
14 Acessibilidade	a) Acesso principal adaptado com rampas e existência de rota acessível desde a calçada até o interior da unidade conforme ABNT; b) Acesso principal adaptado com rampas e existência de rota acessível desde a calçada até o interior da unidade; c) Banheiros adaptados para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida;	{{(número de variáveis afirmativas/9)*100}}	Quanto maior melhor

	d) Banheiros adaptados para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida conforme ABNT;		
	e) Rota acessível ao banheiro;		
	f) Rota acessível ao banheiro conforme ABNT;		
	g) Rota acessível aos dormitórios e espaços de uso coletivo;		
	h) Rota acessível aos dormitórios e espaços de uso coletivo conforme ABNT;		
	i) Equipamentos/Mobiliário/materiais adequados para pessoas com deficiência ou dependência (Tecnologias Assistivas).		
Dimensão 6	Moradia		
15 Existência de materiais e equipamentos que incentivam a cultura	a) Presença de acervo bibliográfico; b) Presença de materiais pedagógicos e culturais; c) Presença de materiais esportivos; d) Presença de jogos educativos e de passatempo; e) Presença de televisão.	{{(Número de variáveis com respostas afirmativas/5)*100}}	Quanto maior melhor
16 Perfil social da instituição.	a) Presença de convênio ou termo de parceria com o poder público; b) Instituição é de natureza governamental; c) Instituição está inscrita no conselho dos direitos das pessoas idosas; d) A instituição recebe provisão de algum ente público para estrutura física, RH, equipamentos/materiais ou transporte; e) Presença de pessoas idosas com Benefício de Prestação Continuada na instituição (com deficiência ou não).	{{(Número de variáveis com respostas afirmativas/5)*100}}	Quanto maior melhor
17 Taxa de ocupação	a) Número de pessoas acolhidas na unidade; b) Capacidade máxima para atendimento.	{{(a/b)*100}}	≤100%
Dimensão 7	Comunicação		
18 Abertura ao diálogo.	a) A unidade organiza ou promove discussões com pessoas idosas sobre as rotinas da unidade; b) A unidade realiza reuniões com os familiares das pessoas idosas.	{{(Número de variáveis com respostas afirmativas/2)*100}}	Quanto maior melhor

Fonte: Autor, 2021

**APÊNDICE E- Quadro 3 Interpretação dos parâmetros de desempenho das ilpi por indicadores e dimensões da qualidade, variáveis do censo SUAS, fórmula de cálculo e interpretação dos parâmetros. Brasil.**

Indicadores/ Dimensões da Qualidade	Variáveis Censo SUAS	Fórmula de cálculo	Interpretação dos Parâmetros de Desempenho para Indicadores das ILPI (pontuação)		
			Incipiente	Em desenvolvimento	Desejável
Foco central nos residentes, familiares, funcionários e comunidade					
1 Acesso sem diferenciações excludentes	a) A unidade aceita receber pessoa idosa com transtorno mental;	{(número de variáveis com respostas afirmativas/6)*100}	de 0 a 33%	de 50 a 68%	80 a 100%
	b) A unidade aceita receber pessoas idosas refugiadas /imigrantes;				
	c) A unidade aceita receber pessoa idosa com trajetória de rua;				
	d) A unidade aceita receber pessoa idosa indígena ou de comunidades tradicionais (exemplo: quilombola, ciganos, ribeirinhos);				
	e) A unidade aceita receber pessoa idosa com deficiência física, sensorial ou intelectual;				
	f) A unidade aceita receber pessoa idosa 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}	0% (a ILPI não possui coordenador)	50% (a ILPI possui coordenador, mas não atende à legislação)	100% (a ILPI possui coordenador conforme a legislação)
	b) A ILPI possui um coordenador/responsável técnico na unidade.				
3 Valorização dos profissionais que atuam na instituição	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	{(a/b)*100}	0 a 33%	33,01 a 66%	66,01 a 100%

	empregado público celetista;				
	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}	0 a 33%	33,01 a 66%	66,01 a 100%
	b) Promove reuniões com grupos de famílias dos usuários;				
	c) Promove contato e participação da família na vida do usuário.				
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)}	<0,025 %	entre 0,025 e 0,049%	≥0,05 %
	b) Número de pessoas idosas residentes.				
6 Baixa rotatividade de profissionais	a) Número de profissionais que trabalham na instituição por 1 (um) ano ou mais;	{(a/b)*100}	<50%	Entre 50 a 86%	>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}	0%	50%	100%
	b) Existência de capacitações sobre a área de geriatria (Envelhecimento ou Direitos e cuidados com a pessoa idosa)				
Dimensão 3: Envolvimento familiar					
8 Favorecimento do Vínculo Familiar	a) A unidade promove serviços de convivência e fortalecimento de vínculo para as pessoas idosas e seus familiares (0: não;1 sim);	{(Soma dos códigos das variáveis a, b, c/ 5)*100}	0 a 20%	40 a 60%	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	0 a 25%	50 a 75%	100%
	b) Acompanha a pessoa idosa para				

	retirada de documentos; c) Promove serviços de convivência e fortalecimento de vínculo para as pessoas idosas entre si; d) Realiza passeios com os usuários; e) Promove a participação das pessoas acolhidas em serviços, projetos ou atividades existentes na comunidade.	respostas afirmativas/5)*100}			
10 Gestão do cuidado em saúde	a) Uso de Plano Individual de atendimento; b) Uso de prontuário na unidade; c) Realiza relatórios técnicos dos casos em acompanhamento; d) Realiza discussão de casos com outros profissionais da rede.	{{(número de variáveis com respostas afirmativas/4)*100}}	0 a 25%	50 a 75%	100%
11 Equipe multiprofissional na área da saúde	a) Presença de psicóloga para o atendimento psicossocial (individualizado ou em grupo na unidade); b) Presença de enfermeiro na unidade; c) Presença de nutricionista na unidade; d) Presença de fisioterapeuta na unidade; e) Presença de médico na unidade.	{{(número de variáveis com respostas afirmativas/5)*100}}	0 a 20%	40 a 60%	80 a 100%
12 Profissionais para atividades de lazer	a) Número de profissional de nível superior para atividades de lazer (educador/ terapeuta ocupacional); b) Número de pessoas idosas residentes.	{{(Número de profissionais para atividade de lazer para 12 horas semanais/ número de pessoas idosas residentes)}}	0%	<0,025 ≠0	≥0,025
Dimensão 5: Meio Ambiente					
13 Estrutura física adequada	a) Existência de dormitórios para, no máximo, 3 pessoas; b) Existência de banheiros no mesmo número que dormitórios; c) Existência de área de recreação externa; d) Existência de cozinha para preparo	{{(número de variáveis com respostas afirmativas/9)*100}}	0 a 33%	44 a 67%	78 a 100%

	de alimentos, 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}	0 a 33%	44 a 67%	78 a 100%
	b) Banheiros adaptados para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida;				
	c) Rota acessível ao banheiro;				
	d) Rota acessível aos dormitórios e espaços de uso coletivo;				
	e) Equipamentos Mobiliário/materiais adequados para pessoas com deficiência 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 específico;				
	g) Banheiros adaptados para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida , conforme regulamento específico;				
	h) Rota acessível ao banheiro, conforme regulamento específico;				
	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/	0 a 20%	40 a 60%	80 a 100%
	b) Presença de materiais pedagógicos e culturais;				
	c) Presença de materiais esportivos;				

	d) Presença de jogos educativos e de passatempo;	5)*100}			
	e) Presença de televisão;				
16 Perfil social da instituição <sup>a</sup>	a) Presença de convênio ou termo de parceria com o poder público;	{(Número de variáveis com respostas afirmativas/4)*100}	0 a 25%	50 a 75%	100%
	b) A instituição é de natureza governamental;				
	c) A instituição está inscrita no conselho dos direitos das pessoas idosas;				
	d) <del>A instituição recebe provisão de algum ente público para estrutura física, RH, equipamentos/materiais ou transporte;</del>				
	e) 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 pessoa idosas residentes na ILPI/ capacidade máxima da ILPI)*100}	>100%	<85%	85 a 100%
	b) Capacidade máxima para atendimento.				
Dimensão 7: Comunicação					
18 Abertura ao diálogo	a) A unidade organiza ou promove discussões com as pessoas idosas sobre as rotinas da unidade;	{(Número de variáveis com respostas afirmativas/2)*100}	0%	50%	100%
	b) A unidade realiza reuniões com os familiares das pessoas idosas.				

Legenda:

a)O indicador 16 sofreu alteração em relação ao estudo validado por Guimarães *et al.*(2021), 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. A fórmula de cálculo foi readequada, com o denominador alterado para 4.

Fonte: Autor, 2021

**ANEXOS**



## ANEXO A – Parecer do Comitê de ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Avaliação da qualidade do cuidado em instituições de longa permanência para idosos

**Pesquisador:** RAQUEL CONCEIÇÃO FERREIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 84042618.0.0000.5149

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.143.674

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de de emenda a projeto de pesquisa descrita no formulário de informações básicas que tem como objetivos:

- 1) Inclusão das pesquisadoras Andrea Maria Duarte Vargas e Maria Inês Barreiros Senna na equipe;
- 2) Inclusão de um objetivo específico: Avaliar a qualidade do cuidado nas ILPI brasileiras com base em dados secundários do Censo SUAS. [O que não inclui alteração na metodologia]. Os dados utilizados para cálculo dos indicadores são de acesso público;
- 3) Alteração do título para Avaliação da qualidade do cuidado nas instituições de longa permanência para idosos, por ser mais abrangente e representar todos os objetivos do estudo.

#### Objetivo da Pesquisa:

Conforme o formulário de informações básicas atual:

#### Objetivo Primário:

Realizar uma avaliação normativa da estrutura e das atividades desenvolvidas nas ILPI com foco no cuidado em saúde das pessoas idosas institucionalizadas no município de Belo Horizonte.

Avaliar a qualidade do cuidado nas instituições de longa permanência para idosos no Brasil com base nos dados do Censo SUAS.

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

## ANEXO B – Questionário Unidades de Acolhimento

**As informações declaradas pelo agente público neste questionário possuem Fé Pública e constituem registros administrativos do Sistema Único de Assistência Social. O fornecimento de informações inverídicas sujeita o agente responsável a sanções administrativas, civis e penais.**



### CENSO SUAS 2018

#### Questionário Unidades de Acolhimento

RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

O questionário eletrônico das Unidades de Acolhimento (Abrigos, Casas-lares, Casas de passagem, entre outros) deverá ser preenchido pelos municípios e estados no período de **08 de outubro a 30 de novembro**.

O Órgão Gestor deverá coletar informações sobre todas as unidades que ofertam Serviços de Acolhimento vinculados à política de assistência social do município, inclusive de entidades que não possuem convênio com o poder público, mas atuam no campo da assistência. Recomenda-se que os dados sejam coletados, preferencialmente, por meio de visita às Unidades. No caso de abrigos pertencentes ao governo estadual, caberá à Secretaria Estadual coletar as informações e preencher o respectivo questionário eletrônico.

Os questionários devem sempre ser preenchidos primeiramente em papel. Dessa maneira, assegura-se que no momento de inserir os dados no sistema eletrônico todas as informações necessárias já tenham sido coletadas e validadas pelos responsáveis. Caso o estado tenha alguma dúvida e/ou necessite de algum apoio ou esclarecimento deverá entrar em contato com o MDS pelo Formulário Eletrônico de E-mail: <http://fale.mdsvector.site:8080/formulario/>, pelo 0800 707 2003, ou ainda pelos telefones 61 2030-3118, 3954, 3951 ou 3133.

O questionário em papel, assinado pelo agente público responsável pelas informações prestadas, deverá ser arquivado pelo município. Para envio das informações ao MDS, as respostas deste questionário deverão ser fielmente digitadas no sistema eletrônico no endereço <http://aplicacoes.mds.gov.br/saqi/censosuas>. O MDS recebe as informações do Censo SUAS exclusivamente pelo sistema eletrônico.

#### Senha de Acesso para preenchimento do questionário eletrônico

Para preenchimento do questionário eletrônico do CENSO SUAS 2018 os responsáveis necessitarão utilizar o *login* e a senha de acesso aos sistemas da Rede SUAS, devendo possuir o perfil de acesso ao CADSUAS ([cadsuas.municipio/](http://cadsuas.municipio/) / [cadsuas.estado](http://cadsuas.estado/)). Problemas relativos à senha de acesso poderão ser solucionados, exclusivamente, pelo telefone 0800 707 2003 ou pelo chat do MDS: <http://blog.mds.gov.br/redesuas/chat-bate-papo-com-gestor/>.



2. Esta Unidade é uma "Casa Lar em Aldeia"? Caso sim, informe quantas Casas Lares há na "Aldeia".  
(Somente responder esta questão se marcar "Casa Lar" na questão anterior)

Sim. Quantidade de Casas Lares na Aldeia:    Não

3. Indique a Natureza desta Unidade: (marcação única – caso necessário, atualize no CADSUAS)

Governamental (pule para a questão 6)  
 Não Governamental/Organização da Sociedade Civil.

4. Em caso de Entidade Não Governamental /Organização da Sociedade Civil, indique o CNPJ:

............... (caso necessário, atualize no CADSUAS)

5. Esta entidade possui convênio/termo de parceria ou outra forma de contratualização com o poder público? (Admite múltipla resposta, exceto se marcar "não" ou "não sabe informar")

Sim, com o Estado (governo estadual)  
 Sim, com o município no qual esta unidade se localiza (com a prefeitura na qual a sede da unidade se localiza)  
 Sim, com outros municípios  
 Não  
 Não sabe informar

6. Assinale o(s) Conselho(s) no(s) qual(is) a Unidade possui inscrição/registro: (admite múltipla resposta, exceto se marcar a última opção)

Conselho de Assistência Social (caso seja "governamental", não marque este item)  
 Conselho de Direitos da Criança e Adolescente  
 Conselho dos Direitos do Idoso  
 Outros. Qual? \_\_\_\_\_  
 Em nenhum Conselho

7. Dados provenientes da gestão estadual ou municipal: (marcação do sistema)

Estadual  Municipal (pule para a questão 11)

8. Em caso de unidades estaduais, esta unidade possui municípios vinculados conforme os parâmetros estabelecidos pela Resolução CIT nº 31/2013?

A Resolução CIT nº 31/2013 estabelece parâmetros para a regionalização das unidades de acolhimento. Em caso de dúvidas, entre em contato com a equipe de Proteção Social Especial ou de Vigilância Socioassistencial do seu Estado.

Sim  Não (Se Unidade Governamental, pule para questão 10; Se Não-Governamental, pule para a questão 11)

9. Por favor, informe os municípios vinculados?

1)	6)
2)	7)
3)	8)
4)	9)
5)	10)

10. Em caso de Unidade Estadual Governamental, indique como está organizada a gestão administrativa desta unidade: (Atenção! Esta pergunta só deverá ser respondida por unidades estaduais governamentais)

	Responsáveis			Não possui/Não se aplica
	Estado	Município sede	Municípios vinculados	
Provisão da estrutura física da Unidade (imóvel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Provisão de equipamentos e materiais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Provisão de recursos humanos - equipe de referência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Provisão de transporte (veículo ou ajuda de custo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**BLOCO 3 – CARACTERÍSTICAS DAS(OS) USUÁRIAS(OS)**

11. Qual a capacidade máxima para o atendimento (número de vagas) desta unidade?

|\_|\_|\_|\_| vagas (caso necessário, atualize no CADSUAS)

12. Quantas pessoas estão acolhidas na unidade neste momento (vagas ocupadas)?

|\_|\_|\_|\_| pessoas

**ATENÇÃO!**

As questões 13 e 14 se aplicam EXCLUSIVAMENTE para as Unidades de Acolhimento de Crianças/adolescentes na questão 1. (Crianças/adolescentes e Exclusivamente crianças/adolescentes com deficiência).

13. Nos últimos 12 meses, quantas crianças/adolescentes desta unidade retornaram às suas famílias de origem? (Atenção! Este valor não pode ser maior que a questão 12. Caso não tenha, marcar 0)

|\_|\_|\_| crianças/ adolescentes  Não Sabe

14. Nos últimos 12 meses, quantas crianças/adolescentes desta unidade foram encaminhadas a famílias substitutas? (Atenção! Este valor não pode ser maior que a questão 12. Caso não tenha, marcar 0)

|\_|\_|\_| crianças/ adolescentes  Não Sabe

15. Informe o sexo e faixa etária das pessoas que estão acolhidas na Unidade neste momento: (Atenção! Verifique se a soma do Total de Pessoas Acolhidas do sexo feminino e masculino registrado neste quadro coincide com o Total informado na questão 12. Caso não tenha, marcar 0)

Sexo	Quantidade de pessoas acolhidas, segundo as Faixas Etárias (anos de idade)										Total
	0 a 2	3 a 5	6 a 11	12 a 13	14 a 15	16 a 17	18 a 21	22 a 59	60 a 79	80 ou mais	
Masculino	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _
Feminino	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _

16. Indique se entre as(os) usuárias(os) acolhidas(os) nesta unidade existem pessoas idosas ou com deficiência que sejam beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada – BPC. (Atenção! A quantidade de pessoas idosas beneficiárias não pode ser maior que o total de idosos – questão 15. O total de pessoas não pode ser maior que a questão 12. Caso não tenha, marcar 0)

|\_|\_|\_| Quantidade de pessoas Idosas beneficiárias do BPC  Não sabe informar  
 |\_|\_|\_| Quantidade de pessoas com Deficiência beneficiárias do BPC  Não sabe informar

**ATENÇÃO!**

A questão 17 se aplica apenas a unidades que afirmam acolher pessoas idosas (60 anos ou mais de idade) na questão 15. E o total da questão 17 não pode ser maior que a quantidade de pessoas idosas.

17. Indique se entre as(os) usuárias(os) acolhidas(os) nesta unidade existem pessoas idosas que recebam pensão/aposentadoria. (Atenção! Marcar esta opção apenas se marcar que existe pessoas de "60 ou mais anos de idade" na questão 15. Caso não tenha, marcar 0).

|\_|\_|\_| Quantidade de pessoas Idosas que recebem pensão/aposentadoria  Não sabe informar

18. Indique se entre as(os) usuárias(os) acolhidas(os) nesta unidade existem beneficiárias(os) do Programa Bolsa Família – PBF? (Caso não tenha, marcar 0)

|\_|\_|\_| Quantidade de famílias beneficiárias do PBF  Não sabe informar

19. Qual o número máximo de usuárias/os dormindo em um mesmo dormitório?

|\_|\_|\_| pessoas

20. Das pessoas atualmente acolhidas nesta unidade, quantas delas vieram encaminhadas de outro município? *(Caso não tenha, marcar 0)*

Quantidade de pessoas que vieram encaminhadas de outro município  Não sabe informar

21. Das pessoas que estão, atualmente, nesta Unidade, informe o tempo que estão acolhidas: *(Atenção! Este total não pode ser maior que a questão 12. Caso não tenha, marcar 0)*

	Pessoas acolhidas, segundo o tempo que estão na Unidade								
	Menos de 1 Mês	De 1 a 3 meses	De 4 a 6 meses	De 7 a 12 meses	De 13 a 24 meses	De 25 a 48 meses	De 49 a 72 meses	Mais de 72 meses (mais de 6 anos)	Total de Pessoas Acolhidas
Qtd de pessoas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

22. Entre as pessoas que estão acolhidas hoje nesta unidade, quantas possuem alguma das características abaixo? *(Caso não tenha, marcar 0)*

Especificidade	Quantidade	A Unidade aceita receber pessoas com estas características	
Deficiência <i>(física/ sensorial/ intelectual)</i>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Doença Mental <i>(Transtorno Mental)</i>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Refugiada(o) / Imigrante <i>(pessoas de outro país)</i>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Travesti, Transexual, Transgênero	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Crianças e Adolescentes em cumprimento de Medidas Socioeducativas <i>(exclusivo para acolhimento de crianças/adolescentes)</i>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Trajetória de rua	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Indígenas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Outros Povos e comunidades tradicionais <i>(quilombolas, ciganos, ribeirinhos, extrativistas, etc)</i>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Egressos do sistema prisional <i>(exclusivo para acolhimento de adultos e famílias)</i>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Dependência de álcool ou outras drogas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Pessoas vítimas de tráfico de seres humanos	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

#### BLOCO 4 – SERVIÇO DE ACOLHIMENTO

23. Indique quais das atividades abaixo são promovidas sistematicamente pela Unidade: *(admite múltipla resposta, exceto se marcar a última opção)*

- Visitas domiciliares da equipe técnica da Unidade à família da(o) usuária(o)
- Reuniões com grupos de famílias das(os) usuárias(os)
- Atendimento psicossocial individualizado
- Atendimento psicossocial em grupos
- Atendimento psicossocial das famílias das pessoas acolhidas (orientação familiar)
- Palestras / oficinas
- Elaboração de relatórios técnicos sobre casos em acompanhamento
- Discussão de casos com outras(os) profissionais da rede
- Encaminhamento para retirada de documentos
- Passeios com usuárias(os)
- Promove contato e a participação da família na vida da(o) usuária(o)
- Promove atividades com participação da Comunidade
- Promove a participação das pessoas acolhidas em serviços, projetos ou atividades existentes na comunidade
- Envio de relatório semestral para o Judiciário *(exclusivo para acolhimento de criança/adolescente)*
- Acompanhamento escolar
- Organização e discussão das rotinas das Unidades com as(os) acolhidas(os)
- Não realiza nenhuma das atividades acima

**ATENÇÃO!**  
A questão 24 se aplica **EXCLUSIVAMENTE** para as Unidades de Acolhimento de Crianças/adolescentes na questão 1. (Crianças/adolescentes e Exclusivamente crianças/adolescentes com deficiência).

24. A unidade possui Projeto Político-Pedagógico (PPP)?

Sim       Não

25. A unidade mantém Prontuários de atendimento individualizados das(os) acolhidas(os)?

Sim       Não

26. A unidade faz Plano Individual de Atendimento (PIA) de cada pessoa acolhida?

Sim       Não

27. O Serviço de Acolhimento prestado nesta unidade possui orientação religiosa?

Sim       Não

28. A unidade possui critérios de sexo para admissão das(os) usuárias(os)? *(marcação única)*

Sim, apenas sexo Masculino     Sim, apenas sexo Feminino     Não possui critério de sexo para admissão

29. Em relação aos critérios de idade para admissão das(os) usuárias(os), informe:

Qual a Idade mínima para admissão:  anos       Não há idade mínima para admissão

Qual a Idade máxima para admissão:  anos       Não há idade máxima para admissão

30. Independentemente da existência de critérios de sexo e idade, a Unidade acolhe grupo de usuárias(os) com vínculos de parentesco? *(marcação única)*

Sim, sempre que há demanda  
 Algumas vezes  
 Não acolhe

31. Com que frequência são permitidas visitas de familiares e/ou outras pessoas com vínculos afetivos às pessoas acolhidas na Unidade? *(marcação única por coluna)*

	Familiares	Outras pessoas
Não é permitido receber visitas na Unidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diariamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 3 a 6 dias na semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 1 a 2 dias na semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quinzenalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mensalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apenas em algumas datas específicas do ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Quem realiza o acompanhamento das(os) usuárias(os) após o seu desligamento da Unidade de Acolhimento? *(admite múltipla resposta, exceto se marcar as últimas duas)*

A própria unidade/serviço de acolhimento       O CRAS  
 O CREAS       Outro  
 Não sabe informar *(pule para a questão 34)*       Não é realizado acompanhamento *(pule para a questão 34)*

33. Por quanto tempo, em média, a(o) usuária(o) é acompanhado após seu desligamento? *(marcação única)*

menos de 3 meses       de 7 a 12 meses  
 de 3 a 5 meses       mais de 1 ano  
 6 meses

34. Qual o tipo de articulação que esta unidade/instituição possui com estes órgãos: *(Admite múltiplas respostas, exceto se marcar 'não tem nenhuma articulação' ou 'serviço ou instituição não existente no Município')*

Órgãos, Serviços ou instituições com os quais mantém articulação	Tipo de Articulação								Não tem nenhuma articulação	Serviço ou instituição não existente no Município
	Possui dados da localização (endereço, telefone etc.)	Recebe usuárias(os) encaminhadas(os) por esta Unidade	Encaminha usuárias(os) para esta Unidade	Acompanha os encaminhamentos	Realiza reuniões periódicas	Troca informações	Realiza estudos de caso em conjunto	Desenvolve atividades em parceria		
Conselho Tutelar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CRAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CREAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centro Dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) <i>(exclusivo para acolhimento de adultos e famílias)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras Unidades de Acolhimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unidades Educacionais (creches/escolas/universidades)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serviços de Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### BLOCO 5 – ESTRUTURA FÍSICA E ÁREA DE LOCALIZAÇÃO DA UNIDADE

35. Indique se a Unidade está localizada em: *(marcação única)*

Área urbana       Área rural

36. Considerando a “vizinhança” da Unidade, a área onde ela está localizada caracteriza-se como: *(marcação única)*

Área residencial  
 Área comercial/industrial  
 Área isolada  
 Área mista – Residencial e Comercial/Industrial

37. O local onde funciona a Unidade é servido por transporte público (ônibus/trem/metrô/barcas)? *(marcação única)*

Sim, com ponto de transporte localizado a menos de 1000 metros de distância da Unidade (ou quinze minutos de caminhada)  
 Sim, com ponto de transporte localizado entre 1000 e 2000 metros de distância da Unidade (ou até 30 minutos de caminhada)  
 Não possui ponto de transporte público nas proximidades (ou exige caminhada superior a 30 minutos)

38. Descreva o espaço físico da Unidade utilizando os quadros abaixo. *(Atenção! Cada espaço/cômodo deve ser contado uma única vez! Caso o mesmo espaço/cômodo seja utilizado para mais de uma finalidade - por exemplo: Sala de Administração e Sala de Reuniões - você deve contá-lo apenas pela sua finalidade principal. Se não tiver, marcar 0)*

Espaços/Cômodos	Quantidade
Sala de Administração	<input type="text"/>
Sala para reuniões	<input type="text"/>
Sala para atendimento técnico especializado (psicóloga(o), assistente social, etc.)	<input type="text"/>
Sala de estar, de convivência ou de outras atividades de grupo	<input type="text"/>
Dormitórios para as(os) usuárias(os) acolhidas(os)	<input type="text"/>
Dormitórios para as(os) cuidadoras(es)	<input type="text"/>
Banheiros para as(os) usuárias(os) acolhidas(os)	<input type="text"/>
Banheiros exclusivos para funcionárias(os)	<input type="text"/>



Espaços	Possui?	
	SIM	NÃO
Área de recreação interna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Área de recreação externa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refeitório/Sala de Jantar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cozinha para preparo de alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Despensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavanderia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**39. Indique os equipamentos e materiais disponíveis, e em perfeito funcionamento, nesta Unidade: (admita múltipla resposta)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Geladeira   | <input type="checkbox"/> Armários de uso coletivo das(os) usuárias(os)      |
| <input type="checkbox"/> Freezer   | <input type="checkbox"/> Telefone   |
| <input type="checkbox"/> Fogão   | <input type="checkbox"/> Impressora   |
| <input type="checkbox"/> Forno/microondas                                  | <input type="checkbox"/> Equipamento de som                                 |
| <input type="checkbox"/> Máquina de lavar                                  | <input type="checkbox"/> DVD  |
| <input type="checkbox"/> Veículo de uso exclusivo                          | <input type="checkbox"/> Camas/berços.                                      |
| <input type="checkbox"/> Veículo de uso compartilhado                      | Quantas? <input type="text"/>   |
| <input type="checkbox"/> Mobiliário específico para atender crianças       | <input type="checkbox"/> Armários para guarda individualizada de pertences. |
| <input type="checkbox"/> Acervo bibliográfico (livros)                     | Quantos? <input type="text"/>   |
| <input type="checkbox"/> Materiais pedagógicos e culturais                 | <input type="checkbox"/> Televisão.   |
| <input type="checkbox"/> Materiais esportivos                              | Quantas? <input type="text"/>   |
| <input type="checkbox"/> Jogos educativos, jogos de passatempo, brinquedos | <input type="checkbox"/> Computadores ligados à Internet.                   |
| <input type="checkbox"/> Mesas para estudo                                 | Quantos? <input type="text"/>   |
| <input type="checkbox"/> Mesas de Jantar                                   |   |

**40. Descreva as condições de acessibilidade da Unidade, conforme o quadro abaixo: (marcação única por linha)**

Condições de acessibilidade	SIM De acordo com a Norma da ABNT (NBR9050)	SIM Mas não está de acordo com a Norma da ABNT(NBR9050)	Não possui
Acesso principal adaptado com rampas e rota acessível desde a calçada até o interior da Unidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rota acessível aos dormitórios e espaços de uso coletivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rota acessível ao banheiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Banheiro adaptado para pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**41. Além dos itens acima, há outras adaptações para assegurar a acessibilidade desta unidade? (Admita múltiplas respostas)**

- Sim, suporte de profissional com conhecimento em LIBRAS
- Sim, suporte de material em Braille
- Sim, suporte para leitores de telas de computador para pessoas com deficiência visual
- Sim, outras adaptações e tecnologias assistivas para deficiência física. Qual? \_\_\_\_\_
- Sim, outras adaptações e tecnologias assistivas para deficiência intelectual e autismo. Qual? \_\_\_\_\_
- Sim, pisos especiais com relevos para sinalização voltados pessoa com deficiência visual
- Não há outras adaptações

**BLOCO 6 – GESTÃO DE PESSOAS**

**42. Nos últimos 12 meses, a Unidade proporcionou ou facilitou a participação das(os) suas(seus) profissionais em capacitação sobre os seguintes temas? (múltipla escolha, exceto se marcar a última opção)**

- Deficiência
- Gênero
- População em situação de rua
- População LGBT, orientação sexual e identidade de gênero
- Álcool e outras drogas
- Diversidade étnico-racial (questão racial, comunidades indígenas, povos e comunidades tradicionais)
- Violências e violações de direitos
- Trabalho Infantil
- Criança e Adolescente
- Juventude
- Envelhecimento
- Sistema Socioeducativo/ Medida Socioeducativa/ SINASE
- Migração
- Mundo do Trabalho
- Outros. Especifique: \_\_\_\_\_
- Não proporcionou/facilitou a participação dos profissionais

**43. Nesta unidade, algum(a) profissional já participou de algum curso do CAPACITASUAS?**

- Sim, Quantas(os)?   Não

**44. A(O) coordenador(a) desta Unidade de Acolhimento: (Resposta única)**

- exerce exclusivamente a função de coordenador(a)
- acumula as funções de coordenador(a) e de técnica(o) nesta Unidade de Acolhimento
- acumula as funções de coordenador(a) com outra atividade
- não há coordenador(a) nesta Unidade de Acolhimento

45. Indique o nome, data de nascimento, sexo, CPF, RG, escolaridade, formação, profissão, vínculo, função, e carga horária semanal de cada membro da equipe desta Unidade, conforme quadros abaixo:

Nome Completo	Data de Nascimento DD/MM/AAAA	Sexo	Número do CPF	Email	Dados do RG			Escolaridade	Profissão	Vínculo	Função	Carga Horária	Início do Exercício Função (DD/MM/AAAA)
					Número	Órgão Emissor	UF						
1)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS.

Escolaridade	Profissão	Tipo de Vínculo	Função	Carga Horária
0. Sem Escolaridade	1 – Assistente Social	1. Empregada(o) Celetista do Setor Privado	1. Coordenador(a)	1. Até 10 horas semanais
1. Fundamental Incompleto	2 – Psicóloga(o)	2. Terceirizada(o)	2. Técnico(a) de Nível Superior	2. De 11 a 20 horas semanais
2. Fundamental Completo	3 – Pedagoga(o)	3. Outro vínculo não permanente	3. Cuidador(a)	3. De 21 a 30 horas semanais
3. Médio Incompleto	4 – Advogada(o)	4. Trabalhador(a) de empresa/cooperativa/entidade prestadora de serviço	4. Cuidador(a) Residente	3. De 21 a 30 horas semanais
4. Médio Completo	5 – Administrador(a)	5. Voluntária(o)	5. Auxiliar de cuidador(a)	4. De 31 a 40 horas semanais
5. Superior Incompleto	6 – Antropóloga(o)	6. Sem vínculo	6. Educador(a) Social	4. De 31 a 40 horas semanais
6. Superior Completo	7 – Socióloga(o)	7. Servidor(a)/Estatutário(a)	7. Apoio Administrativo	5. De 41 a 44 horas semanais
7. Especialização	8 – Fisioterapeuta	8. Servidor(a) Temporário(a)	8. Estagiária(o)	5. De 41 a 44 horas semanais
8. Mestrado	9 – Cientista política(o)	9. Empregada(o) Pública(o) Celetista (marque esta opção, somente se a unidade for governamental)	9. Cozinheiro(a)	6. Mais de 44 horas semanais
9. Doutorado	10 – Nutricionista		10. Motorista	
	11 – Médica(o)		11. Serviços Gerais	
	12 – Musicoterapeuta		12. Família Acolhedora	
	13 – Terapeuta Ocupacional		13. Outros	
	14 – Economista			
	15 – Economista Doméstica(o)			
	16 – Enfermeira(o)			
	17 – Analista de sistemas			
	18 – Programador(a)			
	19 – Outro profissional de nível superior			
	20 – Profissional de nível médio			
	21 – Sem formação profissional			

ATENÇÃO! As profissões de nível superior só deverão ser indicadas se a(o) trabalhador(a) for classificado na variável 'Escolaridade' em algum item a partir da opção 04, ou seja, Ensino Superior Completo, Especialização, Mestrado ou Doutorado.

**46. Indique a forma pela qual as informações deste questionário foram coletadas: (resposta única)**

- Visita do Órgão Gestor à Unidade para coletar as informações por meio de entrevista presencial  
 Envio do questionário à Unidade para preenchimento e posterior devolução ao Órgão Gestor  
 Coleta dos dados por meio de entrevista telefônica  
 Outra

**Identificação da pessoa responsável pelas informações prestadas pela Unidade:**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Cargo/Função:  Diretor(a)/Coordenador(a) da Unidade     Técnica(o) de Nível Superior da Unidade  
 Outro

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ z \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Identificação da(o) agente responsável, no órgão gestor da Assistência Social, pelas informações declaradas neste formulário:**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Cargo/Função:  
 Diretor(a)/Coordenador(a)/Responsável pela área de proteção especial no município/Estado  
 Secretária(o) Municipal/Estadual de Assistência Social ou congênere  
 Técnica(o) da Secretaria Municipal/Estadual de Assistência Social ou congênere  
 Outros

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Este formulário original, após a digitação dos dados, deve permanecer arquivado na Secretaria Municipal/Estadual de Assistência Social (ou congênere).**

**ANEXO C – Comprovante de publicação do artigo 1**

GUIMARÃES, M. R. C., FERREIRA, R. C., GIACOMIN, K. C., VARGAS, A. M. D.

**Indicators for evaluating long-term care facilities for old people: development and validation.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2020:5 23p. Acesso: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/nXd7LWKtcDSZZnmy9rwrGrN/?lang=pt>

## ANEXO D – Comprovante de submissão do artigo 2

ScholarOne Manuscripts™

MIRNA RODRIGUES GUIMARÃES ▾

Instructions & Forms

Help

Log Out

**Journal of the  
American Geriatrics Society**

Home

Author

Author Dashboard / Submission Confirmation

---

### Submission Confirmation Print

---

Thank you for your submission

---

<b>Submitted to</b>	Journal of the American Geriatrics Society
<b>Manuscript ID</b>	JAGS-1139-REV-Jun-21
<b>Title</b>	Quality of Long-Stay Institutions for the Elderly in Brazil according to geographic regions
<b>Authors</b>	GUIMARÃES, MIRNA RODRIGUES Giacomini, Karla Ferreira, Raquel Vargas, Andrea
<b>Date Submitted</b>	20-Jun-2021

---

[Author Dashboard >](#)