

**BRUNO LUÍS DE CARVALHO VIEIRA**

**QUALIDADE DO CUIDADO EM INSTITUIÇÕES DE LONGA  
PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: CRIAÇÃO E VALIDAÇÃO DE  
*INSTRUMENTO DE AUTOAVALIAÇÃO***

**Faculdade de Odontologia  
Universidade Federal de Minas Gerais  
Belo Horizonte  
2022**

Bruno Luís de Carvalho Vieira

**QUALIDADE DO CUIDADO EM INSTITUIÇÕES DE LONGA  
PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: CRIAÇÃO E VALIDAÇÃO DE  
INSTRUMENTO DE AUTOAVALIAÇÃO**

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.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Andréa Maria Duarte Vargas

**Coorientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Raquel Conceição Ferreira

Belo Horizonte  
2022

## Ficha Catalográfica

V658q Vieira, Bruno Luís de Carvalho.  
2022      Qualidade do cuidado em instituições de longa  
T      permanência para idosos: criação e validação de instrumento  
de autoavaliação / Bruno Luís de Carvalho Vieira. -- 2022.

189 f. : il.

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

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

1. Qualidade da assistência à saúde. 2. Modelos  
teóricos. 3. Instituição de longa permanência para idosos.  
4. Técnica Delfos. 5. Idosos. I. Vargas, Andréa Maria  
Duarte. II. Ferreira, Raquel Conceição. III. Universidade  
Federal de Minas Gerais. Faculdade de Odontologia. IV.  
Título.

BLACK - D047



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

**ATA DE DEFESA DE TESE DO ALUNO BRUNO LUÍS DE CARVALHO VIEIRA**

Realizou-se, no dia 08 de julho de 2022, às 14:00 horas, on line, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de tese, intitulada *QUALIDADE DO CUIDADO EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: CRIAÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DE AUTOAVALIAÇÃO*, apresentada por BRUNO LUÍS DE CARVALHO VIEIRA, número de registro 2018710944, graduado no curso de ODONTOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em ODONTOLOGIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Andrea Maria Duarte Vargas - Orientador (UFMG), Prof(a). RAQUEL CONCEIÇÃO FERREIRA (Universidade Federal de Minas Gerais), Prof(a). Karla Cristina Giacomini (Prefeitura de Belo Horizonte/MG), Prof(a). Yuri Wanderley Cavalcanti (UFPB), Prof(a). Janice Simpson de Paula (UFMG), Prof(a). ALINE ARAUJO SAMPAIO (UFMG).

A Comissão considerou a tese:

) Aprovada

) Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 08 de julho de 2022.

Prof(a). Andrea Maria Duarte Vargas ( Doutora )

Prof(a). Raquel Conceição Ferreira ( Doutora )

Prof(a). Karla Cristina Giacomini ( Doutora )

Prof(a). Yuri Wanderley Cavalcanti ( Doutor )

Prof(a). Janice Simpson de Paula ( Doutora )

Prof(a). Aline Araújo Sampaio ( Doutora )



Documento assinado eletronicamente por **Andrea Maria Duarte Vargas, Presidente de comissão**, em 08/07/2022, às 18:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **Karla Cristina Giacomini, Usuário Externo**, em 08/07/2022, às 18:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **Janice Simpson de Paula, Professora do Magistério Superior**, em 08/07/2022, às 18:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **Yuri Wanderley Cavalcanti, Usuário Externo**, em 08/07/2022, às 18:34, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **Raquel Conceição Ferreira, Professora do Magistério Superior**, em 11/07/2022, às 10:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **Aline Araujo Sampaio, Professora do Magistério Superior**, em 19/07/2022, às 10:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

---



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **1585801** e o código CRC **E13436C6**.

---

Aos meus pais ausentes, Carmen e Antônio, porém intensamente presentes e à minha irmã, Otávia, verdadeira amiga.

## AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus pela vida, saúde e inteligência e por mais esta vitória que não é somente minha.

Em especial, agradeço aos meus pais ausentes, que se foram tão cedo. Meu pai que sempre se desdobrou em meu benefício, deixando seus ideais para que eu pudesse realizar os meus.

Agradeço à minha mãe e à minha irmã pelo apoio, carinho e compreensão, mulheres fortes, aos meus tios, parentes e amigos que me incentivaram e deram força.

As minhas avós ausentes, que muito contribuíram para meu desenvolvimento, minha eterna gratidão.

Particularmente, agradeço as minhas orientadoras pelos inestimáveis ensinamentos, dedicação, paciência e confiança. A Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Andréa Maria por todos esses anos de convivência e por sempre acreditar. A Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Raquel que veio somar nesta etapa contribuindo com o aprimoramento de todo o trabalho. Sem vocês não seria possível mais esta conquista.

Agradeço à coordenação do curso, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Isabela e Prof. Dr. Mauro, pelo apoio e suporte. Ao Prof. Dr. Flávio, por não desistir. Ao Prof. Dr. Saul, pelas orientações. À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Fabiana, pelas contribuições.

A todos professores do curso pelos conhecimentos transmitidos e todos os funcionários pela dedicação. Aos colegas de sala e do curso de Auxiliar de Saúde Bucal, função tão importante para a Saúde Coletiva. Às estagiárias pelas ricas trocas de experiências.

Finalmente, agradeço à Faculdade de Odontologia da UFMG.

Aos meus companheiros da Odontologia da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte e Centro de Saúde Padre Eustáquio, por acreditarem na Saúde Pública e Educação como essenciais.

A todos participantes da pesquisa pelo altruísmo de colaborar com a ciência.

Seria impossível nomear cada um que contribuiu nesse processo, por isso a todos meu muito obrigado!

“Somos o que pensamos. Tudo o que somos surge com nossos pensamentos. Com nossos pensamentos, fazemos o nosso mundo.”

Buda



## RESUMO

O acelerado envelhecimento populacional aumenta a necessidade de cuidado de longo prazo, que deve ser avaliado para garantir melhor saúde e satisfação dos idosos, gerar comparação e influenciar a escolha das instituições de longa permanência para idosos (ILPI). Trata-se de um estudo metodológico dividido em três fases. Seus objetivos são conhecer as teorias, elaborar e validar instrumento de autoavaliação da qualidade do cuidado em ILPI. A primeira fase foi uma revisão de escopo com a pergunta: Quais os modelos teóricos têm sido utilizados para definir e avaliar a qualidade do cuidado ofertado às pessoas idosas em ILPI? Foram encontrados 1.209 artigos, 80 separados para leitura completa e 21 incluídos para análise final. A maioria dos autores, 47%, usou o modelo multidimensional, que define várias dimensões para a avaliação, desenvolvido para pessoas idosas institucionalizadas. O modelo estrutura, processo e resultados, muito usado na indústria, foi bastante encontrado. A teoria centrada na pessoa, em que a qualidade percebida pelo idoso reflete a qualidade recebida, e a centrada no ambiente de trabalho, a qual relaciona o processo de trabalho com a qualidade, foram vistas em menor número. Existem poucos modelos teóricos para embasar a construção de indicadores e modelos de avaliação, que deveriam preferencialmente ser usados para melhor aprofundamento e direcionamento da avaliação do cuidado. Na segunda fase do estudo foi elaborado e validado um instrumento para autoavaliação da qualidade do cuidado em ILPI, realizado entre março e dezembro de 2021, em três etapas. Na primeira, foi realizada a construção do instrumento baseado no modelo multidimensional de qualidade, por ser o mais abrangente, na legislação brasileira e na pesquisa bibliográfica. As dimensões utilizadas foram: ambiente, lar, cuidado, envolvimento familiar e da comunidade, equipe de trabalho e gestão. Para cada uma foram criados indicadores de avaliação. Na segunda, realizou-se a validação pela Técnica *Delphi* modificada, por meio eletrônico, com 10 *experts*, escolhidos por experiência e afinidade com o tema. Para que o indicador fosse mantido foi necessário consenso mínimo de 75%. Cada indicador foi analisado quanto à pertinência para avaliação tanto da qualidade da ILPI como da dimensão correspondente, à adequação dos objetivos, à redação e à escala de avaliação. Os *experts* puderam dar sugestões de redação e fazer comentários. Na terceira, foi realizada a avaliação do instrumento por 10 gestores, para validação final. Permaneceram 29 dos 35 indicadores divididos em seis dimensões. A terceira fase do estudo consistiu no desenvolvimento de um produto técnico, um guia para utilização do instrumento pelos coordenadores de ILPI. Pode-se concluir que a qualidade do cuidado em ILPI revelou-se multidimensional, envolvendo vários sujeitos, variando de acordo com o tempo e cultura. O instrumento pode ser utilizado para monitoramento e acompanhamento de ações das ILPI, para constante melhoria do cuidado, contínuo aperfeiçoamento e qualificação da atenção e comparação entre as ILPI.

**Palavras-chave:** Qualidade da assistência à saúde. Modelos teóricos. Instituições de longa permanência para idosos. Técnica *Delfos*. Autoavaliação. Idoso.

## ABSTRACT

### **Quality of care in Long-term Care Institutions for the Elderly: *creation and validation of a self-assessment instrument***

The future aging of the population will increase the need for better long-term care, which must be evaluated to generate the health and longevity of the elderly and influence the choice of long-term care institutions for the elderly (LTC). This is a methodological study divided into three phases. The objectives are to know the theories, elaborate and validate an instrument of self-assessment of quality of care in LTC. The first phase was a scoping review with the question: What theoretical models have been used to define and evaluate the quality of care offered to elderly people in LTC? A total of 1,209 articles were found, 80 separated for full reading and 21 included for final analysis. Most authors, 47%, used the multidimensional model, which defines several dimensions for the assessment, developed for institutionalized elderly people. The structure, process, and results model, used in the industry, was widely found. The person-centered theory, in which the quality perceived by the elderly reflects the quality received, and the work environment-centered theory, which relates the work process to quality, were seen in smaller numbers. There are few theoretical models to support the construction of indicators and evaluation models, which should preferably be used to better deepen and direct the evaluation of care. In the second phase of the study, an instrument for self-assessment of the quality of care in LTC was developed and validated, carried out between March and December 2021, in three stages. In the first, the construction of the instrument was carried out based on a multidimensional model of quality, as it is the most comprehensive, Brazilian legislation and bibliographic research. The dimensions used were environment, home, care, family and community involvement, work team and management. For each one, evaluation indicators were created. In the second, validation by the modified Delphi Technique was performed, by electronic means, with 10 experts, chosen by experience and affinity with the theme. For the indicator to be maintained, a minimum consensus of 75% was required. Each indicator was analyzed in terms of relevance for evaluating both the quality of the LTC and the corresponding dimension, the adequacy of objectives, the wording, and the evaluation scale. The experts were able to give writing suggestions and make comments. In the third, the instrument was evaluated by 10 managers for final validation. 29 of the 35 indicators divided into six dimensions remained. The third phase of the study consisted in the development of a technical product, a guide for the use of the instrument by the LTC coordinators. It can be concluded that the quality of care in LTC proved to be multidimensional, involving several subjects, varying according to time and culture. The instrument can be used to monitor and follow-up LTC actions, for constant progress in care, continuous improvement and qualification of health care and comparison between LTC.

**Keywords:** Quality of care. Theoretical models. Homes for the aged. Delphi Technique. Self-assessment. Aged.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Ano em que houve legislação com referência às instituições para acolhimento de idosos .....	20
Quadro 1 – Relação de bases pesquisadas e termos de pesquisa .....	49
Quadro 2 – Conceitos das dimensões avaliadas pelo instrumento de autoavaliação da qualidade do cuidado em ILPI.....	53

### Artigo 1

Figura 1 – Fluxo de busca e exclusão.....	65
---	----

## LISTA DE TABELAS

### Artigo 1

Tabela 1 – Estratégia de busca para as bases eletrônicas consultadas .....	62
Tabela 2 – Relação dos estudos identificando autores, local de pesquisa, tipo de estudo, objetivos, amostra e variáveis separados pelos modelos teóricos.....	66

### Artigo 2

Tabela 1 - Conceitos das dimensões avaliadas pelo instrumento de autoavaliação da qualidade do cuidado em ILPI. ....	105
Tabela 2 - Número de padrões do instrumento de autoavaliação da Qualidade do Cuidado das ILPI segundo dimensões. ....	106
Tabela 3 - Índice de Validade de Conteúdo nos 1º e 2º ciclos de validação dos padrões quanto a pertinência para avaliação da qualidade da ILPI e para avaliar a dimensão, compreensão do padrão, adequação do objetivo e da escala de avaliação. ....	107
Tabela 4 - Índice de Validade de Conteúdo na etapa de validação dos padrões nas ILPI pelos gestores quanto clareza, sua utilidade para autoavaliação e a adequação da escala para diferenciar a qualidade. ....	109
Tabela 5 - As dimensões e seus padrões de forma resumida. ....	110

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ILPI	Instituições de Longa Permanência para Idosos
LTC	Long-term Care
UN	Nações Unidas
AVD	Atividades de Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
BPC	Benefício de Prestação Continuada
SEAS	Secretaria de Estado de Assistência Social
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
PNAS	Política Nacional da Assistência Social
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
NIH	Instituto Nacional do Envelhecimento
EUA	Estados Unidos da América
SUS	Sistema Único de Saúde
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
VES-13	Vulnerable Elders Survey 13
CBD	Care By Design
COVID	Coronavirus Disease
MDS	Minimal Data Set
SHARE	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
SCES	Sheltered Care Environment Scale
QAI	Quality Assessment Index
TESS	Therapeutic Environment Screening Scale
QPP	Quality from Patients' Perspective
IOQ	Indicadores Observáveis da Qualidade do Cuidado nas ILPI
RAI	Resident Assessment Instrument
MALFA	Maryland Assisted Living Functional Assessment to Establish a Plan of Care

PRISMA-ScR	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews
PCC	População, Conceito e Contexto
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MESH	Medical Subject Headings
QUALIFICA ILPI	Instrumento de Autoavaliação da Qualidade do Cuidado para ILPI
MAU	Multiattribute Utility
QIC	Observable Indicators of Nursing Home Care Quality
OSCAR	On-Line Survey, Certification, and Reporting System
HCFA	Health Care Financing Administration
LTCF	Long-term Care Facility
QoL	Quality of Life
ASCOT	Adult Social Care Outcomes Toolkit
RAF	Regulation, Assessment, Follow-up
CHSRA	Center for Health Systems Research and Analysis
PSC	Patient Safety Culture
PELI	Preferences for Everyday Living Inventory
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
FAPEMIG	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
RT	Responsável Técnico
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
DASH	Dietary Approaches to Stop Hypertension
POP	Procedimento Operacional Padrão
OMS	Organização Mundial da Saúde
MS	Ministério da Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	15
1.1 Iniciativas para o envelhecimento saudável .....	18
1.2 Arcabouço jurídico para proteção da pessoa idosa no Brasil.....	20
1.3 As instituições de longa permanência para idosos .....	22
1.4 Saúde dos idosos .....	26
1.5 Atenção à saúde em ILPI.....	32
1.6 Cuidadores .....	33
1.7 Qualidade do cuidado .....	36
1.7.1 Qualidade do cuidado no Brasil.....	41
1.8 Instrumentos para medir qualidade .....	42
1.9 Tendências .....	44
1.10 Justificativa para o estudo .....	45
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	46
2.1 Objetivo geral .....	46
2.2 Objetivos específicos .....	46
<b>3 METODOLOGIA EXPANDIDA</b> .....	47
3.1 Fase 1 .....	47
3.1.1 Questão de pesquisa .....	48
3.1.2 Critério de elegibilidade.....	49
3.1.3 Estratégia de busca.....	49
3.1.4 Identificação de estudos relevantes e extração de dados.....	51

3.2 Fase 2.....	51
3.3 Fase 3.....	56
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>56</b>
4.1 Artigo 1.....	57
4.2 Artigo 2.....	89
<b>5 PRODUTO TÉCNICO .....</b>	<b>111</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>124</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>125</b>
<b>APÊNDICE A - Instrumento De Autoavaliação Da Qualidade Do Cuidado Em ILPI.....</b>	<b>154</b>
<b>ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética .....</b>	<b>176</b>
<b>PRODUÇÃO DURANTE DOUTORADO.....</b>	<b>179</b>



## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Nos últimos anos, um processo de envelhecimento populacional acelerado vem ocorrendo no Brasil. Em 2013, os idosos representavam cerca de 8,4% da população brasileira e a estimativa era de que em dez anos essa população crescesse 50% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013). No entanto, pesquisa realizada em 2019 já encontrou 15,7% de pessoas com 60 anos ou mais, número maior que a estimativa (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020). Esse crescimento populacional de idosos tem sido superior e mais rápido que da média mundial, em que, segundo projeções das Nações Unidas (UN), a população idosa representava 8,0% em 1950, chegaria a 13,5% em 2020 e chegaria a 28,2% em 2100 (DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS, 2019).

Esse crescimento do número de idosos faz parte do que se chama de transição demográfica, teoria que relaciona o desenvolvimento da sociedade e a quantidade de pessoas em grupos etários. Segundo ela, há uma tendência do envelhecimento da população devido a diversas mudanças tanto na dinâmica econômica como na familiar, e, também, pela queda na fertilidade, muito relacionada ao elevado custo de vida, ao planejamento do número de filhos e o aumento da escolaridade (CALDWELL *et al.*, 2006).

No Brasil, o Estatuto do Idoso considera idosas as pessoas de idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2003). Embora, o conceito de idoso baseado na idade cronológica seja o mais utilizado, os processos de envelhecimento não são regulados somente pelo tempo cronológico (BAARS, 2020; CHALISE *et al.*, 2019). Por isso, a utilização do tempo para calcular a idade cronológica deve ser feita com muita cautela. Este critério, amplamente utilizado nas sociedades contemporâneas para regular todos os tipos de processos relacionados a pessoas cronologicamente idosas (BAARS, 2020), varia segundo diferenças de expectativa de vida encontradas em diferentes países. O limite etário mais comum para definir a pessoa idosa é o de 60 ou 65 anos e mais. Quando essa idade é atingida, espera-se uma expectativa de vida adicional em torno de 15 anos (SANDERSON *et al.*, 2018).

Em todo o mundo, considerando os idosos acima de 80 anos, estima-se um número aproximado de 426 milhões em 2020, saltando para 881 milhões em 2100

(DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS, 2019). Com relação aos idosos dependentes, estima-se o aumento de 350 milhões, em 2010, para 488 milhões, em 2030 (PRINCE *et al.*, 2013, 2016).

Para explicar e tentar quantificar o envelhecimento, existem diferentes aspectos como os fatores biológicos, psicológicos, sociais e funcionais (BAARS, 2020; CHALISE *et al.*, 2019). O envelhecimento biológico é um processo multifatorial regulado por mecanismos bioquímicos e moleculares inter-relacionados. O comprometimento de algum desses mecanismos inicia um círculo vicioso que pode levar ao envelhecimento prematuro (KUMAR *et al.*, 2021).

O envelhecimento psicológico envolve mudanças na memória, aprendizado, inteligência, personalidade e enfrentamento às dificuldades do cotidiano. Uma pessoa idosa mentalmente, porém ativa e capaz de lidar com novas situações, pode ser considerada psicologicamente jovem. O envelhecimento social refere-se a mudanças nos papéis e relacionamentos à medida que envelhecemos. Não é incomum que pessoas mais velhas ganhem novos papéis, como se tornar avós; ou mudar de função, como de funcionário para aposentado. Com as mudanças de papéis, a sociedade pode esperar que as pessoas se comportem de diversas maneiras de acordo com o significado do envelhecimento para cada indivíduo, e isso pode ser uma experiência positiva ou negativa. Já o envelhecimento funcional está relacionado a como as pessoas se comparam psicologicamente com outras de idade semelhante, podendo ser consideradas mais jovens ou mais velhas (CHALISE *et al.*, 2019).

Existem muitas análises sobre o envelhecimento, que têm suas próprias propriedades dinâmicas. No decorrer desse processo o tempo cronológico deve funcionar como um instrumento e não deve ser o único fator a ser avaliado (BAARS, 2020). Por consequência, considerar um único limite de idade para todo um país parece injusto: embora a expectativa de vida tenha aumentado, as condições de vida em muitas áreas permanecem precárias, tornando as expectativas de vida bem inferiores à média do país. Fatores como violência, desemprego, fome, pobreza e as desigualdades sociais influenciam o envelhecimento e, sendo diferentes entre regiões de um mesmo país, favorecem múltiplas expectativas de vida no Brasil (LIMA; MENDES, 2020).

Outros fatores, dentro do mesmo período histórico, como diferentes contextos culturais, gênero, códigos genéticos, histórias médicas, escolhas ou

destinos individuais mostraram estar estatisticamente associados a diferentes processos de envelhecimento (BAARS, 2020). Estes fatores também refletem na expectativa de vida de uma população. Como se pode esperar, a pandemia pelo COVID-19 a influenciou de forma negativa no Brasil (CRISTINA; LEONOR, 2022; SILVA; DUARTE; TERRA, 2021). Análises em escala global, com inclusão de vários países mostraram perda da expectativa de vida, em alguns anos. O tempo perdido foi conquistado de forma lenta, durante um período de 5 anos. De uma forma geral, em vários países, a expectativa de vida está menor do que era em 2015, possivelmente influenciada por crise financeira e aumento das desigualdades sociais (ABURTO *et al.*, 2022; ISLAM *et al.*, 2021; LIMA; MENDES, 2020).

Pode-se esperar, dessa forma, que cada pessoa tenha um processo de envelhecimento diferente, assim é possível envelhecer com algum grau de dependência, da necessidade da ajuda de terceiros, por questões sociais, por deficiências físicas, osteomusculares ou por adoecimento mental (MINAYO, 2021). Existem outras formas de avaliar a independência, pela comparação das capacidades das atividades de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD), detalhadas na seção Saúde dos Idosos (HOOGENDIJK *et al.*, 2019). Outros fatores utilizados para explicar o aumento da dependência de idosos são o aumento da longevidade, das doenças crônicas e da baixa atividade cardiovascular. No Brasil, o idoso dependente não tem muita visibilidade e conseqüentemente acesso a políticas mais inclusivas, sendo que quanto maior a gravidade da dependência, maior o grau de exclusão desse idoso (KARSCH, 2003; PATERSON *et al.*, 2004).

Esta situação pode ser melhor entendida pelos estudos de Foucault, filósofo francês, que considera que o Estado tem a função de proteger a vida e com esse propósito exercer o controle sobre a população. Ele teorizou a função do Estado e as formas utilizadas para manutenção do seu poder. Para esse controle, é necessário conhecer a população e para isso são realizadas estimativas, estatísticas, medições globais. Quando necessário são realizadas intervenções com o objetivo de aumentar a qualidade da vida e o controle de acidentes. Ao potencializar a vida há o fortalecimento da capacidade produtiva e por conseqüência fortalecimento do Estado (SEIXAS, 2020; FOUCAULT, 2005). Essa relação foi denominada biopoder, tem origem na segunda metade do século XVIII. Anterior a esse período, o poder poderia ser definido por “causar a morte ou deixar viver”, mas foi se modificando e pode ser identificado por “fazer viver e deixar morrer” (FOUCAULT, 2005; PAIVA; VILELA;

SANTOS, 2022). No entanto, para entender como um Estado que defende a vida pode deixar morrer é necessária a análise de outra questão, o racismo de Estado, que é uma tecnologia de poder para eliminar os indesejáveis ou inúteis. A justificativa utilizada é a manutenção do equilíbrio e bom funcionamento de toda sociedade (SEIXAS, 2020). Essa tecnologia é utilizada como dispositivo de segurança de Estados liberais ou neoliberais. A distribuição desigual de riscos e vulnerabilidade expõe os idosos, que não mais produzem, e que podem, segundo essa teoria, ser prejudiciais ao Estado, que não tem mais o interesse de protegê-los (SEIXAS, 2020; OLIVATO, 2001).

Mas o papel do Estado para proteção da pessoa idosa é muito importante. No Brasil, o modo de envelhecer, com o idoso junto a família, vem se modificando. Com o menor número de nascimentos e todos os membros da família trabalhando fora do lar, existe uma escassez de possíveis cuidadores domiciliares que poderiam cuidar dos idosos dependentes. Nesse caso há maior necessidade de apoio de vizinhos, da sociedade civil e do Estado. Investimentos na prevenção de doenças, acompanhamento e suporte a essa população idosa, especialmente a mais vulnerável, são necessários e urgentes (MINAYO, 2019).

### 1.1 Iniciativas para o envelhecimento saudável

Uma das ações que merece atenção é o documento Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030 da Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020), que visa reunir governo, sociedade civil, agências internacionais, profissionais, academia, mídia e setor privado para que, no período de 10 anos de ações conjuntas, seja possível melhorar a vida das pessoas idosas e suas famílias. Conforme já pontuado, o aumento da população idosa no mundo se deve pelas melhorias dos recursos de saúde e avanços no desenvolvimento social e econômico, apesar de grandes iniquidades e variações mundiais de expectativa de vida persistirem.

Os princípios que guiam a Década do Envelhecimento Saudável são o desenvolvimento de forma integrada dos objetivos com participação dos integrantes, de forma inclusiva (todos os setores da sociedade), utilizando parcerias de forma universal (com todos os países). Serão propiciadas oportunidades para investimentos para a promoção ao envelhecimento saudável, envolvendo saúde e assistência social

para inclusão da pessoa idosa na sociedade; novas tecnologias e envolvimento de vários grupos da sociedade. Os objetivos são erradicar a pobreza, a fome, gerar boa saúde e bem-estar, educação de qualidade, propiciar igualdade de gênero, emprego digno, crescimento econômico, inclusão digital, redução das desigualdades, criar cidades e comunidades sustentáveis, além de prevenir a discriminação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

As áreas de ação da Década do Envelhecimento Saudável, de forma resumida, propõem mudar a forma como sentimos e agimos com relação ao envelhecimento, reconhecendo a autonomia e independência da pessoa idosa; permitir que as comunidades promovam as capacidades das pessoas idosas, com ambientes amigáveis, troca de informações e intercâmbio de experiências; entregar cuidados de atenção primária centrados na pessoa idosa, com melhor cuidado e estímulo a manutenção e melhoria da sua capacidade; propiciar acesso a cuidados de longo prazo a pessoas idosas que necessitem. Existe uma série de documentos e tutoriais para apoiar e instruir a consolidação e melhoria dessas áreas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Segundo Lloyd-Sherlock *et al.* (2019), os países de baixa e média renda, como é o caso do Brasil, poderiam se beneficiar dessas diretrizes e tentar superar o paradigma da distinção entre provisão de serviços de saúde e cuidados sociais para os idosos fragilizados e encarar de vez a realidade e as demandas trazidas pelo envelhecimento populacional.

Dentre essas demandas, o cuidado de longa duração passa a ser incluído como parte de uma política de envelhecimento saudável, diferente de como tem sido visto até agora. Do ponto de vista antropológico, entrevista com idosos participantes da coorte de Bambuí sobre a compreensão da dinâmica da incapacidade, verificou que, para eles, é “não dar conta” e dependência de cuidados é “dar trabalho” (PEREIRA; FIRMO; GIACOMIN, 2014). Para eles “dar trabalho” é pior do que morrer (GIACOMIN; SANTOS; FIRMO, 2013).

Por sua vez, Billé e Martz mostraram que uma “tirania do envelhecer bem” caracteriza a nossa cultura contemporânea, tornando a velhice uma experiência pautada por uma nova angústia. Ou seja, haveria hoje, o dever de envelhecer bem, tal como é uma obrigação trabalhar bem, portar-se bem etc. (2010, p. 85).

## 1.2 Arcabouço jurídico para proteção da pessoa idosa no Brasil

A legislação brasileira que trata do idoso e sua saúde envolve inúmeras leis e portarias. Algumas delas serão citadas, quando foram instituídas, em ordem cronológica, sendo que muitas foram atualizadas após sua criação. Não há a pretensão de se esgotar o assunto, que é muito vasto e fica em constante transformação. Será dada atenção a aspectos que se referem às Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) e direitos dos idosos (PINTO; SIMSON, 2012; MINAYO *et al.*, 2021). A Figura 1 ilustra o ano em que foram criadas legislações mais específicas sobre instituições para idosos.

Figura 1 – Ano em que houve legislação com referência às instituições para acolhimento de idosos



Iniciando pela própria Constituição da República, de 1988, que considera saúde e educação como direito de todos e dever do Estado e, especificamente quanto ao suporte aos idosos, que deve ser da família, do Estado e da sociedade, de uma maneira conjunta.

Em 1989, a Portaria nº 810 do Ministério da Saúde aprovou as normas para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos, a serem observadas em todo o território nacional. Nela estão disposições sobre estrutura física, profissionais necessários, diretor técnico e alvará.

Em 1993, a Lei nº 8.742, Lei Orgânica da Assistência Social, previu proteção aos idosos com direito a um salário-mínimo mensal, o chamado Benefício

de Prestação Continuada (BPC), devendo ser comprovado que ele nem a família têm recursos para o seu sustento.

A Política Nacional do Idoso no Brasil, Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, considera que é do Estado, sociedade e família a responsabilidade para assegurar ao idoso sua cidadania, bem como garante prioridade dessa população à vida, saúde, alimentação, dentre outros. O atendimento ao idoso deve ser realizado de modo interprofissional.

A Portaria nº 2.874, de 30 de agosto de 2000, da Secretaria de Estado de Assistência Social (SEAS) à época, do então Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), estabeleceu as novas modalidades casa lar, república, centro dia, centro de convivência e atendimento domiciliar para o idoso. Tais formas buscam transferir para a família o centro da atenção ao idoso estimulando sua autonomia e independência.

Com relação aos princípios de trabalho dessas unidades, a Portaria nº 73, de 10 de maio de 2001, da SEAS, instituiu as Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil para regulamentar a Política Nacional do Idoso.

Finalmente, dois anos depois, foi instituído o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, considerado um avanço por regulamentar princípios da Constituição Federal. O Estatuto faz referência às ILPI, com requisitos, princípios, regras e fiscalização. Esta última vincula-se a ILPI à Vigilância Sanitária, ao Conselho Municipal da Pessoa Idosa e ao Ministério Público. Cria-se a prioridade do idoso no atendimento e recebimento de recursos. Realça a família como principal cuidadora, com a participação de outras gerações no convívio. Os direitos são realçados, como direito à vida, educação, lazer, saúde, dentre outros.

Na tentativa de materializar as diretrizes da Lei Orgânica da Assistência Social, foi lançado, em 2004, um documento para aumentar a publicidade da Política Nacional da Assistência Social (PNAS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), cujo desenho de organização é em todo o território nacional e funciona de forma descentralizada e participativa. O SUAS e a PNAS foram criados pela Lei Orgânica da Assistência Social. A PNAS normatiza que a ILPI se enquadra em serviço especial de alta complexidade, por oferecer cuidado integral ao idoso, e estabelece que centros de convivência ao idoso devem ser criados (BRASIL, 2004).

No que diz respeito às ILPI, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) lançou a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 283, de 26 de

setembro de 2005, para detalhar critérios de fiscalização, com normas gerais de funcionamento, indicadores de notificação e comunicação obrigatória de eventos sentinela nas ILPI. Tais orientações devem ser seguidas pelos estados, municípios e Distrito Federal.

Com o avançar de novas formas de atenção à saúde da população, foi lançada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, que estabelece normas para a Estratégia de Saúde da Família, com conceitos de território, abrangendo a população residente em diferentes espaços comunitários, sendo, portanto, incluída a ILPI como parte do território que necessita de assistência, além da saúde do idoso ser uma das estratégias para operacionalizar a atenção básica. No mesmo ano, foi lançada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, que enfatizou o envelhecimento ativo e saudável, com a atenção interdisciplinar, integral e com respeito e valorização do idoso, por meio do estímulo a pesquisas e capacitação de profissionais para lidar com esse grupo etário.

A nova RDC, Resolução nº 502, de 27 de maio de 2021, foi publicada com quase o mesmo conteúdo de 2005, com mudanças na forma de apresentação. Segundo explicação do própria ANVISA, várias RDC foram consolidadas e publicadas para adequação técnica legislativa e à redação. Não houve mudança quanto ao mérito da norma.

Importa salientar que as leis não são capazes de alterar o ser humano, mas este é capaz de modificar-se, com novos valores e transformando-os em leis. O Estatuto do Idoso se destaca, mas esses direitos serão assegurados somente se a sociedade permitir o resgate da cidadania das pessoas que contribuíram para a construção do nosso país (SILVA, 2005).

Nesse sentido, é importante conhecer como são regidas as instituições de longa permanência para idosos.

### 1.3 As instituições de longa permanência para idosos

Segundo as RDC de 2005 e 2021, citadas anteriormente, as ILPI são instituições, que podem ser governamentais ou não, com caráter residencial coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, tendo ou não suporte familiar, assegurados liberdade, dignidade e cidadania. Dentre outras funções, deve propiciar



o exercício de direitos humanos dos seus residentes, garantindo a liberdade de credo e de ir e vir, num ambiente de respeito e dignidade. Deve promover a convivência interna e com pessoas de outras gerações, incentivando a participação da família e comunidade, estimulando a autonomia, promovendo lazer e coibindo qualquer tipo de violência (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2021).

De modo semelhante, o Instituto Nacional do Envelhecimento (NIH) dos Estados Unidos da América (EUA) nomeia as ILPI como uma variedade de serviços pessoais e de saúde durante um curto ou longo período. Esses serviços ajudam os residentes a viver de modo independente e autônomo desempenhando suas funções no dia a dia. Envolvem diferentes locais, podendo ser a casa da pessoa ou um espaço na comunidade, bem como diferentes tipos de cuidadores, que podem ser familiares e amigos que não recebem para isso. Há planos de saúde que funcionam como um seguro, quando necessário pagam a ILPI, ou esta pode ser paga em parte pelo governo caso a pessoa não tenha condições (UNITED STATES OF AMERICA, 2017a).

No entanto, não há um consenso na literatura internacional para definição de ILPI. Os termos usados variam muito. Segundo pesquisa de Sanford *et al.* (2015), o mais encontrado é *nursing home*, mas vários outros termos são utilizados com o mesmo sentido, como *subacute-care facility*, *long-term care facility*, *rehabilitation hospital*, *skilled nursing facility*, *assisted living facility*, *home care*, *geriatric hospital*, *hospice home*. Países como Estados Unidos e Holanda utilizam o serviço de reabilitação e transição entre o hospital e a casa, as chamadas *long-term care facilities*. Algumas são chamadas *long-term care* e oferecem apenas quartos sem muita assistência, mas auxílio à medicação e com cuidados para a saúde. Após estudo das acepções encontradas em artigos científicos, os autores sugeriram a definição de ILPI, de um modo geral, como um serviço que fornece apoio e cuidado 24 horas para pessoas que tenham necessidade de suporte em AVD, tenham muitas morbidades e vulnerabilidade. A residência pode ser breve, para reabilitação, ou longa, sendo possível oferecer cuidados paliativos, de saúde mental e para o final de vida. Em geral oferecem suporte à saúde, socialização e atividades físicas com profissionais habilitados (SANFORD *et al.*, 2015).

Atualmente na Europa, de um modo geral, o gasto com ILPI gira em torno de 1,6% do produto interno bruto, havendo propensão de aumento de 70% das despesas, com ILPI, no período de 2016 a 2070 (SPASOVA *et al.*, 2018). Estudo

comparando ILPI sugere que Dinamarca e Suécia têm as mais altas taxas de qualidade em ILPI. Os fatores em comum são o financiamento universal utilizando mais de 4% do produto interno bruto e, também, o incentivo para permanência dos idosos em casa (DYER *et al.*, 2019). Há projeções de crescimento de investimento em ILPI dos anos 2000 a 2050, na Alemanha, Itália, Espanha e Reino Unido; onde é esperado um aumento de mais do que o dobro do que era gasto em 2006 (COMAS-HERRERA *et al.*, 2006).

No Japão, em 1961, foi instituído o sistema universal de saúde para cuidado médico. Em 2000, o sistema foi estendido às ILPI para idosos acima de 65 anos, com baixa renda e sem suporte familiar, ou acima de 40 anos se portadores de doenças que precisam de cuidados maiores. Devido aos custos crescentes, estudos vêm sendo feitos para integrar o serviço médico, cuidadores, setor informal e organizações sem fins lucrativos e, assim, mitigar esses gastos (IWAGAMI; TAMIYA, 2019). Similarmente ao sistema japonês, a Coreia do Sul financia as ILPI via seguro social, e os critérios de admissão são os mesmos. Na Alemanha também a contribuição do seguro social é usada para custear as ILPI, mas os requisitos de inclusão são por doenças e não por idade (RHEE; DONE; ANDERSON, 2015).

No Canadá, as ILPI não fazem parte do serviço médico universal. Grandes variações ocorrem que vão desde ILPI privadas, sem fins lucrativos, financiadas pela província ou pelo residente (HIRDES, 2002; MARTIN, 2018). Nos Estados Unidos as ILPI atendem de forma particular, ou mediante seguro saúde, como um convênio que o usuário paga. Para os que não têm renda adequada para pagar, existe o *Medicaid*, um programa governamental que realiza o pagamento das despesas com ILPI. Esse programa varia em cada Estado, normalmente cobre o custo total, mas o residente precisa repassar todo seu salário, exceto se tiver cônjuge fora da ILPI, que poderá ficar com a renda. O programa oficial do governo para saúde, *Medicare*, não cobre o pagamento das ILPI (UNITED STATES OF AMERICA, 2017b).

Nos países nórdicos da Europa há tendência a não institucionalização com ênfase no cuidado em casa (SPASOVA *et al.*, 2018). O estímulo para o idoso permanecer em casa ocorre também no Uruguai, onde há um sistema financiado pelo Estado para aqueles indivíduos que não têm condições de pagar, onde há o pagamento ao idoso e ao cuidador (MATUS-LOPEZ; PEDRAZA, 2016).

Apesar do aumento de necessidades de saúde nos mais idosos, pesquisa nos Países Baixos constatou que, mesmo assim, a institucionalização diminuiu,

comparando períodos entre 1996-1999 e 2006-2009. Provavelmente devido ao aumento de tecnologia para suporte ao idoso e presença de acompanhantes ou cuidadores em casa (ALDERS; COMIJS; DEEG, 2017; ANTTONEN; KARSIO, 2016). Contudo no Brasil, considerando-se a idade do idoso, uma análise de 24 anos das tendências de institucionalização verificou que cada vez mais há um aumento da média de idade de admissão de idosos em ILPI, o que demonstra melhoria de nível socioeconômico, saúde e expectativa de vida (VIANA *et al.*, 2015). Porém, apenas cerca de 0,5% da população idosa permanece em ILPI no Brasil, já em outros países essa taxa apresenta números mais elevados, como nos Estados Unidos (9%) e França (6%), onde maior parte da população acima de 85 anos encontra-se em ILPI (LAFFON DE MAZIÈRES *et al.*, 2017).

A institucionalização dos idosos no Brasil não acompanha o crescimento populacional, sendo menor que este. Em 2011, segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), existiam no Brasil 3.548 ILPI. Elas estão concentradas na Região Sudeste do país e nas maiores cidades, sendo 65% delas filantrópicas. De acordo com dados do Censo SUAS, em 2019, os serviços de acolhimento para idosos que recebiam recursos públicos contavam com 1.784 unidades. Esse serviço pode ser ofertado por diferentes modalidades, as ILPI (mencionadas anteriormente), casa lar (atendimento em unidade residencial com profissionais habilitados) e república (para idosos que tem independência em suas atividades de vida diária), sendo considerados, no país, abrigos institucionais. A capacidade de atendimento em 2017 era de 71.277 vagas, com ocupação de 63.380, média de 43 idosos por instituição (BRASIL, 2020).

Com relação ao financiamento, existem muitas diferenças, mas, em comum, buscam-se maneiras de tentar controlar o custo elevado das ILPI e evitar a institucionalização, seja preventivamente, melhorando a saúde das pessoas com independência, ou pelo incentivo de cuidadores no domicílio. O principal recurso financeiro vem do valor pago pelos próprios residentes e familiares, 57%. O financiamento público corresponde a 20%. Por volta de 12% são recursos próprios dessas ILPI. O Estado contribui também com serviço médico e medicamentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Existem ainda parcerias com associações religiosas e universidades. (CAMARANO; KANSO, 2010). Todavia a institucionalização aparece como a última opção, ocorrendo normalmente quando o idoso não tem família ou esta não se encontra em posição de cuidar dele (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA

APLICADA, 2011). Outros fatores que contribuem, geralmente estão ligados a dificuldades financeiras da família, saúde debilitada do idoso ou do cuidador, ausência de cuidador em domicílio, mudança da dinâmica familiar com a necessidade de trabalho por todos os moradores e conflitos familiares (ARAÚJO *et al.*, 2013). Ainda existe preconceito e associação negativa à ILPI, o que deveria ser modificado porque é um serviço útil, principalmente com o contínuo envelhecimento populacional (FAGUNDES *et al.*, 2017).

#### 1.4 Saúde dos idosos

Para analisar a saúde dos idosos é importante salientar que ela é afetada desde a infância, onde fatores estressantes, maus tratos dos pais e pobreza tendem a ocasionar maiores taxas de morbidade e mortalidade por doenças crônicas na velhice (KANG; MENG; MILLER, 2011). Não há evidências que pessoas idosas hoje tenham uma saúde melhor que suas gerações anteriores, no entanto, certamente uma saúde boa contribuiu para uma vida mais longa. Mulheres idosas vivem mais, porém têm menor condição econômica, consequência da desigualdade de salários e oportunidades durante a vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). As condições econômicas do idoso também afetam a qualidade de vida, a independência na comunidade e o convívio da família, sendo que esta muitas vezes é dependente financeiramente do idoso e permanece com ele por questões econômicas (CALDAS, 2003).

Estudos sobre o envelhecimento saudável, ou envelhecimento bem-sucedido, consideram o envelhecimento como um processo que resulta de uma construção multidimensional com facetas interligadas. Envolve saúde física, habilidade física (AVD), bem-estar, cognição, convívio social e segurança socioeconômica, bem como o bem-estar subjetivo (KLEINEIDAM *et al.*, 2019). O envelhecimento saudável parte do conceito de envelhecimento ativo, que envolve a saúde geral, participação (no processo político e em aspectos da vida comunitária) e segurança para alcançar qualidade de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Na visão dos idosos envelhecer de forma saudável envolve ser otimista, ter fé, manter relações com a família, amigos e companheiros e, ainda, poder ajudar outras pessoas (TAVARES *et al.*, 2017).

Pessoas que envelhecem de forma saudável são parte integrante da família, fortalecendo a sociedade, mas pessoas que têm a saúde debilitada sofrem de isolamento social e influenciam de forma negativa a sociedade. O envelhecimento saudável é entendido, de modo geral, como a manutenção da habilidade funcional (capacidades físicas e mentais), em seu ambiente e na sociedade. Visto de outra maneira, o envelhecimento saudável é entendido, de modo geral, como o lado bom e a pessoa que demanda cuidados, vista de forma negativa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Na medida em que a longevidade se tornou um indicador dominante da saúde de uma população, o que deve acontecer: envelhecer de modo ativo ou viver muitos anos? A negação da demanda do cuidado, frente a outros valores como a dignidade e a liberdade dos indivíduos fere a humanidade. A ideologia de prevenção e da busca pelo risco zero faz parte do envelhecer bem, na perspectiva de evitar ou negar a possibilidade de cuidado. Isso talvez explique a recusa em enxergar a população idosa que demanda cuidados e, de modo especial, aquela institucionalizada. O risco de demanda de cuidado ultrapassa o indivíduo e a desigualdade social é nossa marca e alcança a qualidade do cuidado institucional (GIACOMIN, SANTOS e FIRMO, 2013; PEREIRA; FIRMO; GIACOMIN, 2014).

Uma das formas de verificar a independência, a capacidade física, é normalmente medida pelo índice Katz, que avalia as AVD (tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, comer, deitar-se e levantar-se da cama/cadeira e incontinência urinária e fecal) (KATZ *et al.*, 1970). Em idosos, estudos demonstram prevalência de 34% de necessidade de ajuda nas AVD, sendo associada ao desequilíbrio, mobilidade inadequada, depressão, déficit de cognição e idade superior a 80 anos (NUNES *et al.*, 2010). Atividades físicas em idosos institucionalizados contribuem para minimizar o efeito de fatores deletérios que podem diminuir a independência e autonomia (SOUZA; SANTANA; JESUS, 2017). Estudos indicam que 50% a 67% dos residentes em ILPI têm baixo escore no índice *Katz*, sendo que 57% das ILPI não incluem passeios externos (BJÖRK *et al.*, 2016; SANDVOLL; HJERTENES; BOARD, 2020).

Outro índice utilizado, relacionado a independência do idoso, verifica as AIVD (usar telefone e transporte, fazer compras, preparar uma refeição, limpar a casa, lavar a roupa, cuidar das finanças e tomar medicamentos) (LAWTON; BRODY, 1969). Ter uma vida com independência é um fator importante para envelhecer na comunidade e a criação, ao longo da existência, de uma rede de apoio ou grupos de

convivência é fundamental para a melhor qualidade de vida e menor taxa de institucionalização (CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015; PAÚL, 2017).

Um dos grandes motivos de institucionalização, que aumenta essa taxa é o declínio da cognição. Essa condição altera o raciocínio, memória, comunicação, personalidade e afeta o convívio em sociedade. A pessoa idosa com comprometimento cognitivo tende a se tornar dependente, dificultando a interação social. De acordo com alguns estudos, cerca de 45 a 90% dos moradores das ILPI apresentam triagem positiva baixa para atividades cognitivas (ALENCAR *et al.*, 2012; GUIMARÃES *et al.*, 2019; SCHMIDT; PENNA, 2021). Por sua vez, a institucionalização é um fator estressante que pode levar à depressão e influir na habilidade funcional do idoso, deixando-o sem autonomia e influenciando de forma negativa sua capacidade cognitiva, tornando-se um ciclo vicioso de eventos que estimulam uns aos outros (ALENCAR *et al.*, 2012). A cognição também está relacionada a AVD, sendo importante avaliar ambos para ajudar no diagnóstico e acompanhamento de idosos com demência leve a moderada (FOLQUITTO *et al.*, 2007). Para evitar o déficit cognitivo e melhorar a saúde do idoso institucionalizado, a prática de atividades físicas e os exercícios de estimulação cognitivas são recomendados (ZIMMERMANN *et al.*, 2015). Porém, uma revisão sistemática encontrou baixos índices de atividade física (28% muito ativos, 53% pouco ativos e 17% inativos) em ILPI, mesmo sendo tão importante para a cognição e independência (MEHTAP *et al.*, 2015).

Comparando os dados de saúde de idosos não residentes com residentes em ILPI percebem-se geralmente que há piores condições nos residentes. Com relação a doenças, uma revisão sistemática encontrou prevalência de 20% de insuficiência cardíaca, provavelmente subestimada, mas em níveis maiores que de idosos vivendo em comunidade (DAAMEN *et al.*, 2010). Esses dados são confirmados pela autopercepção de saúde dos idosos em ILPI, que é negativa em aproximadamente 64% dos residentes, estando associada ao baixo peso, doença reumática e serem residentes de ILPI modalidade não filantrópica (JEREZ-ROIG *et al.*, 2016).

Esse número alto de doenças, a multimorbidade, considerada quando a pessoa tem duas ou mais morbidades, físicas ou mentais (BARNETT *et al.*, 2012; FORTIN *et al.*, 2012; HUNTLEY *et al.*, 2012), influencia aumentando a dependência, tornando a vida mais curta e adicionando anos gastos com incapacidade, tornando-

se um problema de saúde pública (RIZZUTO *et al.*, 2017). As doenças mais prevalentes em idosos são as cardiovasculares e as mentais. A multimorbidade gira em torno de 55% a 70% e pode aumentar devido a hábitos de vida anteriores não saudáveis (MARENGONI *et al.*, 2008; SAQUIB *et al.*, 2017).

Para a avaliação das morbidades prevalentes em ILPI nos Estados Unidos, Moore *et al.* (2012) avaliaram 11.788 residentes. As condições mais frequentes foram hipertensão (55%), demência (51%), depressão (35%), artrite (33%), diabetes *mellitus* (24%), refluxo (23%), arteriosclerose (21%), insuficiência cardíaca congestiva (20%), doença cerebrovascular (20%) e anemia (19%). Em mulheres foram mais prevalentes anemia, artrite, refluxo, demência, depressão, osteoporose e problemas de tireoide. Doenças vasculares, arteriosclerose, cerebrovasculares, hipercolesterolemia, diabetes, *Parkinson* e insuficiência renal são mais habituais em homens. As doenças renal e pulmonar obstrutiva crônica e de *Parkinson* tendem a ampliar com o aumento da idade em mulheres. Nos homens, a hipertensão diminui com o aumento da idade (MOORE *et al.*, 2012).

Com a larga carga de doenças, surge outro problema, a polifarmácia, embora necessária para manter a qualidade de vida dos idosos. Na comunidade, o fato de viver sozinho influencia negativamente o uso de medicamentos, enquanto ter a informação verbal no momento da consulta, além da prescrita, influencia positivamente no correto uso de medicações, que têm alto índice de utilização inadequada entre os idosos (PARK *et al.*, 2014, PÉREZ-JOVER *et al.*, 2018).

Entre os residentes de ILPI, a polifarmácia é estimada em 73%, sendo o número médio de medicamentos em torno de sete. Análise de estudos de medicamentos utilizados por idosos em ILPI indicou que metade dos residentes são expostos a medicações inapropriadas (MORIN *et al.*, 2016). O ideal é a prevenção da medicação de uso potencialmente inapropriado para evitar o uso de vários remédios que influenciam de forma negativa os resultados clínicos esperados nos idosos (FERREIRA; MARTINS; FERNANDES, 2016; MOREIRA *et al.*, 2020).

Outros eventos negativos para a saúde do idoso, como quedas, deficiências, hospitalização, dependência e institucionalização estão relacionados com fragilidade, que é uma condição clínica em que há aumento da vulnerabilidade do indivíduo, com chances maiores de desenvolver dependência e mortalidade quando exposto a um fator estressante. A fragilidade pode ocorrer em resultado de uma série de doenças e condições médicas (MORLEY *et al.*, 2013). O mais

preocupante, no achado de revisão sistemática realizada com idosos institucionalizados acima de 60 anos, foi a ocorrência de fragilidade em metade dessa população e de pré-fragilidade em torno de 40% dela (KOJIMA, 2015).

Por sua vez o termo vulnerabilidade, analisado de uma forma simples, pode ser definido como susceptibilidade ao dano e o processo que cria e mantém essa susceptibilidade (ZAKOUR; SWAGER, 2018). Porém, seu conceito é mais amplo e varia de acordo com a perspectiva que é analisada, envolvendo aspectos individuais, como a capacidade do indivíduo de se organizar frente a situações problema; aspectos sociais, como escolaridade, acesso aos meios de comunicação, disponibilidade de recursos materiais; aspectos programáticos, que envolvem o acesso aos serviços de saúde (AYRES *et al.*, 2003).

Para aplicação do *Vulnerable Elders Survey 13* (VES-13), ferramenta para identificação de idosos vulneráveis, os critérios utilizados são idade de 65 anos ou mais, declínio funcional ou morte em dois anos. Sua definição é mais biológica (SALIBA *et al.*, 2001), porém, diversos outros fatores estão relacionados a vulnerabilidade, além do socioeconômico, o estado funcional, as alterações psicoemocionais, a autopercepção de saúde, a saúde cardiovascular, as limitações sensoriais e a polifarmácia (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Um fator, citado anteriormente, frequente e preocupante, que pode alterar o estado funcional é o risco de quedas, que pode impactar na perda de independência. Revisão integrativa em 19 artigos encontrou maior risco associado a mulheres com diagnóstico de doenças crônicas, uso de benzodiazepínicos, antecedente de quedas e restrição de mobilidade. Móvel e arquitetura inadequadas são fatores predisponentes para que esse agravo ocorra (GOMES *et al.*, 2014).

Outra situação que também contribui para a perda da independência do idoso é o baixo peso. O monitoramento e a recuperação nutricional do idoso institucionalizado reduzem a mortalidade, morbidade e melhora a qualidade de vida (SOUSA *et al.*, 2014). Estudos indicam que idosos institucionalizados apresentam também muito frequentemente baixo peso (FERREIRA *et al.*, 2014; LEHN *et al.*, 2012), muitas vezes associado à desnutrição. Identificar casos de desnutrição é importante porque nos idosos sua incidência é aumentada e associa-se à redução da função cognitiva e dos músculos, declínio de massa óssea, disfunção imune, anemia, cicatrização deficiente, recuperação demorada de cirurgia, altas taxas de readmissão hospitalar e mortalidade. Fatores que podem afetar essa condição são as doenças



crônicas, depressão, medicamentos e isolamento social, que devem ser investigados para o tratamento da desnutrição. Suplementos orais ou alimentação enteral devem ser considerados para pacientes em risco alto e em situação de incapacidade de ingerir os nutrientes diários (AHMED; HABOUBI, 2010).

Manter uma nutrição adequada e diversificada está relacionado a melhores índices de AVD (KIMURA *et al.*, 2009), como também a melhor qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Portanto a promoção em saúde bucal e dieta equilibrada devem ser incentivadas (MARTINS *et al.*, 2010; VIEIRA *et al.*, 2021a). Pesquisando essa relação, revisão sistemática não encontrou associação entre saúde bucal e má nutrição, porém, verificou a necessidade de novos estudos (VAN LANCKER *et al.*, 2012). Um estudo transversal, mais recente, identificou relação entre má nutrição com perda dental e cáries dentárias sem tratamento e comprometimento da qualidade de vida (WU *et al.*, 2018). Em uma outra revisão sistemática, ao pesquisar a associação entre saúde bucal e depressão em adultos e idosos foi encontrada relação positiva especialmente com cáries, perda dental e edentulismo, demonstrando a importância da conexão entre a saúde bucal e a mental (CADEMARTORI *et al.*, 2018).

As doenças bucais têm associação forte com má higiene oral e doenças sistêmicas, podendo piorar o impacto destas (BATISTONI, 2014). Além disso, a manutenção da saúde bucal propicia melhor qualidade de vida geral e previne declínio físico e cognitivo uma vez que permite a conservação da via oral. A manutenção do elemento dental deve ser colocada como objetivo para os idosos (TONETTI *et al.*, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2020). A hipossalivação, em idosos dentados, é um fator de risco para uma saúde bucal pior e favorece a colonização de *Candida sp*, que pode provocar potenciais efeitos adversos para a saúde geral (BURANAROM; KOMIN; MATANGKASOMBUT, 2020).

Essa relação entre saúde bucal e saúde geral está sendo bastante estudada. Com relação à pneumonia aspiratória, estudo com 1.174 idosos identificou aumento do seu risco quando houve associação com deficiência de cognição, perda de molares e movimentos involuntários da língua (NARUISHI *et al.*, 2018). Uma revisão sistemática avaliou 12 estudos e encontrou que microrganismos patogênicos da microbiota oral, tais como *Candida albicans*, *Staphylococcus aureus*, *methicillin-resistant S. aureus* e *Pseudomonas aeruginosa*, são relacionados à pneumonia respiratória em idosos em cuidado residencial, e indicou que profissionais de higiene oral podem ser úteis para reduzir a incidência dessa doença (KHADKA *et al.*, 2021).

Outra revisão compreensiva verificou a higiene oral em idosos com demência. Os níveis de placa, sangramento gengival, bolsas periondontais, estomatites, lesões de mucosas e baixo fluxo salivar têm alta prevalência nesses idosos. Recomendam-se educação em saúde de cuidadores formais e informais e contato regular com o cirurgião dentista (DELWEL *et al.*, 2018).

Fatores socioeconômicos e condições clínicas desfavoráveis em homens e mulheres influenciam a saúde bucal e a favorecem autorrelatada como ruim nos idosos. O uso e a necessidade de próteses estão conexos com a autoavaliação da saúde bucal negativa (PATTUSSI *et al.*, 2010; REIS *et al.*, 2019). Entretanto, devido à resiliência de idosos, pode ser gerada uma aceitação de condições que não são adequadas, mas consideradas satisfatórias (MAILLE *et al.*, 2019).

### 1.5 Atenção à saúde em ILPI

Para o atendimento à saúde de residentes em ILPI usualmente observa-se o uso misto dos serviços público e particular, sendo que, no Brasil, por volta de 34% utilizam centros de saúde e hospital público, 22% centros de saúde e profissionais particulares e 22% centros de saúde e serviço próprio da ILPI (CARVALHO, 2014). No geral, poucos residentes continuam consultando com o médico com o qual tinham relacionamento antes da institucionalização pela quebra de contato com a comunidade (STAYKOV *et al.*, 2020).

A assistência de saúde oferecida em geral em ILPI limita-se a serviço médico e fisioterápico, 66,1% e 56,0%, respectivamente (CAMARANO; KANSO, 2010). Contudo, estudos têm concluído que as necessidades vão além desses cuidados, requerendo também convívio social, relação íntima, atividades para o dia a dia, comunicação, escuta adequada e maior acesso da família, fatores que aumentam a sensação de felicidade dessa população (CHANG; WRAY; LIN, 2014; TOBIS *et al.*, 2018).

Novas formas de cuidar estão sendo testadas. No Canadá, em 2016, um projeto foi executado em função das dificuldades identificadas nas ILPI, como falta de coordenação de cuidados, número reduzido de médicos da família, altas taxas de transporte para urgências. Nesse plano, caso o médico de família não se julgue apto para atender, o idoso tem que encontrar outro profissional. Em 2009, o programa *Care by design* (CBD) foi implementado com um médico treinado apropriadamente para

realizar visitas e suporte telefônico juntamente à família, numa equipe multidisciplinar com enfermeiros, assistentes sociais e paramédicos. O resultado divulgado aponta para um menor número de internações e maior envolvimento da comunidade (MARSHALL *et al.*, 2016).

Foi identificado que a qualificação da ILPI com enfermeiras registradas (termo utilizado para designar enfermeiras de nível superior), horas aumentadas dos trabalhadores e práticas de mais alta qualidade também contribuem para menores índices de hospitalização (LAWLER *et al.*, 2019).

Incluído nas práticas de alta qualidade, o treinamento em saúde bucal dos cuidadores fez com que pudessem avaliar condições bucais negativas e perceberem que a saúde bucal necessita estar relacionada aos cuidados de rotina e que são importantes para a saúde em geral (KOHLLI *et al.*, 2017).

No que tange à saúde comportamental, que afeta de 65 a 90% dos residentes, pesquisa verificou que há necessidade de treinamento da equipe de trabalho, partes educacional e psiquiátrica, para melhorar o tratamento daqueles com esta condição. Aproximadamente um terço dos profissionais necessita de educação para lidar com residentes com problemas comportamentais e, também, um terço da comunidade não sabe lidar com adequada coordenação do cuidado para idosos nessa situação (ORTH *et al.*, 2019).

Com a pandemia mundial do COVID-19, muitas recomendações foram feitas para aumentar o cuidado nas ILPI, por terem residentes frágeis, mas ao mesmo tempo não contarem com uma rotina hospitalar, sendo mais próximas de um lar. As indicações foram de aumento da carga horária de médicos, atendimento virtual, remuneração adequada dos trabalhadores, treinamento dos profissionais e família e acesso a serviços de apoio, como laboratórios. Tudo isso a partir de decisões compartilhadas com residentes para obter máxima qualidade de vida (COLLINS *et al.*, 2021; INZITARI *et al.*, 2020).

## 1.6 Cuidadores

Um dos aspectos que merece grande atenção é a força de trabalho que está em contato direto com os idosos. Um estudo brasileiro mostra que a maior parte dos cuidadores é do sexo feminino (85%), acima de 30 anos (73%) e de cor parda (64%). A maioria é casada, com dois ou mais filhos, renda de um a três salários-

mínimos e escolaridade inferior ao ensino médio. A jornada de trabalho de cerca de 76% dos cuidadores é de 12 horas com folga de 36 horas, considerada alta, e como o grau de dependência dos idosos geralmente é alto, existe uma maior demanda e conseqüentemente mais esforço físico (BARBOSA *et al.*, 2017). Apesar disso, pesquisas qualitativas apontam que a percepção do cuidado com os idosos é definida pelo amor à profissão e não apenas como um trabalho técnico (CAETANO; BARBOSA, 2018). Muitos cuidadores não apresentam cursos e possuem condições socioeconômicas desfavoráveis (SILVA *et al.*, 2015).

Comparando com os Estados Unidos, a maioria dos cuidadores são treinados e auxiliares de enfermagem (65%), mas o tempo disponível para assistência, 2,46 horas por paciente, é considerado limitado (LAFFON DE MAZIÈRES *et al.*, 2017). Mesmo assim, estudos demonstram que a opinião dos trabalhadores é essencial para identificar aspectos do cuidado que podem interferir na qualidade da ILPI (KIM; HAN, 2012).

Para investigar a relação saúde do residente e qualificação do cuidador, revisão integrativa demonstrou que uma equipe maior de enfermeiros com formação superior, e que também sejam qualificados, está relacionada a uma melhor qualidade da ILPI. As preocupações sobre os custos de contratação de enfermeiros mais altamente qualificados existem. Como os cuidados em lares de idosos são caros, sendo mais acessíveis apenas em relação aos tratamentos hospitalares agudos, pesquisadores são desafiados a demonstrar de que forma o aumento da presença de enfermeiros de curso superior tem o potencial de majorar o custo-benefício, a eficiência e a qualidade da ILPI (DELLEFIELD *et al.*, 2015).

No entanto, mudar o comportamento da equipe de cuidadores não necessariamente melhorou os resultados clínicos dos residentes. Estudos que demonstraram maior probabilidade de produzir efeitos positivos na saúde dos residentes foram os direcionados a tarefas específicas de cuidado (por exemplo: higiene bucal e restrições físicas), em detrimento daqueles que exigiram mudanças de prática global (por exemplo: filosofia de cuidado). Estudos que utilizaram teorias de intervenção tiveram maior probabilidade de sucesso. Esses modelos ajudam os pesquisadores a identificar as fraquezas nas relações causais hipotéticas entre os componentes da intervenção e os resultados desejados auxiliando na avaliação. Muitos estudos relataram barreiras relacionadas à equipe (por exemplo: rotatividade,

alta carga de trabalho e atitudes) ou fatores organizacionais (por exemplo: financiamento, recursos e logística) (LOW *et al.*, 2015).

Nesse sentido, uma pesquisa longitudinal acompanhou algumas ILPI que foram identificadas como adotantes de mudança de cultura da equipe de trabalho, e estas foram associadas a um melhor atendimento, embora os pesquisadores não fossem cegos para os esforços de transformação de cultura da casa de saúde. Essa descoberta sugere que a mudança de cultura pode ter o potencial de melhorar os resultados de qualidade baseados nos dados do *Minimal data set* (MDS), onde a pesquisa buscou seus dados, mas como isso ocorre ainda não foi totalmente elucidado (GRABOWSKI *et al.*, 2014).

Existem também dificuldades com os cuidadores, baixos salários e baixas chances de promoção, que dificultam seu recrutamento (TAMIYA *et al.*, 2011). Para aumentar a satisfação no trabalho é necessária preocupação com a prevenção do *burnout* (síndrome do esgotamento psíquico no serviço), que possibilita também maior empoderamento. A dedicação, o respeito pela ILPI e o treinamento adequado são outros fatores que influenciam positivamente a satisfação (ALOISIO *et al.*, 2019).

Além dos cuidadores formais, os informais são os que cuidam em casa, não remunerados, e que prestam cuidados como a família, filhos morando separados, parentes, amigos, vizinhos e outros não profissionais. Cuidadores informais tiveram qualidade de vida maior relacionada ao cuidado, quando o receptor do cuidado era mais velho, do sexo feminino e viúvo; e, menor, se havia maior número de morbidades e incapacidade do receptor. A qualidade de vida do cuidador informal aumentou quando havia melhor autopercepção de saúde e bem-estar psicológico do receptor. O cuidador do sexo masculino, mais jovem, se relaciona com maior qualidade no cuidado. Nas ILPI, quanto mais velho o receptor do cuidado, menor a qualidade de cuidado oferecida, sendo que a autopercepção de saúde e bem-estar do receptor não afetam muito o cuidado (METZELTHIN *et al.*, 2017). Skinner *et al.*, 2020, consideram que os cuidadores informais voluntários deveriam ser treinados e estimulados por ser um número muito pequeno, por volta de 4%, e poderiam ajudar no cuidado em ILPI.

O número alto de horas, além de 30 horas semanais, e o cuidado doméstico junto com o cuidado à saúde é considerado um fator negativo para os cuidadores informais (SCHNEIDER; KLEINDIENST, 2016). Longa avaliação na Europa, com dados do *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE), com 29 mil europeus e 1.800 cuidadores em 11 países, mostrou que o bem-estar dos cuidadores

cônjuges, medido em termos de satisfação com a vida, solidão e depressão, foi positivamente associado à disponibilidade regional de cuidados formais, o que se deve em parte à maior percepção de controle do cuidado em regiões com prestação de cuidados mais formais. Os cuidadores informais representam, na Europa e Estados Unidos, cerca de um terço da carga horária do total de cuidadores (BARCZYK; KREDLER, 2019; WAGNER; BRANDT, 2018).

Na Europa, estudo sobre a prevalência de cuidadores informais encontrou a maior parte dos cuidadores informais na Dinamarca (44%). Os cuidadores intensivos informais, considerado por este estudo aqueles que trabalham pelo menos 11 horas por semana, são mais comuns em Portugal (11%) (VERBAKEL, 2018).

Pesquisas analisando os cuidados formais e informais no Japão constataram que quando se oferece maior possibilidade de cuidado de longo prazo, diminui-se o cuidado intensivo, que é cansativo e pode trazer riscos aos receptores de cuidado e aos próprios cuidadores, reduzindo número de cuidadores informais de curta duração (MIYAWAKI *et al.*, 2020; SHIBA; KONDO; KONDO, 2016). Em outro estudo essa relação de bem-estar do cuidador informal ficou melhor quando o receptor de cuidados tem como referência ou utiliza serviços baseados na comunidade, que são serviços oferecidos ao idoso em sua casa ou comunidade para evitar a institucionalização, desde entrega de refeições até cuidados de saúde (EOM; PENKUNAS; CHAN, 2017).

## 1.7 Qualidade do cuidado

Devido às particularidades dos idosos e da própria institucionalização a avaliação das ILPI se torna complexa e relevante. Em 1988, Donabedian fez uma proposta de avaliação da qualidade do cuidado. Primeiro definindo o que é qualidade, começando pela equipe de trabalho, médicos e enfermeiros. Propôs dois elementos de análise, o técnico e o relacionamento interpessoal, sendo este último o veículo para aplicar a competência técnica. Os residentes e a família, chamados de consumidores, devem ter parcela de responsabilidade no cuidado. Quem irá avaliar e qual o custo também deve ser considerado. Os elementos estrutura, processo e resultado precisam ser articulados, mas além disso muito aprofundados e melhorados (DONABEDIAN, 1988). Suas pesquisas envolvendo a tríade estrutura, processo, resultado vêm de anos anteriores (DONABEDIAN, 1969) e foram realizadas

juntamente com o grupo de estudos de *Harvard*, buscando inspiração nos modelos industriais de avaliação (BERWICK; KNAPP, 1987; DLUGACZ, 2017).

Em 1986, Lemke e Moos desenvolveram uma escala de avaliação de ILPI, baseada em envolvimento social, que influenciou em atitudes, humor, bem-estar e saúde. A escala *Sheltered Care Environment Scale* (SCES) foi desenvolvida baseada em pesquisa qualitativa, que avaliou coesão, conflito, independência, auto exploração, conforto físico, organização e influência do residente na organização da ILPI. Importante para guiar cuidadores e residentes para mudanças necessárias.

Mitchel *et al.* (1998), propuseram um modelo dinâmico, contrapondo ao proposto por Donabedian, que foi considerado linear, sem que estrutura e processo necessariamente interfiram nos resultados. Esse novo modelo avalia os comentários e reações (*feedback*) de residentes, bem como o sistema ou contexto em que o cuidado é oferecido.

Em 1990, Gustafson *et al.* desenvolveram e validaram um instrumento para avaliação de ILPI, o *Quality Assessment Index* (QAI), no qual vários itens foram incluídos como equipe de trabalho, ambiente e alimentação.

Sloane e Mathew, (1990), desenvolveram um instrumento para ILPI com residentes com demência, que mostrou melhor resultado nesses casos, o *Therapeutic Environment Screening Scale* (TESS). O *check list* avalia a eliminação de estímulos potencialmente nocivos para aumentar o humor e a autoimagem com o objetivo de gerar segurança.

Em 1994, Wilde *et al.* desenvolveram um questionário, baseado no modelo multidimensional com 56 itens, *Quality from Patients' perspective* (QPP), sob a perspectiva do paciente. O questionário foi desenvolvido por entrevistas em algumas etapas e usou como base as perspectivas e preferências do paciente.

Segundo Sainfort, Ramsay e Monato (1995), em uma revisão, a maioria dos modelos teóricos de avaliação da qualidade encontrados na literatura se basearam no modelo de Donabedian e incluem a estrutura, processo e resultados. Destacaram que a qualidade precisa ser verificada de forma multidimensional, com valor agregado de construção, mas é preciso teste empírico dos modelos, com uma análise causal, para identificar relações entre os indicadores. Concluíram, dessa forma, que ainda não há uma avaliação sistemática da qualidade do cuidado em ILPI.

Nesse sentido, Rantz *et al.* (1999), elaboraram um modelo conceitual ligado a qualidade do cuidado em ILPI com a atenção centrada na pessoa. Foram realizados

estudos qualitativos abrangendo percepções da qualidade por especialistas e prestadores de cuidados, usuários e familiares. A partir dos resultados foi elaborado o instrumento “*Indicadores Observáveis da Qualidade do Cuidado nas ILPI*” (IOQ), que é multidimensional (RANTZ *et al.*, 2002). O IOQ encontra-se em sua décima versão e é composto por 30 itens relacionados a sete dimensões da qualidade do cuidado: comunicação interpessoal; prestação de cuidados; gestão da aparência dos idosos; odores; utilização dos ambientes básicos; acesso aos ambientes das ILPI e ambiente familiar. Os indicadores de processo são priorizados. São atribuídas pontuações (1 a 5 em ordem crescente de qualidade) com relação a aspectos observáveis nas ILPI, variando de 30 (má qualidade) a 150 pontos (boa qualidade) por instituição (RANTZ; ZWYGART-STAUFFACHER, 2009). Em 2016, foi realizada a equivalência conceitual do IOQ para língua portuguesa, o que o tornou mais compreensível e de fácil aplicação, podendo contribuir para melhoria das ILPI brasileiras, mas ainda falta sua avaliação psicométrica (OLIVEIRA *et al.* 2016).

Rantz *et al.* (2003), analisando a avaliação da ILPI quanto a qualidade do cuidado, consideraram que devido à complexidade do problema, a regulação básica existente é insuficiente. Mesmo usando o *Resident Assessment Instrument* (RAI), este não se mostrou suficiente, apesar de poder ser utilizado para guiar ações. A parceria com universidades parece ser promissora, usando informações para mudar quando necessário e melhorar a qualidade.

Em uma análise em 2008, Goodson, Jang e Rantz (2008) concluíram que estrutura, processo e qualidade devem ser analisados em conjunto para tornar mais precisa a avaliação de qualidade. O sistema *Bayesiano* deveria ser utilizado para explicar qualitativa e quantitativamente a qualidade de cuidado. Os gestores das ILPI deveriam melhorar a qualidade técnica dos funcionários e esforçar para diminuir acamados. Não se deveria focar apenas nos fatores chave de avaliação, mas também em outros fatores relacionados por melhorar a qualidade do cuidado de modo substancial.

Vários tipos de indicadores são utilizados para medir a qualidade de ILPI. Nos Estados Unidos, por vezes, esses indicadores são utilizados para a escolha de uma ILPI para residência de idosos. Deste modo, Phillips (1991), utilizou a porcentagem de fraturas, o número de contenções, as lesões de decúbito, a participação em atividades e o uso de tubo nasogástrico como indicadores, sendo que a análise concluiu que o método foi bom para suplementar o julgamento clínico. No



geral, são usados indicadores com um misto de estrutura, processo e resultados, mas que precisam muito evoluir, incluindo boletins com informações, incentivos financeiros para estimular os resultados e certificação (CASTLE; FERGUSON, 2010). Segundo Rathert *et al.* (2015), para criação de indicadores deve ser considerada também a definição de problemas pelo paciente que irá residir e usufruir do cuidado.

Nos Estados Unidos, têm sido utilizados os instrumentos *Minimum Data Set/Resident Assessment Instrument* (MDS/RAI), e *Maryland Assisted Living Functional Assessment to Establish a Plan of Care* (MALFA) que possuem caráter multidimensional, com uma visão geral sobre o perfil de saúde, bem-estar do idoso e funcionamento da ILPI. Estes instrumentos auxiliam no diagnóstico e no planejamento das intervenções, permitindo também a análise da tomada de decisões, das expressões verbais e não verbais, do desempenho nas atividades básicas de vida diária (AVD), da interação com outros residentes e do envolvimento em distintas atividades dentro da ILPI (MORRIS *et al.*, 1990; RESNICK; JUNG, 2005). Zimmerman *et al.* (1995) utilizaram o *Resident Assessment Instrument* (RAI) que contém também alguns indicadores do MDS para desenvolver conjunto de indicadores para avaliar qualidade em ILPI.

Questionários semiestruturados aplicados aos profissionais de equipes multidisciplinares evidenciaram problemas em ILPI de gestão, de sistematização das ações de cuidado e falta de atendimento ao regulamento técnico (SALCHER; PORTELLA; SCORTEGAGNA, 2015). A comunicação interna na ILPI é muito importante para melhorar a segurança e a qualidade de serviços para idosos, evitando duplicidade de serviços ou troca de procedimentos (GEORGIU *et al.*, 2013).

Em uma revisão de literatura sobre avaliação de ILPI, em oito países, constatou-se que a maioria tem um sistema nacional de avaliação que devem ser considerados para admissão em ILPI. O número de indicadores variou de 3 a 23, muitos foram validados, mas diferenças significativas no cuidado não foram encontradas com os indicadores propostos. Observou-se, no entanto, que pouca atenção foi dada à forma de desenvolvimento dos indicadores, que se recomenda seja realizada de forma sólida e com teste empírico extenso (VITURI; ÉVORA, 2014).

Outra revisão sistemática concluiu que apesar de existirem algumas propostas para a sistematização da avaliação em idosos residentes de ILPI, no Brasil, não há um protocolo que norteie o processo de avaliação e, assim, possa ser criado um banco de dados nacional com informações dessa população e da avaliação. Os

autores apontam que esforços são necessários para que a legislação brasileira seja cumprida e sejam obtidos elementos úteis para a clínica e socialmente (MEDEIROS *et al.*, 2016).

Em uma revisão de escopo, publicada em 2014, que utilizou os termos cuidado centrado no paciente, cliente centrado e estrutura, realizada com estudos desde 1990, foram encontrados 25 diferentes modelos de cuidado e concluiu-se que devem ser escolhidos os que melhor atendam a necessidade dos residentes e que sejam confiáveis. O estudo concluiu que, apesar de haver limitados estudos na literatura, existe muita informação em evidência sobre o componente mais importante do cuidado no paciente que é a comunicação (CONSTAND *et al.*, 2014). Outra revisão de literatura encontrou também que poucos instrumentos de avaliação foram testados empiricamente e poucos tinham um modelo teórico como base (SHEN, 2015).

Estudos mais recentes indicam que a prevenção proativa é melhor que a reparação de danos e novas estratégias são necessárias para que ela seja alcançada. Sendo assim, evidências sugerem que esforços reabilitadores são inadequados e medidas de prevenção ativa para evitar o declínio funcional dos idosos devem ser tomadas junto com a comunidade, para suprir a demanda que cresce cada vez mais em ILPI (LAFFON DE MAZIÈRES *et al.*, 2017).

Com a demanda crescente, estudos e revisões de literatura têm mostrado que tentativas de mudanças na cultura interna da ILPI, como melhorias na comunicação interna, ferramentas para avaliar mudanças nos idosos, planos avançados de cuidado, que possam evitar a hospitalização, não têm demonstrado, como supostamente deveriam, mudanças positivas nos resultados de saúde e redução de hospitalização, provavelmente por grande variedade das metodologias adotadas pelos estudos (FLO *et al.*, 2016; KANE *et al.* 2017; SHIER *et al.*, 2014).

Segundo Fagundes *et al.* (2017), ainda existem alguns pontos que necessitam ser melhorados nas ILPI para reparar sua visão negativa pela sociedade e melhorar a satisfação dos idosos que nelas residem. Em geral, evidencia-se o cumprimento parcial à regulamentação vigente nos aspectos organizacionais e físicos-estruturais, o que muitas vezes expõe os idosos a ambientes insalubres. Uma equipe multiprofissional é muito importante para o cuidado integral do idoso e sua valorização (BASTOS; ALMEIDA; FERNANDES, 2017).

### 1.7.1 Qualidade do cuidado no Brasil

No Brasil, é necessário verificar uma série de itens legais que devem ser seguidos pelas ILPI, segundo a ANVISA. De acordo com a RDC 502/2021, entre outros, deve-se ter estatuto registrado, regimento interno, responsável técnico com curso superior, número adequado de funcionários, de acordo com o grau de dependência dos idosos, ter profissional responsável pelas atividades de lazer. A estrutura física deve ser salubre, segura, ter condições de habitabilidade, higiene e com garantia a acessibilidade. Toda uma normatização sobre medidas mínimas dos quartos e número de banheiros também precisa ser observada. Além disso, a parte operacional tem regras a serem cumpridas com plano de trabalho, plano de Atenção Integral a Saúde e registros atualizados de todos idosos. É necessário comunicar os casos de abandono da família, a alimentação deve ser garantida com mínimo de seis refeições diárias e deve ser permitido aos idosos independentes processamento das próprias roupas quando quiserem (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2021).

Um modelo de cuidado integrado vem sendo desenvolvido no país, e tem como base a atenção ao idoso em cinco níveis que vão do acolhimento, núcleo integrado de cuidado (como ambulatório, centro de convivência), ambulatório de geriatria, curta duração (emergência e hospital) e longa duração (ILPI). Os autores relatam que para um modelo ser eficiente deve-se aplicar a todos os níveis de cuidado, com fluxo de ações de educação, promoção da saúde, prevenção e postergação de doenças, cuidado precoce e reabilitação de agravos. O foco deve ser no indivíduo e em suas particularidades. Deve-se esforçar em monitorar a saúde e não a doença para que o idoso possa usufruir sua vida com qualidade, sendo necessário, para que isso ocorra, um fluxo de ações de educação, promoção de saúde, prevenção de doenças evitáveis, tratamento precoce e reabilitação de agravos (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

Uma pesquisa qualitativa concluiu, porém, que existem ações fragmentadas e escassas no cuidado aos idosos em ILPI, distantes da Política Nacional do Idoso (PIUVEZAM *et al.*, 2016).

## 1.8 Instrumentos para medir qualidade

Muito tem se pesquisado sobre como medir a qualidade do cuidado, e por isso muitos estudos dedicam-se a estudar os instrumentos utilizados, para avaliação interna ou externa. Revisão sistemática pesquisou sobre os instrumentos para medir o cuidado em ILPI. A maioria é dos Estados Unidos. O instrumento mais usado foi o MDS/RAI. Os instrumentos são divididos em várias partes, avaliando principalmente depressão, cognição e capacidade funcional, sendo que a maioria deles não necessita de resposta dos residentes, não sendo necessária avaliação da cognição para aplicação do instrumento. A recomendação foi a melhoria ou criação de novos instrumentos, respeitando os conceitos existentes, as peculiaridades da população idosa institucionalizada e que sejam aplicados na prática. A sugestão dos autores de um banco de dados nacional com base em instrumento único seria útil para uniformização e comparação. O Brasil não apareceu nessa revisão. (MEDEIROS *et al.*, 2016).

Com relação a equipe de trabalho, outra revisão buscou estudos que criaram ou utilizaram instrumentos que mediam esse fator. Suas diferentes dimensões foram separadas e os estudos que foram escolhidos tiveram que seguir o padrão ouro de um questionário: a consistência interna (se os domínios de um instrumento medem a mesma característica), concordância interna (consistência das repetições da medida); validade estrutural (respostas consistentes conforme o esperado) e validade de conteúdo (o grau que o conteúdo reflete o que está sendo medido). Realçaram que é preciso adaptar os instrumentos a diferentes realidades, os mais genéricos são melhores, se possível utilizar um já existente e que não seja muito longo (foram encontrados instrumentos de até 82 itens apenas para avaliar a equipe de trabalho). As dimensões, ou indicadores, mais utilizadas foram a comunicação, coordenação do trabalho e respeito (VALENTINE; NEMBHARD; EDMONDSON, 2015). Revisão anterior que também estudou relação entre trabalhadores e qualidade do cuidado, encontrou dificuldade em definir qualidade do cuidado e apontou que os estudos geralmente são transversais e utilizam apenas indicadores clínicos dos pacientes (SPILSBURY *et al.*, 2011).

Outros indicadores incluem o clima de justiça no ambiente interno de instituições de saúde, de um modo geral, que está relacionado a serviço de qualidade

que é percebido pelos consumidores e se reflete na melhor qualidade de vida (BACKHAUS *et al.*, 2017; MOLINA *et al.*, 2015).

Para o uso de indicadores é essencial compreender a importância dos fatores determinantes de baixa qualidade de vida, como comprometimento cognitivo, potencial isolamento social, depressão, renda familiar inadequada, capacidade diminuída de AIVD, doenças crônicas. A consciência da influência desses fatores pode ajudar os provedores de cuidado a identificar pessoas em risco e orientar novos programas de intervenção para melhorar o atendimento a esses membros valiosos de nossas comunidades (CHEN; CHEN, 2017).

Além disso, deve ser considerado um modelo teórico desenvolvido no cuidado centrado no paciente que inclui o respeito de preferências, coordenação do cuidado, informação, comunicação, educação, conforto físico, suporte emocional, envolvimento da família e amigos, continuidade do cuidado e transição do hospital para a ILPI. Esses aspectos devem ser relacionados para avaliar a taxa geral de qualidade. A análise dos dados da pesquisa demonstrou associação entre o suporte emocional, coordenação do cuidado e conforto físico. Esses achados permitirão desenvolvimento de pesquisas para melhorar a coleta de dados para se alcançar a qualidade do cuidado oferecida aos pacientes (RATHERT *et al.*, 2015).

Em comum, as ILPI de alta qualidade têm a competência em aplicar resolução de problemas clínicos e princípios de tomadas de decisão no processo de entrega do cuidado. Resultados problemáticos vem de falhas no conhecimento e habilidades nesse processo. Para que isso ocorra, as ações devem ser baseadas em princípios clínicos e evidências (o processo possibilita a resolução de problemas), em regulamentações (os profissionais sejam qualificados e exerçam com efetividade sua função), e no gerenciamento efetivo (LEVENSON, 2009).

Porém, para verificar a qualidade de cuidado que é relatada pode-se fazer uma auditoria ou uma observação por protocolos. Eles necessitam ser precisos, específicos e oportunos. Mesmo assim, é necessário verificar se os julgamentos do observador são isentos de subjetividade, ou seja, são capazes de serem replicados por outros examinadores e obter o mesmo resultado. E se os protocolos julgam a realidade cotidiana ou os trabalhadores modificam sua postura durante a observação. Cronogramas de observação, se não possível a observação contínua, e testes de concordância entre examinadores são úteis para verificar julgamentos. Para evitar mudanças de comportamento observações não intrusivas e realizadas de modo

contínuo são úteis. O uso de protocolos pode sistematizar e uniformizar as observações fazendo com que sejam mais precisas (SCHNELLE; OSTERWEIL; SIMMONS, 2005).

### 1.9 Tendências

Um dos instrumentos mais utilizados no mundo, o MDS encontra-se em sua versão 3.0. Sua última versão teve mudanças promissoras e melhorias como inclusão de entrevistas com os residentes. Porém pesquisas sugerem que se não houver mudanças para resolver problemas de equipe de trabalho, efetividade dos questionários e desenvolvimento de processo de cuidados viáveis, somente a inclusão da qualidade de vida, que é aumentada com a maior qualidade de cuidado recebida, não será suficiente para verdadeiramente impactar positivamente na qualidade do cuidado (RAHMAN; APPLEBAUM, 2009).

Revisando os sistemas internacionais de ILPI, pontos chave foram propostos para melhorar o cuidado aos idosos: suporte para que o idoso seja cuidado em casa por cuidadores informais, com aporte financeiro; métodos alternativos de controle, como a autoavaliação, realizados de forma descentralizada e com suporte financeiro adequado; treinamento e registro de profissionais do cuidado em ILPI; indicadores claros e públicos; integração com o sistema de saúde; o foco deve ser na reabilitação e manutenção das AVD para manutenção do idoso na comunidade; incorporação dos direitos humanos nas ILPI, onde por exemplo deveriam ser repensadas casos de restrição física. Um alto nível de regulação e legislação nem sempre contribuem para alta qualidade (DYER *et al.*, 2019).

Existe uma tendência mundial, onde Japão e Europa já estão investindo em pagamento por serviços, ou seja, investir nos cuidadores, treinados e licenciados. Assim os idosos podem sair de casa e socializar enquanto os cuidadores familiares têm tempo para si mesmos, e o custo é menor comparado com a manutenção de uma ILPI, que muitas vezes se assemelha a um hospital, quando muito de seus idosos são muito dependentes (TAMIYA *et al.*, 2011).

Outros pesquisadores pensam dessa maneira também. Chin e Phua (2016), propõem que a prestação do serviço pela própria família deve ser encorajada e estimulada. A existência de uma rede de suporte à família é importante para que isso ocorra. Essa rede pode ser composta pela própria família, amigos e comunidade

onde o idoso reside. Os agentes comunitários de saúde normalmente estão presentes, mas de forma incipiente. Nota-se a necessidade de instrumentalizar a equipe de saúde da família para guiar seu olhar para os indivíduos e seu grupo familiar, parte essencial que o planejamento deveria incluir (ALVARENGA *et al.*, 2011).

#### 1.10 Justificativa para o estudo

Considerado o relatado sobre as ILPI e a condição geralmente precária de saúde dos idosos institucionalizados relatada na literatura, propõe-se um estudo que tem como objetivo principal construir e validar um instrumento para autoavaliação de ILPI, baseado em extensa revisão de literatura da área e outros quesitos apontados pelos próprios idosos institucionalizados, cuidadores e responsáveis técnicos, realizados através de pesquisas qualitativas, respeitando princípios básicos das normas da RDC nº 502 de 27 de maio de 2021 da ANVISA, que são obrigatórios mas não abrangem muitos dos aspectos que influenciam a qualidade do cuidado. É necessário um instrumento que seja útil para identificar situações que necessitam mudança para se alcançar maior qualidade do cuidado entregue ao usuário, com maior participação da família e melhor satisfação dos trabalhadores e gestores.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo geral

Elaborar e validar um instrumento de autoavaliação da qualidade do cuidado em ILPI.

### 2.2 Objetivos específicos

- Conhecer os modelos teóricos e as suas dimensões que são utilizados na literatura para avaliar a qualidade do cuidado em ILPI;
- Construir um instrumento para autoavaliação do cuidado em ILPI;
- Validar o instrumento com a participação de experts e gestores de ILPI;
- Desenvolver um guia técnico para preenchimento do instrumento de autoavaliação pelas ILPI.



### 3 METODOLOGIA EXPANDIDA

Esta pesquisa é composta por uma revisão de literatura e um estudo metodológico, sendo desenvolvida em três fases: uma revisão de literatura do tipo *scoping review*, a elaboração e validação de uma matriz (instrumento) de autoavaliação da qualidade do cuidado ao idoso nas ILPI e a elaboração de um produto técnico: um guia para seu preenchimento.

Para a primeira fase, uma revisão de escopo foi realizada para subsidiar o restante da pesquisa. Seu objetivo foi delimitar os modelos teóricos existentes para avaliar a qualidade do cuidado em ILPI. Com base nas teorias encontradas foi possível direcionar a fase 2, que foi a elaboração e validação de um instrumento de autoavaliação da qualidade do cuidado em ILPI. Foi utilizada a teoria mais abrangente, que envolve mais interfaces na qualidade do cuidado, a multidimensional, para a construção da matriz. Na fase 3, para o entendimento dos objetivos, da necessidade e da importância da matriz e o seu preenchimento correto, um guia técnico foi confeccionado.

#### 3.1 Fase 1

Uma revisão de escopo foi conduzida entre julho de 2020 e fevereiro de 2021 de acordo com orientações metodológicas descritas por *The Joanna Briggs Institute Reviewers Manual* (PETERS *et al.*, 2015). Esse tipo de revisão tem se tornado popular para pesquisar evidências em saúde. Tem como objetivo o mapeamento de conceitos chave e síntese das teorias, esclarecendo os limites conceituais e lacunas na literatura (LEVAC; COLQUHOUN; O'BRIEN, 2010; MUNN *et al.*, 2018; TRICCO *et al.*, 2016).

As revisões de escopo são um tipo relativamente novo para evidenciar síntese de conhecimento existente. Para diferenciar sua escolha ou de uma revisão sistemática, Munn *et al.* (2018) concluíram que as revisões de escopo são utilizadas para esclarecer conceitos ou investigar a condução de pesquisas. Podem ser úteis para confirmar a relevância de critérios de inclusão e questões potenciais em uma revisão sistemática, que tem a pergunta de pesquisa mais específica. Mesmo assim,

são necessários critérios rigorosos e transparência na condução da pesquisa para que seus resultados sejam confiáveis (MUNN *et al.*, 2018).

Para que isso acontecesse, a metodologia adotada seguiu as seguintes etapas: (1) identificação do problema de pesquisa, (2) desenvolvimento do critério de inclusão e exclusão, (3) definição da estratégia de busca, com os termos e as bases de pesquisa utilizados, e (4) resumo dos resultados, com análise quantitativa e qualitativa dos dados (ARMSTRONG *et al.*, 2011; PETERS *et al.*, 2015).

Existe uma variação na metodologia de condução de estudos de revisão de escopo, fator que dificulta a comparação e síntese do conhecimento em diferentes estudos com diferentes metodologias. A maioria deles é conduzida na América do Norte e Europa, com fundo público subsidiando a pesquisa. Apenas 13% dos estudos utilizam o guia do *The Joanna Briggs Institute*. A maioria dos estudos (85%) foi realizada para identificar evidências inexistentes e 84% recomendaram pesquisas futuras. Não foi encontrado um guia para avaliar a qualidade de estudos desse tipo (TRICCO *et al.*, 2016). Porém, foi utilizado o *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) Checklist* para reportar esta revisão.

Por isso recomendações adicionais foram seguidas para aprimorar a revisão de escopo: deixar claro o objetivo da pergunta de pesquisa; equilibrar a viabilidade da pesquisa com amplitude e abrangência; utilizar uma equipe interativa para selecionar os estudos; incorporar um resumo numérico, realizar a análise temática e qualitativa relacionando suas implicações para a prática, a política envolvida ou para nova pesquisa (LEVAC; COLQHOUN; O'BRIEN, 2010).

### 3.1.1 Questão de pesquisa

A estratégia PCC (população, conceito e contexto), estruturou a construção da pergunta de pesquisa, conforme indicado no protocolo de *The Joanna Briggs Institute Reviewers Manual*. A população de estudo foi formada pelos idosos institucionalizados, o conceito veio dos modelos teóricos empregados na definição de qualidade do cuidado e o contexto foi a própria ILPI (PETERS *et al.*, 2015).

Portanto, a pergunta da pesquisa ficou definida como: Quais os modelos teóricos têm sido utilizados para definir e avaliar a qualidade do cuidado ofertada a pessoas idosas em ILPI?

### 3.1.2 Critério de elegibilidade

Os critérios de elegibilidade foram (1) idiomas inglês, português e espanhol, (2) estudos originais ou de revisão, quantitativos ou qualitativos, (3) estudos contendo a descrição de um modelo teórico para a avaliação da qualidade do cuidado em ILPI e (4) estudo conduzido em ILPI. Não houve limite da data de busca para alcançar a maior quantidade possível de resultados. Foram excluídos editoriais, capítulos de livros, dissertações e resumos de congresso.

### 3.1.3 Estratégia de busca

A busca foi realizada entre julho de 2020 e fevereiro de 2021 nas bases eletrônicas de dados: *Web of Science*, *Pubmed*, *LILACS* e *Scopus*. A estratégia de busca incluiu descritores indexados no *Medical Subject Headings* (MESH) unidos por indicadores booleanos AND e OR. Os descritores foram separados em quatro blocos (qualidade do cuidado, ILPI, idoso e modelo teórico) conforme Quadro 1. Adaptações foram realizadas de acordo com as exigências de cada base. Foram utilizados termos em inglês para a busca porque todas as bases têm resumo em inglês, mesmo quando o texto completo estava em português ou espanhol. Houve busca manual nas referências dos artigos selecionados para identificação de outros estudos.

Para a escolha dos descritores várias buscas foram realizadas com diferentes combinações. A literatura cinzenta foi removida na busca final por não ter acrescentado estudos que tivessem os critérios de inclusão. Os resultados alcançados foram comparados para que pudesse ser escolhida a combinação com maior número de artigos, mas com a especificidade necessária para encontrar as teorias existentes relacionadas a qualidade do cuidado em ILPI.

Quadro 1 – Relação de bases pesquisadas e termos de pesquisa

Base	Termos de busca
<i>Web of Science</i>	("quality of care"[All Fields] OR "quality of healthcare"[All Fields] OR "quality of health care"[All Fields] OR "quality indicator*"[All Fields] OR "quality measure*"[All Fields] OR "quality assess*"[All Fields] OR "quality evaluation"[All Fields]) AND ("nursing home"[All Fields] OR "nursing homes"[All Fields] OR "homes for the aged"[All Fields] OR "residential care home"[All Fields] OR "long term facilit*"[All Fields] OR "homes nursing"[All Fields] OR "residential care"[All Fields] OR "residential care

	institutions"[All Fields] OR "long-term care"[All Fields] OR "long-term care"[All Fields] OR "care home"[All Fields]) AND ("elder"[All Fields] OR "elder*"[All Fields] OR ("aged"[MeSH Terms] OR "aged"[All Fields]) OR "geriatric*"[All Fields] OR "gerontol*"[All Fields] OR "older adult*"[All Fields] OR "aging"[All Fields]) AND ("theoretical model"[All Fields] OR "theoretical framework"[All Fields] OR "theory"[All Fields] OR "measure*"[All Fields] OR "models theoretical"[All Fields] OR "theoretical study"[All Fields] OR "conceptual model"[All Fields] OR "conceptual framework"[All Fields])
<i>Pubmed</i>	("quality of care"[All Fields] OR "quality of healthcare"[All Fields] OR "quality of health care"[All Fields] OR "quality indicator*"[All Fields] OR "quality measure*"[All Fields] OR "quality assess*"[All Fields] OR "quality evaluation"[All Fields]) AND ("nursing home"[All Fields] OR "nursing homes"[All Fields] OR "homes for the aged"[All Fields] OR "residential care home"[All Fields] OR "long term facilit*"[All Fields] OR "homes nursing"[All Fields] OR "residential care"[All Fields] OR "residential care institutions"[All Fields] OR "long-term care"[All Fields] OR "long-term care"[All Fields] OR "care home"[All Fields]) AND ("elder"[All Fields] OR "elder*"[All Fields] OR ("aged"[MeSH Terms] OR "aged"[All Fields]) OR "geriatric*"[All Fields] OR "gerontol*"[All Fields] OR "older adult*"[All Fields] OR "aging"[All Fields]) AND ("theoretical model"[All Fields] OR "theoretical framework"[All Fields] OR "theory"[All Fields] OR "measure*"[All Fields] OR "models theoretical"[All Fields] OR "theoretical study"[All Fields] OR "conceptual model"[All Fields] OR "conceptual framework"[All Fields])
<i>Scopus</i>	(( "quality of care" OR "quality of healthcare" OR "quality of health care" OR "quality indicator" OR "quality measure*" OR "quality assess*" OR "quality evaluation" )) AND (((("Nursing Homes" [mesh] OR "Homes for the Aged" [mesh] OR residential AND care AND home*[title/abstract] OR "long AND term AND facilit*" OR "homes, AND nursing" OR "residential AND care" OR "residential AND care AND institutions" OR "long-term AND care" OR "long AND term AND care" OR "care AND home*")))) AND ((elder* OR aged OR geriatric* OR "older AND adults" OR "aging" )) AND (( "theoretical model" ) OR ( "theoretical framework" ) OR ( "theory" ) OR ( "measure" ) OR ( "models theoretical" ) OR ( "theoretical study" ) OR ( "conceptual model" ) AND ( "conceptual framework" ) )
<i>Lilacs</i>	(( "quality of care" OR "quality of healthcare" OR "quality of health care" OR "quality indicator" OR quality measure* OR "quality assess*" OR "quality evaluation" )) AND (((("Nursing Homes" OR "Homes for the Aged" OR residential AND care AND home* OR long AND term AND facilit* OR "homes, AND nursing" OR "residential AND care" OR "residential AND care AND institutions" OR "long-term AND care" OR "long AND term AND care" OR "care AND home*")))) AND ((elder* OR aged OR geriatric* OR "older AND adults" OR "aging" )) AND (( "theoretical model" ) OR ( "theoretical framework" ) OR ( "theory" ) OR ( "measure" ) OR ( "models theoretical" ) OR ( "theoretical study" ) OR ( "conceptual model" ) AND ( "conceptual framework" ) )

Fonte: VIEIRA *et al.*, 2021b, p. 3.

### 3.1.4 Identificação de estudos relevantes e extração de dados

Dois pesquisadores independentes (BLCV e ACM) realizaram as etapas de seleção. Os resultados foram coletados individualmente e comparados posteriormente. O programa Microsoft Excel® foi utilizado para identificação e exclusão dos artigos duplicados. Foram lidos título e resumo para primeira seleção, em seguida, os artigos selecionados foram lidos na íntegra por ambos os pesquisadores. As discordâncias quanto às inclusões foram discutidas entre os dois pesquisadores até a obtenção de um consenso, não havendo, as discordâncias foram discutidas com os outros pesquisadores. De acordo com as diretrizes de uma revisão de escopo nenhuma avaliação da qualidade dos artigos foi realizada.

Em seguida, a extração das informações dos trabalhos selecionados foi realizada utilizando uma planilha desenvolvida no software *Microsoft Excel*® com as seguintes informações: autor, ano de publicação, país onde foi realizada a pesquisa, objetivos, amostra, variáveis utilizadas, método de coleta de dados e dimensões de qualidade do cuidado utilizadas para avaliar a qualidade do cuidado em ILPI, separadas pelo modelo teórico utilizado. As teorias foram identificadas da seguinte forma: multidimensional quando indicada nos artigos com essa denominação ou quando mencionaram as dimensões que utilizaram para avaliar a qualidade; estrutura-processo-resultado quando o autor usou esse termo ou indicou ser a teoria de Donabedian; centrada na pessoa quando foi descrita como baseada na preferência ou satisfação do consumidor; a centrada no trabalhador quando a avaliação envolveu a ação do trabalhador para bem-estar do residente.

## 3.2 Fase 2

Após o resultado da revisão de escopo foi realizada a segunda fase da pesquisa. Trata-se de um estudo metodológico realizado em três etapas. A primeira foi a criação de um instrumento de autoavaliação baseada na revisão de literatura e nos conceitos de qualidade do cuidado encontrados na fase 1 dessa pesquisa; pelo modelo de qualidade desenvolvido por Figueiredo *et al.* (2020), que define qualidade de ILPI centrada no idoso como corresponsável pelo cuidado, relacionada a ambiência, cuidado ofertado, equipe e processo de trabalho, Estado, família e comunidade; pelo modelo multidimensional sobre qualidade do cuidado em ILPI por

Rantz *et al.* (1999), que define a qualidade do cuidado como multidimensional envolvendo equipe, cuidado, envolvimento da família, comunicação, ambiente, casa e custo; o modelo teórico de Donabedian (1988), para avaliação dos serviços de saúde foi também utilizado, assumindo-se os conceitos de processo de trabalho e estrutura, a serem avaliados pelo instrumento. A estrutura envolve recursos materiais, humanos e organizacionais que favorecem os processos de trabalho e que envolve atividades relacionadas ao cuidado e pela legislação brasileira sobre o tema, a RDC nº 502 de 27 de maio de 2021, que dispõe sobre o funcionamento das ILPI (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2021). Uma revisão completa da literatura é indispensável para iniciar um estudo Delphi (SCHMALZ; SPINLER; RINGBECK, 2021).

O instrumento elaborado apresenta padrões de qualidade referentes a estrutura e processo de trabalho nas dimensões ambiente, equipe de trabalho, cuidado, ambiente familiar/lar, envolvimento familiar e da comunidade e gestão da ILPI. Os conceitos das dimensões estão descritos no Quadro 2. Uma escala define parâmetros de alcance do padrão de qualidade pela ILPI em ausente, incipiente, em desenvolvimento ou consolidado. Sempre que disponível, os parâmetros foram baseados em estudos prévios ou no marco legal brasileiro (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2021). Critérios estatísticos, quartis e tercis, foram empregados quando nenhuma das condições estava disponível. Uma ficha descritiva foi elaborada contendo: conceito da dimensão de qualidade avaliada, descrição de cada padrão com seu objetivo, justificativa e a escala de avaliação. As respostas possibilitam classificar as ILPI para diferenciar a qualidade oferecida (MCPHERSON; REESE; WENDLER, 2018).

Com a possibilidade de classificação da qualidade, seu uso foi idealizado para autoavaliação pelos gestores das ILPI, possibilitando verificar o que é necessário mudar para oferecer melhor qualidade do cuidado. Ao todo são 29 padrões em seis dimensões, onde cada padrão indica o nível de qualidade. Essa classificação permite comparações entre as ILPI, indicando aquelas que necessitam de maiores mudanças e recursos, e pode ser utilizado também para avaliações externas, como orientador durante fiscalização.

Quadro 2 – Conceitos das dimensões avaliadas pelo instrumento de autoavaliação da qualidade do cuidado em ILPI

Dimensões	Conceitos
<b>Ambiente</b>	Foi empregado o conceito de docilidade ambiental que se refere à locais amigáveis resultantes da oferta de recursos físicos e psicossociais de natureza compensatória para favorecer a saúde física, a funcionalidade, a segurança, a identidade com a residência e o bem-estar psicológico das pessoas idosas. À medida que as competências da pessoa declinam e o comportamento depende de fatores externos, torna-se necessário melhorar o ambiente para que possam viver mais dignamente, com mais segurança e bem-estar (LAWTON; NAHEMOW, 1973; RANTZ <i>et al.</i> , 1999; KANE, 2001; BATISTONI, 2014; MEDEIROS <i>et al.</i> , 2016; VERAS <i>et al.</i> , 2018).
<b>Equipe de trabalho</b>	Se refere à equipe de profissionais que atua no cuidado ao idoso que vive na ILPI. É necessário observar os requisitos técnicos para cada categoria profissional, assegurar o número mínimo de profissionais, estabelecer a educação continuada e aperfeiçoamento do processo de trabalho para que haja satisfação dos profissionais e conseqüentemente melhor atendimento das necessidades dos idosos (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2021; RANTZ <i>et al.</i> , 1999; DONABEDIAN, 1988).
<b>Cuidado</b>	O cuidado é toda ação para atender às necessidades básicas dos idosos, incluindo também o estímulo ao autocuidado, autoestima e autovalorização. A ILPI deve prestar o cuidado ao idoso de forma continuada, com respeito e escuta qualificadas, empatia, estimulando a sua autonomia e independência, sempre que possível. O cuidado é essencial para a qualidade de vida e sobrevivência dos idosos (BARBOSA <i>et al.</i> , 2017; RANTZ <i>et al.</i> , 1999, BUEDO GUIRADO <i>et al.</i> , 2019).
<b>Lar</b>	O idoso que vive em ILPI deve sentir que está em seu próprio lar. Com ambiente acolhedor, a ILPI deve preservar os hábitos, a autonomia, o convívio social com segurança, a higiene, a salubridade, a acessibilidade e a privacidade. Quando isso acontece, o idoso percebe os funcionários como amigos e familiares, sentindo-se em seu próprio lar, participando das atividades da ILPI com liberdade e privacidade (RANTZ <i>et al.</i> , 1999; RIJNAARD <i>et al.</i> , 2016; CASPARI <i>et al.</i> , 2018).
<b>Envolvimento familiar e da comunidade</b>	A manutenção do idoso no próprio ambiente familiar é o ideal, mas não sendo possível, a institucionalização é uma possibilidade. Mesmo assim, é necessário continuar esse envolvimento com a família e comunidade favorecendo a autonomia e qualidade de vida. Essa interação ajuda a manter a saúde mental, a satisfação e a independência (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2021; RABELO; NERI, 2016; HUSEBØ <i>et al.</i> , 2018)
<b>Gestão da ILPI</b>	Para esta dimensão foram incluídos processos da administração da ILPI para alcançar resultados, com melhor qualidade de vida para o idoso e cuidador, a partir de normas que deveriam ser seguidas e estão estabelecidas pela legislação (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2021; EOM; PENKUNAS; CHAN, 2017).

O instrumento foi submetido inicialmente a um pré-teste por quatro especialistas (professores da área de saúde do idoso) para avaliar o formato adotado, as dimensões com seus padrões de avaliação, a linguagem e as possíveis inconsistências, para depois ser aplicado aos especialistas (CANTRILL; SIBBALD; BUETOW, 1996).

A segunda etapa foi a da validação utilizando a Técnica *Delphi* modificada (JONES; HUNTER, 1995; WILLIAMS; WEBB, 1994) que consiste em uma consulta interativa a *experts* (especialistas) que julgam sobre questões ou assuntos específicos, buscando um consenso. Para problemas de saúde que não têm informação suficiente e é necessária uma decisão, os métodos de consenso são um meio de sintetizar informações, além dos estudos que utilizam a meta-análise, empregados para resolver inconsistências. Pelo consenso, uma ampla gama ampla de informações, mais do que ser empregadas nos métodos estatísticos, pode ser utilizada para organizar informações que são inadequadas ou inexistentes (JONES; HUNTER, 1995).

Essa técnica possibilita a expressão livre do *expert* sem a presença de outro, o que diminui o risco de vieses. As rodadas permitem modificações e alterações que são vistas por todos os *experts*, sem contato entre eles, evitando interferência nas respostas, que pode ocorrer em grupos de discussão (WILLIAMS; WEBB, 1994).

O número indicado de *experts* deve ser de pelo menos cinco e no máximo de 20, todos devem ter domínio sobre o tema a ser estudado. Todas as sugestões devem ser justificadas. As frequências de respostas obtidas devem ser realizadas (ROWE; WRITE, 2001).

Um roteiro de validação foi elaborado, permitindo que os especialistas avaliassem cada padrão do instrumento de autoavaliação quanto à pertinência: 1) “O padrão é pertinente para a avaliação da qualidade da ILPI?”; 2) “O padrão é pertinente para a avaliação da dimensão proposta?”. Para estas duas questões, os *experts* deveriam escolher uma das seguintes opções de resposta: o padrão é indispensável; o padrão é necessário ou o padrão é dispensável. Os especialistas manifestaram também sua opinião em relação às perguntas “A redação do padrão é adequada para a compreensão do seu conteúdo?”; “O objetivo do padrão está adequadamente descrito?” e “A escala de avaliação proposta é adequada para medir diferentes níveis de qualidade da ILPI quanto ao padrão avaliado?” escolhendo uma das opções: adequado; parcialmente adequado ou inadequado. Adicionalmente, duas questões



abertas possibilitaram aos especialistas registarem sugestão de redação para melhorar a clareza e a compreensão do conteúdo do padrão ou algum outro comentário ou sugestão sobre o padrão.

Como indicado, houve anonimato dos participantes e o processo foi realizado em duas rodadas, quando houve consenso, com *feedback* dos resultados de cada etapa para todos os *experts* para reavaliação e com posterior análise das concordâncias e discordâncias. As etapas para utilização desse método foram (1) definição dos objetivos de pesquisa, (2) elaboração da matriz, (3) seleção dos *experts*, (4) respostas da pesquisa pelos *experts* online, (5) análise dos consensos, (6) relatório das rodadas, (7) conclusões gerais e relatório final (ROWE; WRITE, 2001).

Os documentos foram enviados aos *experts* para avaliação usando uma plataforma online, *Google Forms*. Foi enviado primeiramente um convite explicando a matriz, suas dimensões, seus padrões de qualidade, seus indicadores; e a sua forma de avaliação, através de uma escala. Para a validade dos padrões foi adotado o consenso mínimo de 75% entre os *experts*. Cada padrão foi avaliado por todas as perguntas. As repostas para cada um dos padrões foram consideradas como pertinentes (quando avaliadas como indispensáveis ou necessárias) ou não (quando avaliadas como dispensáveis) e adequadas (quando avaliadas em adequado ou parcialmente adequado) e inadequadas (quando avaliado como inadequado). As respostas foram consolidadas e avaliadas quanto a sua inclusão ou não, sempre com base na literatura e legislação nacional sobre o tema (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2021). O relatório continha a porcentagem de concordância, as sugestões, a justificativa de seu aceite ou não, a versão inicial e a nova versão do instrumento. O processo de *feedback* permite e encoraja os participantes selecionados do Delphi a reavaliar seus julgamentos iniciais sobre as informações fornecidas (FINK-HAFNER *et al.*, 2019; MEYRICK, 2003).

O estudo foi apresentado e aprovado pelo Comitê em Pesquisa da UFMG CAAE: 17002519.4.0000.5149 (Anexo A). Foi enviado o termo de consentimento livre e esclarecido para os *experts* online, explicando o anonimato, ausência de riscos e possibilidade de retirar sua participação na pesquisa futuramente. Os *experts* foram escolhidos pela afinidade ao tema e experiência na área, sendo trabalhadores de ILPI ou membros de áreas ligadas à saúde da pessoa idosa: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (1), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (1), enfermeiras gestoras da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (2), professora da

Fundação Dom Cabral (1), professora da área de geriatria da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (1), funcionários da Coordenadoria da Pessoa Idosa do Estado de Minas Gerais (2), funcionários de ILPI: terapeuta ocupacional (1), nutricionista (1), advogado (1), fisioterapeuta (1).

Após essa etapa, a matriz foi impressa e enviada para 10 gestores de ILPI filantrópicas e particulares para validação desses profissionais. Esse diferencial é importante para unir o saber da parte teórica com a parte que irá aplicar a matriz na autoavaliação da ILPI, tornando mais forte a validação (ROWE; WRITE, 2001; BOULKEDID *et al.*, 2011). Foi enviada uma folha resposta, o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias e um guia explicativo para o preenchimento da matriz. O guia continha a matriz, com justificativa, objetivo e escala de avaliação de cada padrão; explicação sobre o conceito de qualidade do cuidado em ILPI; a importância e a frequência recomendada de avaliação. Foram avaliadas a clareza dos padrões, a utilidade para a autoavaliação da ILPI e se a escala estava adequada para diferenciar o nível da qualidade do cuidado em ILPI. Para a clareza e adequação da escala as opções de escolha foram sim ou não. Para a utilidade os gestores deveriam escolher uma das seguintes opções de resposta: sempre, às vezes, raramente, nunca. As respostas foram consideradas como úteis quando respondido sempre ou às vezes. Quando o padrão não foi considerado adequado foi solicitado justificativa e houve um espaço para comentários e sugestões. A utilidade do guia também foi verificada com opções de resposta sim ou não.

A terceira etapa foi o projeto final da matriz. Foram realizadas mudanças da matriz de acordo com as avaliações obtidas e ela foi denominada Instrumento de Autoavaliação da Qualidade do Cuidado para ILPI (Apêndice A): QUALIFICAILPI. Disponível em: <https://bit.ly/3w0d6RR>.

### 3.3 Fase 3

Foi construído um produto técnico: um guia para explicação sobre o preenchimento do instrumento pelos coordenadores e trabalhadores de ILPI.

Sua elaboração e arte final teve a participação de uma estudante de graduação da Faculdade de Odontologia da UFMG. Foram elaboradas ilustrações para facilitar o entendimento dos conceitos de qualidade, suas dimensões e padrões. Está disponível em versão impressa e digital (<https://bitly.com/mNonLKsr>).

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo apresentamos 2 artigos: o primeiro foi publicado em inglês e apresentado a seguir em português com o título e resumo em inglês e português; com as regras de formatação da revista. O segundo foi submetido em inglês e apresentado da mesma forma do anterior.

### 4.1 Artigo 1

Artigo publicado na revista *Research, Society and Development* - ISSN 2525-3409  
Qualis Multidisciplinar – A3

Índice H5 (*Google Metrics*): 21 (2022)

*Score CiteFactor*: 1.78 (2020-21)

## **QUALITY OF CARE IN LONG-TERM CARE INSTITUTIONS: A SCOPING REVIEW OF LITERATURE**

### **ABSTRACT**

This review sought to answer the question “What theoretical models have been used to define and evaluate the quality of care provided to older adults in long-term care institutions?” The employed study methodology followed the recommendations of the Joanna Briggs Institute Reviewers Manual. Using MESH terms and keywords such as “elderly,” “long-term care,” and “theoretical,” four electronic databases (i.e., PubMed, Scopus, Web of Science, and LILACS) were searched for articles in Portuguese, English, and Spanish, without a time frame restriction. Titles and abstracts were independently screened by two reviewers, followed by a full-text review. A total of 1,209 articles met our inclusion criteria, 80 were selected for full reading, and 21 were included for qualitative synthesis. The theoretical models cited in the studies included the multidimensional model (n = 10); the structure, process, and results model (n = 8); a theory centered on the person (n = 2); and one centered on the work environment (n = 1). Few articles used a conceptual model as the basis for assessing long-term care institutions, which is important for the construction of instruments and indicators that assess the quality of care.

**Keywords:** Quality of care; Theoretical model; Long-term care for the aged; Elders.

## **QUALIDADE DO CUIDADO EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA: UMA REVISÃO DE ESCOPO DA LITERATURA**

### **RESUMO**

Esta revisão buscou responder à questão “Quais modelos teóricos têm sido utilizados para definir e avaliar a qualidade da assistência prestada a idosos em instituições de longa permanência?” A metodologia de estudo empregada seguiu as recomendações do Joanna Briggs Institute Reviewers Manual. Usando termos MESH e palavras-chave, como “idosos,” “instituição de longa permanência para idosos” e “teoria”, quatro bases de dados eletrônicas (PubMed, Scopus, Web of Science e LILACS) foram pesquisados e incluídos artigos em português, inglês e espanhol, sem restrição de data. Os títulos e resumos foram selecionados de forma independente por dois revisores, seguidos de uma revisão do texto completo. Um total de 1.209 artigos preencheram nossos critérios de inclusão, 80 foram selecionados para leitura na íntegra e 21 foram incluídos para uma síntese qualitativa. Os modelos teóricos citados nos estudos incluíram o modelo multidimensional (n = 10); a estrutura, processo, resultados (n = 8); a teoria centrada na pessoa (n = 2); e a centrada no ambiente de trabalho (n = 1). Poucos artigos utilizaram um modelo conceitual como base para a avaliação das instituições de longa permanência, o que é importante para a construção de instrumentos e indicadores que avaliem a qualidade do cuidado.

**Palavras-chave:** Qualidade do cuidado; Modelo teórico; Instituições de longa permanência para idosos; Idosos.

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, acompanhado do aumento no número de idosos com comprometimento funcional e dependência para as atividades diárias. Esses idosos requerem cuidados próximos, contínuos e de longo prazo, que nem sempre são ofertados pela família. Neste contexto, a institucionalização se torna uma alternativa para os idosos e familiares (JOSHUA, 2017; BURKE & WERNER, 2019).

No mundo, existem diferentes modalidades de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), com diferentes denominações, mas com características em comum. São residências coletivas para pessoas idosas, com ou sem necessidade de assistência nas atividades de vida diária (AVD) e/ou com problemas comportamentais. A função das ILPI é fornecer um lar com proteção, dignidade, cidadania, liberdade, suporte familiar e possibilidade de manutenção do estado funcional (ONDER *et al.*, 2012; SANFORD *et al.*, 2015; World Health Organization, 2017; TRINKOFF *et al.*, 2020).

Para verificar a qualidade do cuidado oferecido pelas ILPI, muitas formas de avaliação são criadas e aplicadas e podem ser utilizadas na orientação da escolha pelos residentes ou no direcionamento dos investimentos realizados pelo governo local (SPASOVA *et al.*, 2018; SCHEFFELAAR *et al.*, 2019; MILTE *et al.*, 2019; WAGNER *et al.*, 2020; SION *et al.*, 2020). A recomendação é que sejam usadas múltiplas dimensões e indicadores para a avaliação (GILINSEN *et al.*, 2017; DYER *et al.*, 2019).

Para a construção de instrumentos de avaliação é importante uma teoria para direcionar a pesquisa, o que vai ser avaliado e como será medido. A escolha do referencial teórico exige conhecimento profundo sobre o tema (ADOM *et al.*, 2018, COLLINS *et al.*, 2018, VARPIO *et al.*, 2019). Segundo a Organização Mundial da Saúde, a definição de qualidade deve ser efetiva, eficiente, acessível, centrada no paciente, justa e segura (World Health Organization, 2006). O mapeamento dos modelos teóricos utilizados pelos pesquisadores para avaliar a qualidade do cuidado em ILPI, além de sistematizar a teoria empregada, contribuirá na comparação destes modelos e escolha do referencial teórico para delineamento de estudos futuros. Portanto, o objetivo deste estudo foi mapear os referenciais teóricos usados para definir e avaliar a qualidade do cuidado em ILPI.

## 2 MÉTODOS

Uma revisão de escopo foi conduzida de acordo com orientações metodológicas descritas por *The Joanna Briggs Institute Reviewers Manual* (Peters *et al.*, 2015). Esse tipo de revisão tem como objetivo o mapeamento de conceitos chave e síntese das teorias, esclarecendo os limites conceituais e lacunas na literatura (LEVAC *et al.*, 2010; TRICCO *et al.*, 2016; MUNN *et al.*, 2018). O *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) Checklist* foi adotado para reportar esta revisão.

A metodologia seguiu as seguintes etapas: (1) identificação do problema de pesquisa, (2) desenvolvimento dos critérios de elegibilidade, (3) definição da estratégia de busca e (4) síntese qualitativa dos resultados (ARMSTRONG *et al.*, 2011; PETERS *et al.*, 2015).

### 2.1 Identificação do problema de pesquisa

Esta pesquisa foi motivada pela necessidade de identificação de modelos teóricos para avaliação da qualidade do cuidado no contexto de ILPI. A estratégia PCC (população, conceito e contexto) estruturou a construção da pergunta de pesquisa. A população compreendeu idosos institucionalizados, o conceito se refere aos modelos teóricos empregados para guiar a avaliação da qualidade do cuidado e o contexto foi a própria ILPI (PETERS *et al.*, 2015). Portanto, a pergunta da pesquisa ficou definida como: Quais os modelos teóricos têm sido utilizados para definir e avaliar a qualidade do cuidado ofertada às pessoas idosas em ILPI?

### 2.2 Desenvolvimento dos critérios de elegibilidade

Os critérios de elegibilidade foram (1) idiomas inglês, português e espanhol, (2) estudos originais com abordagem quantitativa ou qualitativa, (3) estudos que apresentaram um modelo teórico para a avaliação da qualidade do cuidado em ILPI, (4) estudo conduzido em ILPI. Não houve recorte temporal. Foram excluídos editoriais, capítulos de livros, dissertações e resumos de congresso.

### 2.3 Estratégia de busca

A busca foi realizada entre julho de 2020 e fevereiro de 2021 nas bases eletrônicas de dados: *Web of Science*, *Pubmed*, *LILACS* e *Scopus*. A estratégia de busca incluiu descritores indexados no *Medical Subject Headings* (MeSH) unidos por indicadores booleanos AND e OR. Os descritores foram separados em quatro blocos (qualidade do cuidado, ILPI, idoso e modelo teórico) e a busca foi adaptada de acordo com cada base de dados (TABELA 1). Realizou-se também busca manual consultando a lista de referências dos artigos incluídos.

Tabela 1 – Estratégia de busca para as bases eletrônicas consultadas

Base	Termos de busca
<i>Web of Science</i>	("quality of care"[All Fields] OR "quality of healthcare"[All Fields] OR "quality of health care"[All Fields] OR "quality indicator*"[All Fields] OR "quality measure*"[All Fields] OR "quality assess*"[All Fields] OR "quality evaluation"[All Fields]) AND ("nursing home"[All Fields] OR "nursing homes"[All Fields] OR "homes for the aged"[All Fields] OR "residential care home"[All Fields] OR "long term facilit*"[All Fields] OR "homes nursing"[All Fields] OR "residential care"[All Fields] OR "residential care institutions"[All Fields] OR "long-term care"[All Fields] OR "long-term care"[All Fields] OR "care home"[All Fields]) AND ("elder"[All Fields] OR "elder*"[All Fields] OR ("aged"[MeSH Terms] OR "aged"[All Fields]) OR "geriatric*"[All Fields] OR "gerontol*"[All Fields] OR "older adult*"[All Fields] OR "aging"[All Fields]) AND ("theoretical model"[All Fields] OR "theoretical framework"[All Fields] OR "theory"[All Fields] OR "measure*"[All Fields] OR "models theoretical"[All Fields] OR "theoretical study"[All Fields] OR "conceptual model"[All Fields] OR "conceptual framework"[All Fields])
<i>Pubmed</i>	("quality of care"[All Fields] OR "quality of healthcare"[All Fields] OR "quality of health care"[All Fields] OR "quality indicator*"[All Fields] OR "quality measure*"[All Fields] OR "quality assess*"[All Fields] OR "quality evaluation"[All Fields]) AND ("nursing home"[All Fields] OR "nursing homes"[All Fields] OR "homes for the aged"[All Fields] OR "residential care home"[All Fields] OR "long term facilit*"[All Fields] OR "homes nursing"[All Fields] OR "residential care"[All Fields] OR "residential care institutions"[All Fields] OR "long-term care"[All Fields] OR "long-term care"[All Fields] OR "care home"[All Fields]) AND ("elder"[All Fields] OR "elder*"[All Fields] OR ("aged"[MeSH Terms] OR "aged"[All Fields]) OR "geriatric*"[All Fields] OR "gerontol*"[All Fields] OR "older adult*"[All Fields] OR "aging"[All Fields]) AND ("theoretical model"[All Fields] OR "theoretical framework"[All Fields] OR "theory"[All Fields] OR "measure*"[All Fields] OR "models theoretical"[All Fields] OR "theoretical study"[All Fields] OR "conceptual model"[All Fields] OR "conceptual framework"[All Fields])



<i>Scopus</i>	(( "quality of care" OR "quality of healthcare" OR "quality of health care" OR "quality indicator" OR "quality measure*" OR "quality assess*" OR "quality evaluation" )) AND ( ((( "Nursing Homes" [mesh] OR "Homes for the Aged" [mesh] OR residential AND care AND home*[title/abstract] OR "long AND term AND facilit*" OR "homes, AND nursing" OR "residential AND care" OR "residential AND care AND institutions" OR "long-term AND care" OR "long AND term AND care" OR "care AND home*" ))) AND ( ( elder* OR aged OR geriatric* OR "older AND adults" OR "aging" ))) AND ( ( "theoretical model" ) OR ( "theoretical framework" ) OR ( "theory" ) OR ( "measure" ) OR ( "models theoretical" ) OR ( "theoretical study" ) OR ( "conceptual model" ) AND ( "conceptual framework" ) )
<i>Lilacs</i>	(( "quality of care" OR "quality of healthcare" OR "quality of health care" OR "quality indicator" OR quality measure* OR "quality assess*" OR "quality evaluation" )) AND ( ((( "Nursing Homes" OR "Homes for the Aged" OR residential AND care AND home* OR long AND term AND facilit* OR "homes, AND nursing" OR "residential AND care" OR "residential AND care AND institutions" OR "long-term AND care" OR "long AND term AND care" OR "care AND home*" ))) AND ( ( elder* OR aged OR geriatric* OR "older AND adults" OR "aging" ))) AND ( ( "theoretical model" ) OR ( "theoretical framework" ) OR ( "theory" ) OR ( "measure" ) OR ( "models theoretical" ) OR ( "theoretical study" ) OR ( "conceptual model" ) AND ( "conceptual framework" ) )

Fonte: Autores.

## 2.4 Síntese qualitativa dos resultados

Inicialmente, foi realizada a identificação dos estudos relevantes. O programa Microsoft Excel® foi utilizado para identificação e exclusão dos artigos duplicados. Dois pesquisadores independentes (BLCV e ACM) realizaram as etapas de seleção. Foram lidos título e resumo para primeira triagem, em seguida, os artigos selecionados foram lidos na íntegra por ambos pesquisadores. As discordâncias quanto às inclusões foram debatidas entre os dois pesquisadores até a obtenção de um consenso, não havendo, as discordâncias foram discutidas com outro pesquisador. De acordo com as diretrizes de uma revisão de escopo, não foi realizada avaliação da qualidade dos artigos.

Em seguida, a extração das informações dos trabalhos selecionados foi realizada utilizando uma planilha desenvolvida no software Microsoft Excel® com as seguintes informações: autor, ano de publicação, país onde foi realizada a pesquisa, objetivos, amostra, variáveis utilizadas, método de coleta de dados e dimensões de qualidade do cuidado utilizadas para avaliar a qualidade do cuidado em ILPI,

separadas pelo modelo teórico utilizado. As teorias foram identificadas da seguinte forma: multidimensional quando indicada nos artigos com essa denominação ou quando mencionaram as dimensões que utilizaram para avaliar a qualidade; estrutura-processo-resultado quando o autor usou esse termo ou indicou ser a teoria de Donabedian; centrada na pessoa quando foi descrita como baseada na preferência ou satisfação do consumidor; a centrada no trabalhador quando a avaliação envolveu a ação do trabalhador para bem-estar do residente.

### 3 RESULTADOS

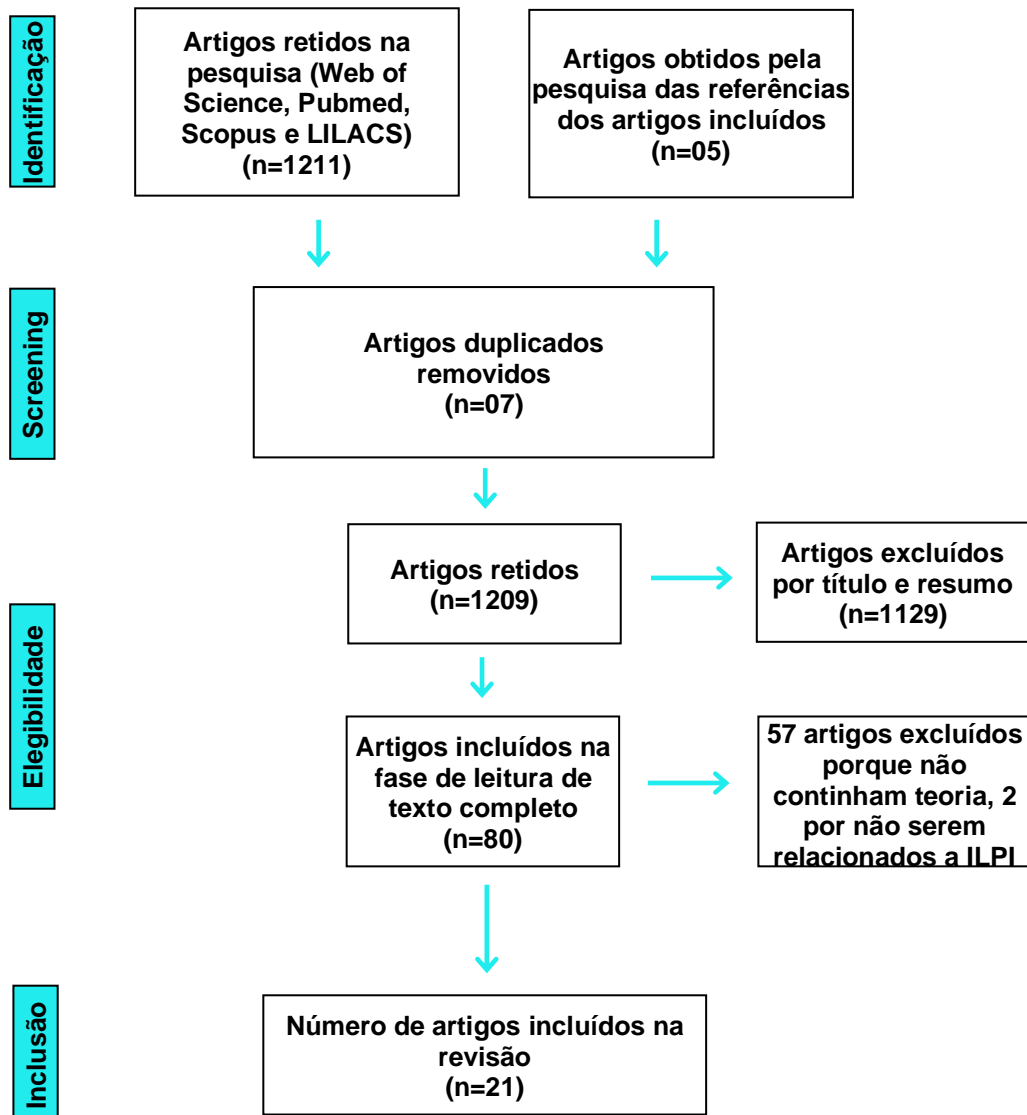
Foram retidos 1216 estudos, dos quais sete eram duplicados. Dos estudos 1204 foram triados pela leitura de título e resumo e 80 pela leitura do texto na íntegra. Mais cinco estudos foram selecionados a partir da pesquisa das referências dos artigos selecionados para a leitura completa (Figura 1).

A sequência de pesquisa, critérios de inclusão e exclusão foram descritos no fluxograma (FIGURA 1). Os artigos selecionados foram separados de acordo com as teorias usadas. A tabela 2 mostra a informação sobre autor(es), local da pesquisa, tipo de estudo, objetivos, composição da amostra e variáveis. Depois da seleção e aplicando o critério de elegibilidade, foram incluídos 21 artigos na revisão, a maior parte transversal (n=13), qualitativos (n=6) e apenas 2 longitudinais. A maioria dos estudos foi realizada em um único país, mais frequentemente nos Estados Unidos (n=10), Inglaterra, Dinamarca, Finlândia, Israel, Líbano, Suíça. Os estudos multicêntricos foram 5, sendo um envolvendo República Checa, Finlândia, França, Alemanha, Itália, Israel, Holanda e Inglaterra; outro Dinamarca, Islândia, Itália, Estados Unidos; o terceiro envolvendo Estados Unidos e Finlândia; os outros Estados Unidos, Canadá, Islândia; e Estados Unidos e Islândia (TABELA 2).

As amostras utilizadas foram as próprias ILPI (Gustafson *et al.*, 1990; Phillips *et al.*, 1997; Sainfort *et al.*, 1995; Rantz *et al.*, 2000; Grabowski, 2001; Rantz *et al.*, 2002; Fleishman, 1998; Weech-Maldonado, *et al.*, 2004; Laberge *et al.*, 2008; Goodson *et al.*, 2008; Thomas *et al.*, 2012); os residentes e familiares (Rantz *et al.*, 1999); apenas familiares (Thompson *et al.*, 2012); apenas residentes (Frijters *et al.*, 2013; Malley *et al.*, 2019; Kang *et al.*, 2011; Kajonius & Kazemi, 2016; Abbott *et al.*, 2018); os administradores (Nasser; Doumit *et al.*, 2011; Lowe *et al.*, 2003) e os trabalhadores (Winsløw; Borg, 2008).

Os modelos teóricos mencionados nos artigos selecionados foram o da estrutura-processo-resultados, o multidimensional, o centrado na pessoa e o centrado no ambiente de trabalho.

Figura 1 – Fluxo de busca e exclusão



\*ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos.

Fonte: Joanna Briggs Institute Reviewers Manual (Peters *et al.* 2015) modificado pelos autores.

Tabela 2 – Relação dos estudos identificando autores, local de pesquisa, tipo de estudo, objetivos, amostra e variáveis separados pelos modelos teóricos

<b>Autores</b>	<b>Local de pesquisa</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Objetivos</b>	<b>População/ amostra</b>	<b>Variáveis /indicadores da qualidade considerados</b>	<b>Dimensões</b>	<b>Método de coleta</b>
<b>Modelo Multidimensional</b>							
Gustafson <i>et al.</i> , 1990	Estados Unidos	Qualitativo	Desenvolver instrumento de avaliação de qualidade em ILPI	Dados de 75 ILPI em Wisconsin, 18 em New York, 18 em Massachusetts	Cuidado direto ao residente, processo de cuidado, atividades recreativas, dieta, ligação com família ou comunidade.	Não relacionou as dimensões da qualidade	Validação empírica de modelo pela multiattribute utility (MAU) Methodology; Com criação e uso do QAI (Quality Assessment Index) como uma medida resumida de qualidade, com comparabilidade de pontuação entre as ILPI

Phillips <i>et al.</i> , 1997	Dinamarca, Islândia, Itália, Estados Unidos	Transversal	Avaliar e comparar a qualidade a partir de dados secundários do Resident Assessment Instrument (RAI)	Todas ILPI dos Estados Unidos; 65 da Dinamarca, 11 da Islândia; 16 da Itália	Contratura muscular, úlceras de pressão, depressão sem tratamento, restrição física, uso de psicotrópico, poucas ou nenhuma atividade física, quedas, perda de peso	Não relacionou as dimensões da qualidade	Dados secundários do RAI
Sainfort <i>et al.</i> , 1995	Estados Unidos, Finlândia	Transversal	Avaliar a relação entre o conceito e as medidas de qualidade com características organizacionais	104 ILPI	Cuidado do residente, atividades recreativas, instalações e dieta.	Variedade e adequação dos serviços médicos, características das instalações; qualidade do planejamento do cuidado	Aplicação do instrumento QAI e coleta de características organizacionais
Rantz <i>et al.</i> , 1999	Estados Unidos	Qualitativo	Descobrir as dimensões definidoras da qualidade do cuidado do ponto de vista dos consumidores de cuidados domiciliares	16 residentes de ILPI e 80 familiares	Equipe, cuidado	Equipe, cuidado, envolvimento da família, comunicação, ambiente, casa e custo	Grupo focal

Rantz <i>et al.</i> , 2000	Estados Unidos Islândia	Qualitativo	Validar o instrumento Observable Indicators of Nursing Home Care Quality (QIC)	109 ILPI Estados Unidos 11 ILPI Islândia	Interação, cuidado individual, trabalhadores, ambiente, segurança, meio social	Interação, cuidado individual, trabalhadores, ambiente, segurança, meio social	Estudo exploratório e grupos focais.
Grabowski, 2001	Estados Unidos	Longitudinal	Avaliar como o reembolso do Medicaid influencia a qualidade	15.067 ILPI participantes do On-Line Survey, Certification, and Reporting system (OSCAR)	Enfermeiras registradas e número de enfermeiras por 100 residentes, erros de medicação, cateteres uretais, tubo de alimentação, restrição física, número de deficiências segundo o processo de certificação do Medicaid.	Não relacionou as dimensões	Dados do OSCAR; da Bureau of Health Professions' Area Resource File; do State Data Book on Long-Term Care Program and Market Characteristics; e dados de 1995 e 1996 da HCFA (Health Care Financing Administration) area wage indexes
Rantz <i>et al.</i> , 2002	Canadá, Islândia	Qualitativo	Traduzir e validar o questionário	12 ILPI Islândia 1 ILPI Canadá	Cuidado, comunicação, trabalhadores, meio	Assistência; comunicação;	Consulta a avaliadores para

	Estados Unidos		(QIC)	20 ILPI Estados Unidos	ambiente, envolvimento da família, lar e foco central no cuidado	equipe de trabalho; ambiente; envolvimento da família; casa; foco central	validação e aplicação em ILPI
Thompson <i>et al.</i> , 2012	Finlândia	Transversal	Reportar conceitos avançados de qualidade de final de vida em ILPI	1282 familiares de residentes em estágio terminal de 85 ILPI	Proporção de residentes com diretivas antecipadas (testamentos em vida, ordens de não reanimar, não hospitalizar e sem restrições alimentares); em hospício; hospitalizados ou enviados para um pronto-socorro; em tubos de alimentação.	A própria ILPI liderança administrativa, cultura, práticas de cuidado	Entrevista com membros da família de residentes que faleceram e que residiam de forma permanente e por no mínimo 14 dias na ILPI e cujos parentes participaram do cuidado desses residentes.
Frijters <i>et al.</i> , 2013	República Checa, Finlândia, França, Alemanha, Itália, Israel,	Longitudinal	Explicar e discutir indicadores de qualidade relacionados ao interRAI	3.761 residentes de ILPI na primeira coleta de dados e 2.686 na segunda coleta.	Problema de comportamento, depressão, incontinência, infecção urinária, tratamento inadequado da dor, úlcera de pressão, nível de atividade, uso de	Não relacionou as dimensões	Avaliações, coletas de dados realizadas por enfermeiras treinadas

	Holanda e Inglaterra		Long Term Care Facility instrument (interRAI-LTCF)		antipsicótico, quedas, perda cognição, cateter, perda de peso.		
Malley <i>et al.</i> , 2019	Inglaterra	Transversal	Investigar associação entre processo (experiência) e qualidade de vida (QoL). O que é mais importante para determinar QoL e se é influenciado pelas características do usuário.	14.172 pessoas acima de 65 anos vivendo em ILPI	Segurança, experiência positiva e efetividade	Segurança, experiência positiva e efetividade	Questionário, incluindo perguntas de QoL derivados da medida The Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT); experiência de prestação de cuidados e características do usuário
Modelo de Estrutura, Processo, Resultado							
Fleishman, 1998	Israel	Transversal	Explicar modelo conceitual do método regulation, assessment, follow-up (RAF)	220 ILPI com 13.100 residentes	Sistema de provisão do cuidado, aspectos técnico-profissionais, relação cliente-profissional, custo	Estrutura, processo de trabalho, resultados	Dados da pesquisa do Service for the Aged of the Ministry of Labor and Social Affairs.



Weech-Maldonado, <i>et al.</i> , 2004	Estados Unidos	Transversal	Relacionar a teoria Estrutura-processo-resultados e efeitos da equipe de trabalho diretos ou indiretos nos resultados de cuidado	1135 ILPI em cinco estados norte-americanos	Uso restrição física, antipsicóticos, incidência e piora de úlceras de pressão, declínio cognitivo e declínio do humor	Estrutura, processo de trabalho, resultados	Dados do Minimum Data Set Plus (MDS+), OSCAR e Estrutura, processo de trabalho, resultados
Laberge <i>et al.</i> , 2008	Estados Unidos	Transversal	Comparar as características de ILPI de veteranos e da comunidade	192 ILPI de veteranos e 24.360 ILPI da comunidade	Estrutura-número mínimo de enfermeiras capacitadas, pessoal habilitado, relação enfermeiras registradas (curso superior) e horas por residente Processo- prevalência de tubo de alimentação, restrição de mobilidade, cateterismos internos Resultados- diminuição do declínio cognitivo, úlceras de pressão,	Estrutura, processo de trabalho, resultados	Dados da OSCAR de 1999-2002
Goodson <i>et al.</i> , 2008*	Estados Unidos	Transversal	Utilizar uma metodologia para agregar indicadores de qualidade.	234 ILPI	Fatores chave que afetam a qualidade: Número de cuidadoras certificadas, acamados, restrição física O questionário QIC;	Estrutura, processo de trabalho, resultados	Dados secundários com resultados da QIC de pesquisa do National

			Prover a relação entre várias medidas de qualidade e como afetam a qualidade de uma forma geral		Número de leitos; se aceita residentes do Medicare; se faz parte de uma rede de lares de idosos; número de horas de assistentes e enfermeiras e por residente; número de deficiências; Center for Health Systems Research and Analysis (CHSRA) at the University of Wisconsin–Madison – Quality Indicators		Institute of Nursing Research of the National Institutes of Health e dados primários da CHSRA at the University of Wisconsin–Madison
Kang <i>et al.</i> , 2011	Estados Unidos	Transversal	Avaliar o impacto da localização geográfica de ILPI rurais	12.507 residentes de 1.174 ILPI	Admissão em hospital em 90 dias após mudar para a ILPI, status vacinal, especialmente para pneumonia, dor severa ou moderada nos últimos 7 dias	Estrutura, processo de trabalho, resultados	Dados da 2004 National Nursing Home Survey
Nasser; Doumit <i>et al.</i> , 2011	Líbano	Qualitativo	Estabelecer um conjunto de critérios mensuráveis para ILPI	Dois painéis de discussão, um com 19 e outro com 13 participantes	Tipos de ILPI, financiamento, serviços de saúde, serviços oferecidos, atividades (social, espiritual, física e	Estrutura, processo de trabalho, resultados	Painel de discussão entre administradores, cuidadores e especialistas

---

					mental), estruturas e direitos dos idosos		
Thomas <i>et al.</i> , 2012	Estados Unidos	Transversal	Examinar as relações entre classificação das ILPI sobre cultura de segurança do paciente e processo de cuidado e resultados.	3.557 ILPI	Estrutura- segurança do paciente Processo- restrição física Resultados- queda de residentes	Estrutura, processo de trabalho, resultados	Questionário aos diretores de ILPI; 2008 Nursing Home Survey on PSC (patient safety culture), the Online Survey, Certification, and Reporting Database, and the Minimum Data Set (MDS)
Kajonius; Kazemi, 2016	Suíça	Transversal	Testar empiricamente o modelo de Donabedian	95.000 idosos em 324 cidades	Estrutura- renda por idoso, trabalhadores, treinamento Processo- respeito, informação, satisfação geral, influência na equipe de trabalho	Estrutura, processo de trabalho, resultados	Dados da Swedish annual national elderly survey (National Board of Health and Welfare 2012).

---

**Modelo Centrado no Consumidor ou Centrado na Pessoa**

Low <i>et al.</i> , 2003	Estados Unidos	Transversal	Medir a satisfação do consumidor em ILPI	50 diretores de saúde dos estados americanos	Satisfação do consumidor	Satisfação do consumidor	Questionários por e-mail
Abbott <i>et al.</i> , 2018	Estados Unidos	Transversal	Identificar preferências para os consumidores que vivem em ILPI	255 idosos em ILPI e 528 idosos com serviços baseados na comunidade	Preferências. Contato regular com família, escolher o que comer, escutar música que gosta, contato regular com amigos, ver tv, ter privacidade, ir ao ar livre, dar presentes, escolher hora do dia para banho, atividades fora do local	Preferências psicossociais, envolvimento familiar	Análise de dados secundários de respostas PELI (Preferences for Everyday Living Inventory)

**Modelo Centrado no Trabalhador**

Winsløw; Borg, 2008	Dinamarca	Transversal	Investigar a relação entre os recursos do local de trabalho e qualidade do cuidado em ILPI	7.500 trabalhadores do cuidado em 36 municípios	Possibilidades de desenvolver no trabalho, influência, liderança, previsibilidade, significado no trabalho, compromisso, clareza do papel do trabalhador	Processo de trabalho	Questionário padronizado
------------------------	-----------	-------------	--	---	--	----------------------	--------------------------

\*Estudo utilizou modelo multidimensional e estrutura, processo, resultado.

Fonte: Autores.

### **3.1 Modelos teóricos**

Foram encontrados 10 estudos que mencionaram a teoria multidimensional, oito artigos que adotaram a teoria estrutura-processo-resultado, mais conhecida como a de Donabedian, dois foram baseados na teoria centrada na pessoa e um baseado no ambiente de trabalho. Um estudo relacionou duas teorias (multidimensional e estrutura-processo-resultado). Artigos foram publicados entre 1990 e 2019.

Os artigos que usaram os modelos multidimensionais abordaram várias dimensões do cuidado incluindo residentes e familiares, trabalhadores e gestores, a estrutura física, o cuidado, o envolvimento com a família e comunidade. Aqueles que utilizaram a teoria de Donabedian, denominada estrutura-processo-resultado, avaliaram os resultados alcançados para verificar a qualidade do cuidado. Os estudos que trabalharam com o modelo centrado na pessoa consideraram o bem-estar e a qualidade de vida como indicadores de boa qualidade ofertada. Finalmente quem usou o baseado no ambiente de trabalho considerou o incentivo psicossocial dos trabalhadores como uma chave para cuidado eficiente em ILPI.

### **3.2 Dimensões dos modelos teóricos para avaliação de qualidade e mensuração por meio de indicadores**

No modelo estrutura-processo-resultado, as dimensões envolveram vários indicadores. A avaliação da estrutura verificou o número de camas (vagas) na ILPI e a habilitação dos trabalhadores (n=5), bem como o custo final por idoso (n=2). O processo de trabalho enfatizou a comunicação (n=2) e o número adequado de trabalhadores (n=2). Os resultados esperados foram definidos por indicadores referentes às condições clínicas dos pacientes, ou seja, as úlceras de pressão, quedas, incontinência, infecções, declínio cognitivo e perda de peso.

No modelo multidimensional, as dimensões citadas foram: cuidado, estado de saúde, estado funcional, bem-estar, serviços médicos, planejamento do cuidado, equipe de trabalho, envolvimento da família, comunicação, ambiente, custo, segurança, meio social, liderança administrativa, cultura, experiência positiva e efetividade. Os indicadores utilizados pelos estudos

encontrados que adotaram esse modelo foram a atuação profissional na prestação do cuidado (n=5), o envolvimento familiar (n=3), satisfação do usuário (n=2), a estrutura (n=4), atividades recreativas e interação social (n=3) e o custo (n=1).

O modelo centrado no usuário utilizou como dimensões a satisfação do usuário e o envolvimento familiar. Os indicadores utilizados nos estudos foram satisfação do consumidor, preferências, contato regular com a família, escolha da alimentação, escolha da música, contato regular com amigos, assistir à televisão, ter privacidade, ir ao ar livre, dar presentes, escolher hora do dia para banho, atividades fora da ILPI.

O modelo do ambiente de trabalho avaliou somente a atuação profissional. Os indicadores utilizados foram a possibilidade de desenvolvimento no trabalho, influência, liderança, significado no trabalho, compromisso, clareza do papel do trabalhador.

Estudos de Phillips *et al.* (1997), Frieters *et al.* (2013) e Grabowski (2001), apesar de conceituarem a qualidade do cuidado como complexa e multidimensional utilizaram instrumentos baseados no modelo estrutura-processo-resultado, respectivamente, RAI, interRAI-LTCF, OSCAR. Nasser e Doumit *et al.* (2011) utilizaram o modelo de Donabedian, ouviram administradores, cuidadores e especialistas, mas sem a participação de idosos, não muito valorizada por esse modelo.

Alguns estudos procuraram relacionar as variáveis utilizadas com a melhoria real da qualidade do cuidado. As variáveis que obtiveram relação positiva com a qualidade foram recursos psicossociais dos trabalhadores e ambiente favorável de trabalho (WINSLØW; BORG, 2008), tratamento individualizado, direcionando o foco da atenção ao idoso (ABBOTT *et al.*, 2018), a qualidade de vida (MALLEY *et al.*, 2019), o processo de trabalho e equipes de trabalho (KAJONIUS; KAZEMI, 2016) e a cultura de segurança (THOMAS *et al.*, 2012).

#### **4 DISCUSSÃO**

Medir a qualidade dos serviços em ILPI tem sido um desafio compartilhado por diversos países. A falta de uniformidade quanto ao conceito

de qualidade para ILPI e a utilização de múltiplas dimensões são dificuldades enfrentadas. Para a construção de ferramentas de avaliação da qualidade do cuidado de longo prazo para idosos é importante integrar as perspectivas dos idosos residentes, familiares e profissionais na conceituação da qualidade (NAKREN *et al.* 2008), pois a ação de cuidar ou ser cuidado em instituições envolve diversos sujeitos (FRYTAK *et al.*, 2001).

Nesse sentido, o modelo multidimensional assume que a qualidade do cuidado precisa envolver múltiplas dimensões. Para estabelecer essas dimensões, alguns estudos realizaram pesquisas qualitativas buscando conhecer as percepções da qualidade segundo especialistas, prestadores, usuários e familiares. As mais citadas foram o meio ambiente, o envolvimento familiar, os recursos humanos, a sensação de lar, o cuidado individualizado, a comunicação, o foco central nos residentes, familiares e comunidade (GUSTAFSON *et al.*, 1990; RANTZ *et al.* 1999; THOMPSON *et al.*, 2012). A partir dessas informações foram construídos os instrumentos QAI (GUSTAFSON *et al.*, 1990) e OIQ para pesquisadores, usuários e reguladores interessados em observar e avaliar a qualidade do atendimento em instituições de cuidados de longo prazo, a partir de um modelo teórico multidimensional (RANTZ *et al.*, 2000; 2002). Os estudos que utilizaram esse modelo preocuparam-se em ser mais abrangentes, com múltiplas dimensões, na avaliação do cuidado.

O uso do modelo estrutura-processo-resultado foi justificado pelos autores pela necessidade de uma forma de avaliação que garantisse a entrega de um serviço de boa qualidade aos residentes. Ele relaciona estrutura, processo e resultados como chave para obter uma boa qualidade e cada uma dessas dimensões possui vários indicadores. A estrutura envolve recursos materiais, humanos e organizacionais; o processo envolve as atividades relacionadas ao próprio cuidado; os resultados se referem ao efeito do cuidado na condição do paciente (FLEISHMAN, 1988). As críticas mais comuns ao uso do modelo de Donabedian são que ele é adaptado da indústria que gera produtos, não tendo como ponto central a saúde e bem-estar de pessoas (UNRUH *et al.*, 2004; HARRINGTON *et al.*, 2005) e que não há detalhamento suficiente para atender verdadeiramente as necessidades dos usuários ou para a elaborar um plano de cuidado (DEGENHOLTZ *et al.*, 2014). Os estudos que se apoiaram nesse modelo, de uma maneira geral, utilizaram variáveis menos abrangentes que o

multidimensional, nenhum deles avaliou o envolvimento familiar e atividades recreativas. Muitos estudos utilizaram dados secundários e usualmente os instrumentos disponíveis, são baseados nessa teoria, como o MDS (WEECH-MALDONADO *et al.*, 2004; THOMAS *et al.*, 2012) e OSCAR (GRABOWSKI, 2001; WEECH-MALDONADO *et al.*, 2004; LABERGE *et al.*, 2008). Alguns autores mesmo não apoiando essa teoria utilizaram esses mesmos dados. Geralmente esses instrumentos são utilizados para definir o financiamento e para comparação entre as ILPI (FLEISHMAN, 1998; LABERGE *et al.*, 2008; KANG *et al.*, 2011; THOMAS *et al.*, 2012; WEECH-MALDONADO *et al.*, 2004).

Na teoria Centrada na Pessoa, no primeiro estudo encontrado, a qualidade de cuidado se baseia na pessoa e no seu bem-estar, a qualidade de vida é um indicador frequentemente utilizado (LOWE *et al.*, 2003). O segundo aborda a visão mais holística do paciente, sua saúde física, mental e psicossocial é considerada para atender a individualidade e vontade da pessoa (ABBOTT *et al.*, 2018). Esse modelo preza pelas preferências individuais e se apresenta contrário ao modelo tradicional de gerenciamento biomédico da assistência, em que o profissional de saúde define o tratamento, sem a participação do paciente. Cinco princípios regem esse modelo teórico: o empoderamento, o respeito, o envolvimento do paciente, o acesso e suporte ao tratamento adequado (International Alliance of Patients' Organizations, 2007). Em geral, existem críticas acerca de uma organização centrada na pessoa, pois se acredita-se que não estaria fortemente orientada para a equidade em saúde, considerando-se que para criar sistemas de saúde equitativos seria imprescindível analisar a percepção dos usuários e também dos demais envolvidos, como dos trabalhadores que possuem potencial para identificar as disparidades nos cuidados de saúde e que podem contribuir para o aumento da qualidade da assistência (CUNNINGHAM *et al.*, 2014; DAVID *et al.*, 2020).

O modelo teórico que relaciona o ambiente de trabalho foi encontrado em apenas um estudo (WINSLØW E BORG, 2008), sendo definido como a frequência que os trabalhadores exercem ações para os usuários, que promovam bem-estar e qualidade de vida. Ele levanta a hipótese que a quantidade de trabalhadores suficiente, com adequada qualificação em um ambiente que favoreça os aspectos psicossociais desses trabalhadores fornecem melhor qualidade do cuidado. Houve relação entre os aspectos



psicossociais (influência, possibilidades de desenvolvimento, significado do trabalho, comprometimento, clareza das funções, previsibilidade e qualidade da liderança) e qualidade do cuidado (WINSLØW; BORG, 2008). Estudos mostraram que o contentamento do profissional é mediado por comportamentos proativos (KHATRI *et al.*, 2016; TOURANGEAU *et al.*, 2017; BACKHAUS *et al.*, 2017) e que a satisfação com a carreira e com o trabalho possui relação com a qualidade do atendimento prestado ao consumidor (SPENCE *et al.*, 2016), porém, não houve evidência da associação da qualidade com o pagamento por desempenho (GLICKMAN *et al.*, 2007).

O foco em apenas alguns indicadores pode não melhorar substancialmente a qualidade, sendo necessários vários indicadores para que isso ocorra (GOODSON *et al.*, 2008; THOMPSON *et al.*, 2012; KONETZKA, 2019, SONG *et al.*, 2019; MINAYO, 2019).

Com relação aos modelos teóricos, a maioria se mostra incompleta ou não foi criada especificamente para avaliar ILPI. Fatores dificultadores na avaliação são aqueles intrínsecos do idoso, como idade e carga genética, que não podem ser controlados e afetam os indicadores clínicos (UNRUH *et al.*, 2004; HARRINGTON *et al.*, 2005). Outro fator relaciona-se aos próprios indicadores, geralmente, pouco se modificaram com o tempo, e, em grande parte, não foram validados nem se relacionam necessariamente com melhoria na qualidade do cuidado (YOUNG, 2014; BURKE; DE MEDEIROS *et al.*, 2016; KOTTNER *et al.*, 2018; BURKE; WERNER, 2019; ARMIJO-OLIVO *et al.*, 2020).

Para uma boa avaliação é necessário sempre buscar os conceitos com amplitude de entendimento (BOND *et al.*, 2018) e decidir os elementos que constituirão a avaliação, partindo do princípio de que a menor qualidade está associada à ineficiência (DONABEDIAN, 1988). A avaliação, de uma forma geral, deve variar de acordo com o tempo, cultura interna e incluir também aspectos qualitativos, embora difíceis de serem numericamente mensurados (ADOM *et al.*, 2018, COLLINS *et al.*, 2018, VARPIO *et al.*, 2019).

Esta revisão fornece uma visão abrangente, relevante e atual sobre os modelos teóricos usados para avaliar ILPI. Um ponto forte deste estudo é que os modelos de qualidade usados para avaliar ILPI, bem compreendidos, impulsionam avanços em modelos de avaliação com obtenção de resultados positivos. Adicionalmente, a busca em várias bases e por pares torna mais forte

a pesquisa. Mais estudos longitudinais devem ser realizados para verificar quais indicadores efetivamente contribuem para a avaliação da qualidade. Há ainda um grande percurso a ser percorrido para aprimorar os processos de avaliação de qualidade do cuidado em ILPI, que atende uma população que está em crescimento acelerado no mundo.

O modelo multidimensional com dimensões abrangentes envolvendo todos envolvidos (consumidores, residentes e familiares; gestores e trabalhadores), com avaliação destacada da satisfação do trabalhador e do residente seria o mais indicado para melhor capturar o momento atual de qualidade do cuidado e o que será necessário para otimizá-la.

## **5 CONCLUSÃO**

Foram encontrados quatro modelos teóricos utilizados na avaliação da qualidade do cuidado em ILPI: multidimensional, estrutura-processo-resultado, centrado na pessoa e centrado no ambiente de trabalho.

Existem dimensões e alguns indicadores em comum entre os modelos. Os indicadores do modelo centrado no ambiente de trabalho e na pessoa fazem parte também do modelo multidimensional e de Donabedian.

O modelo teórico influencia na construção de sistemas de avaliação, quanto mais abrangente a avaliação mais provavelmente se alcançará a qualidade.

A multidimensionalidade deve ser considerada ao avaliar a qualidade do cuidado em ILPI que deve ser realizada de forma contínua.

Mais estudos devem ser desenvolvidos para avaliar a qualidade do cuidado oferecida em ILPI baseadas em modelos teóricos, considerando as várias dimensões do conceito de qualidade. Do mesmo modo, há necessidade de desenvolver indicadores confiáveis para mensurar esses aspectos de qualidade. Nesse sentido, os estudos de avaliação poderão melhorar a qualidade do cuidado, a saúde e bem-estar dos adultos institucionalizados.

## **Declarações**

Financiamento - Este estudo é parte de tese de doutorado desenvolvida na Universidade Federal de Minas Gerais (Faculdade de Odontologia). Este estudo foi parcialmente financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código Financeiro 001. Raquel Conceição Ferreira recebeu apoio financeiro da FAPEMIG, Brasil (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais - Programa Pesquisador Mineiro - PPM-00603-18).

## REFERÊNCIAS

Abbott, K. M., Klumpp, R., Leser, K. A., Straker, J. K., Gannod, G. C., & Van Haitsma, K. (2018). Delivering person-centered care: important preferences for recipients of long-term services and supports. *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(2), 169-173.

Adom, D., Hussein, E. K., & Agyem, J. A. (2018). Theoretical and conceptual framework: Mandatory ingredients of a quality research. *International journal of scientific research*, 7(1), 438-441.

Armijo-Olivo, S., Craig, R., Corabian, P., Guo, B., Souri, S., & Tjosvold, L. (2020). Nursing staff time and care quality in long-term care facilities: a systematic review. *The Gerontologist*, 60(3), e200-e217.

Armstrong, R., Hall, B. J., Doyle, J., & Waters, E. (2011). 'Scoping the scope' of a cochrane review. *Journal of public health*, 33(1), 147-150.

Burke R.E., & Werner R.M. (2019) Quality measurement and nursing homes: measuring what matters. *BMJ qual Saf.* 28:520-523.

Collins, C. S., & Stockton, C. M. (2018). The central role of theory in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, 17(1), 1609406918797475.

Cunningham, B. A., Marsteller, J. A., Romano, M. J., Carson, K. A., Noronha, G. J., McGuire, M. J., & Cooper, L. A. (2014). Perceptions of health system orientation: quality, patient centeredness, and cultural competency. *Medical Care Research and Review*, 71(6), 559-579.

David, C. S. de, Cerezer, J. P., Moura, L. V., Flores, M. T. F. D., Machado, V. K., Rodrigues, R. F. de L., & Carlesso, J. P. P. (2020). The self-esteem of elderly women in a support association: experience report. *Research, Society and Development*, 9(3), e57932364.

Degenholtz, H. B., Resnick, A. L., Bulger, N., & Chia, L. (2014). Improving quality of life in nursing homes: the structured resident interview approach. *Journal of aging research*, 2014.

Medeiros, P. A. D., Fortunato, A. R., Viscardi, A. A. D. F., Sperandio, F. F., & Mazo, G. Z. (2016). Instruments developed for the management and care of the elderly in long-stay care institutions: a systematic review. *Ciencia & saude coletiva*, 21(11), 3597-3610.

Donabedian, A. (1992). The role of outcomes in quality assessment and assurance. *QRB-Quality Review Bulletin*, 18(11), 356-360.

Dyer, S., Valeri, M., Arora, N., Ross, T., & Winsall, M. (2019). Review of international systems of long-term care of older people. <https://agedcare.royalcommission.gov.au/sites/default/files/2020-01/research-paper-2-review-international-systems-long-term-care.pdf>

Fleishman, R. (1998). An innovative method of government surveillance of services for the aged in Israel. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 11(4-5), 161-72.

Frijters, D. H., van der Roest, H. G., Carpenter, I. G., Finne-Soveri, H., Henrard, J. C., Chetrit, A., ... & Bernabei, R. (2013). The calculation of quality indicators for long term care facilities in 8 countries (SHELTER project). *BMC health services research*, 13(1), 1-10.

Frytak, J. R., Kane, R. A., Finch, M. D., Kane, R. L., & Maude-Griffin, R. (2001). Outcome trajectories for assisted living and nursing facility residents in Oregon. *Health Services Research*, 36(1 Pt 1), 91.

Gilissen, J., Pivodic, L., Smets, T., Gastmans, C., Vander Stichele, R., Deliens, L., & Van den Block, L. (2017). Preconditions for successful advance care planning in nursing homes: a systematic review. *International journal of nursing studies*, 66, 47-59.

Glickman, S. W., Ou, F. S., DeLong, E. R., Roe, M. T., Lytle, B. L., Mulgund, J., & Peterson, E. D. (2007). Pay for performance, quality of care, and outcomes in acute myocardial infarction. *Jama*, 297(21), 2373-2380.

Goodson, J., Jang, W., & Rantz, M. (2008). Nursing home care quality: Insights from a Bayesian network approach. *The Gerontologist*, 48(3), 338-348.

Grabowski, D. C. (2001). Does an increase in the Medicaid reimbursement rate improve nursing home quality? *The Journals of Gerontology: Social Sciences*, 56B(2), S84-S93.

Gustafson, D. H., Sainfort, F. C., Van Koningsveld, R., & Zimmerman, D. R. (1990). The Quality Assessment Index (QAI) for measuring nursing home quality. *Health Services Research*, 25(1 Pt 1), 97.

Harrington, C. (2005). Quality of care in nursing home organizations: Establishing a health services research agenda. *Nursing Outlook*, 53(6), 300-304.

International Alliance of Patients' Organizations (2007). What is Patient-Centered Health Care? A Review of Definitions and Principles. London <https://iapo.org.uk/sites/default/files/files/IAPO%20Patient-Centred%20Healthcare%20Review%202nd%20edition.pdf>

Joshua, L. (2017). Aging and long-term care systems: a review of finance and governance arrangements in Europe, North America and Asia-Pacific. World Bank, Washington.

Kajonius, P. J., & Kazemi, A. (2016). Structure and process quality as predictors of satisfaction with elderly care. *Health & social care in the community*, 24(6), 699-707.

Kang, Y., Meng, H., & Miller, N. A. (2011). Rurality and nursing home quality: Evidence from the 2004 National Nursing Home Survey. *The Gerontologist*, 51(6), 761-773.

Khatri, N., Gupta, V., & Varma, A. (2017). The relationship between HR capabilities and quality of patient care: The mediating role of proactive work behaviors. *Human resource management*, 56(4), 673-691.

Konetzka, R. T. (2020). The challenges of improving nursing home quality. *JAMA network open*, 3(1), e1920231-e1920231.

Kottner, J., Hahnel, E., Lichterfeld-Kottner, A., Blume-Peytavi, U., & Büscher, A. (2018). Measuring the quality of pressure ulcer prevention: a systematic mapping review of quality indicators. *International wound journal*, 15(2), 218-224.

Laberge, A., Weech-Maldonado, R., Johnson, C. E., Jia, H., & Dewald, L. (2008). Outsourcing veterans for long term care: comparison of community and state veterans' nursing homes. *Journal of health and human services administration*, 30 (4), 441-467.

- Knoester, M., & Plikuhn, M. (2016). Influence of siblings on out-of-school reading practices. *Journal of Research in Reading*, 39(4), 469-485.
- Lowe, T. J., Lucas, J. A., Castle, N. G., Robinson, J. P., & Crystal, S. (2003). Consumer satisfaction in long-term care: State initiatives in nursing homes and assisted living facilities. *The Gerontologist*, 43(6), 883-896.
- Lindolpho, M. da C., Sá, S. P. C. Valente, G. S. C., Reis, L. B. do, Silva, M. H. A. da., & Barros, N. K. R. O. . de (2020). Self-care and quality of life in elderly caregivers. *Research, Society and Development*, 9(9), e183996731
- Machado, E. A. Santo, F. H. do E., Ribeiro, M. de N. de S. ., Silvino, Z. R. ., Cardoso, R. da S. S. ., Almeida, E. G. R. ., & Aranha, J. dos S. . (2020). Aging and fall prevention: overview of the nursing team of a Transition Hospital. *Research, Society and Development*, 9(10), e2749108566.
- Malley, J., D'Amico, F., & Fernandez, J. L. (2019). What is the relationship between the quality of care experience and quality of life outcomes? Some evidence from long-term home care in England. *Social Science & Medicine*, 243, 112635.
- Milte, R., Ratcliffe, J., Bradley, C., Shulver, W., & Crotty, M. (2019). Evaluating the quality of care received in long-term care facilities from a consumer perspective: development and construct validity of the Consumer Choice Index–Six Dimension instrument. *Ageing & Society*, 39(1), 138-160.
- Minayo, M. C. D. S. (2019). O imperativo de cuidar da pessoa idosa dependente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 247-252.
- Katzman, J. L., Shaham, U., Cloninger, A., Bates, J., Jiang, T., & Kluger, Y. (2018). DeepSurv: personalized treatment recommender system using a Cox proportional hazards deep neural network. *BMC medical research methodology*, 18(1), 1-12.
- Nakrem, S., Vinsnes, A. G., Harkless, G. E., Paulsen, B., & Seim, A. (2009). Nursing sensitive quality indicators for nursing home care: international review of literature, policy and practice. *International Journal of Nursing Studies*, 46(6), 848-857.

Nasser, R., & Doumit, J. (2011). Developing criteria for elderly nursing homes: the case of Lebanon. *International journal of health care quality assurance*, 24(3), 211-222.

Onder, G., Carpenter, I., Finne-Soveri, H., Gindin, J., Frijters, D., Henrard, J. C., ... & Bernabei, R. (2012). Assessment of nursing home residents in Europe: the Services and Health for Elderly in Long TERM care (SHELTER) study. *BMC health services research*, 12(1), 1-10.

Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Soares, C. B., Khalil, H., & Parker, D. (2015). Methodology for JBI scoping reviews. In *The Joanna Briggs Institute Reviewers Manual 2015* (pp. 3-24). Joanna Briggs Institute.

Phillips, C. D., Zimmerman, D., Bernabei, R., & Jonsson, P. V. (1997). Using the Resident Assessment Instrument for quality enhancement in nursing homes. *Age and Ageing*, 26(suppl\_2), 77-81.

Rantz, M., Jensdottir, A. B., Hjaltadottir, I., Gudmundsdottir, H., Sigurveig Gudjonsdottir, J., Brunton, B., & Rook, M. (2002). International field test results of the observable indicators of nursing home care quality instrument. *International Nursing Review*, 49(4), 234-242.

Rantz, M. J., Mehr, D. R., Petroski, G. F., Madsen, R. W., Popejoy, L. L., Hicks, L. L., ... & Maas, M. (2000). Initial field testing of an instrument to measure: observable indicators of nursing home care quality. *Journal of Nursing Care Quality*, 14(3), 1-12.

Rantz, M. J., Zwygart-Stauffacher, M., Popejoy, L., Grando, V. T., Mehr, D. R., Hicks, L. L., ... & Maas, M. (1999). Nursing home care quality: A multidimensional theoretical model integrating the views of consumers and providers. *Journal of nursing care quality*, 14(1), 16-37.

Sainfort, F., Ramsay, J. D., & Monato Jr, H. (1995). Conceptual and methodological sources of variation in the measurement of nursing facility quality: An evaluation of 24 models and an empirical study. *Medical Care Research and Review*, 52(1), 60-87.

Sanford, A. M., Orrell, M., Tolson, D., Abbatecola, A. M., Arai, H., Bauer, J. M., ... & Vellas, B. (2015). An international definition for "nursing home". *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(3), 181-184.



Scheffelaar, A., Bos, N., Hendriks, M., Van Dulmen, S., & Luijkx, K. (2018). Determinants of the quality of care relationships in long-term care-a systematic review. *BMC health services research*, 18(1), 1-23.

Sion, K. Y., Verbeek, H., de Boer, B., Zwakhalen, S. M., Odekerken-Schröder, G., Schols, J. M., & Hamers, J. P. (2020). How to assess experienced quality of care in nursing homes from the client's perspective: Results of a qualitative study. *BMC geriatrics*, 20(1), 1-12.

Song, Y., Hoben, M., Norton, P., & Estabrooks, C. A. (2020). Association of work environment with missed and rushed care tasks among care aides in nursing homes. *JAMA network open*, 3(1), e1920092-e1920092.

Spasova, S., Baeten, R., & Vanhercke, B. (2018). Challenges in long-term care in Europe. *Eurohealth*, 24(4), 7-12.

Spence Laschinger, H. K., Zhu, J., & Read, E. (2016). New nurses' perceptions of professional practice behaviors, quality of care, job satisfaction and career retention. *Journal of Nursing Management*, 24(5), 656-665.

Thomas, K. S., Hyer, K., Castle, N. G., Branch, L. G., Andel, R., & Weech-Maldonado, R. (2012). Patient safety culture and the association with safe resident care in nursing homes. *The Gerontologist*, 52(6), 802-811.

Thompson, S. A., Bott, M., Gajewski, B., & Tilden, V. P. (2012). Quality of care and quality of dying in nursing homes: two measurement models. *Journal of palliative medicine*, 15(6), 690-695.

Tourangeau, A. E., Patterson, E., Saari, M., Thomson, H., & Cranley, L. (2017). Work-related factors influencing home care nurse intent to remain employed. *Health Care Management Review*, 42(1), 87-97.

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., Kastner, M., ... & Straus, S. E. (2016). A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. *BMC medical research methodology*, 16(1), 1-10.

Trinkoff, A. M., Yoon, J. M., Storr, C. L., Lerner, N. B., Yang, B. K., & Han, K. (2020). Comparing residential long-term care regulations between nursing homes and assisted living facilities. *Nursing outlook*, 68(1), 114-122.

Unruh, L., & Wan, T. T. (2004). A systems framework for evaluating nursing care quality in nursing homes. *Journal of medical systems*, 28(2), 197-214.

Varpio, L., Paradis, E., Uijtdehaage, S., & Young, M. (2020). The distinctions between theory, theoretical framework, and conceptual framework. *Academic Medicine*, 95(7), 989-994.

Wagner, A., Schaffert, R., Möckli, N., Zúñiga, F., & Dratva, J. (2020). Home care quality indicators based on the Resident Assessment Instrument-Home Care (RAI-HC): a systematic review. *BMC health services research*, 20, 1-12.

Weech-Maldonado, R., Meret-Hanke, L., Neff, M. C., & Mor, V. (2004). Nurse staffing patterns and quality of care in nursing homes. *Health Care Management Review*, 29(2), 107-116.

Winsløw, J. H., & Borg, V. (2008). Resources and quality of care in services for the elderly. *Scandinavian Journal of public health*, 36(3), 272-278.

World Health Organization. (2006). *The world health report 2006: working together for health*. World Health Organization.

World Health Organization. (2017) *Towards long-term care systems in sub-Saharan Africa*. WHO series on long-term care. Geneva: World Health Organization.

Young, M. (2014). Curriculum theory: what it is and why it is important. *Cadernos de Pesquisa*, 44(151), 190-202.

## 4.2 Artigo 2

Artigo submetido a *Geriatrics & Gerontology Internacional* - ISSN 1444-1586

Qualis Multidisciplinar – A2

Fator de impacto 2.730

2020 *Journal Citation Reports (Clarivate Analytics)*: 38/53 (*Geriatrics & Gerontology*)15/36 (*Gerontology*)

## **QUALITY OF CARE IN LONG-TERM FOR THE AGED - VALIDATION OF SELF-ASSESSMENT INSTRUMENT**

### **Abstract**

**Aim.** This study describes the development and validation of an instrument for the self-assessment of the quality of care in long-term institutions for the elderly (LTC) by professionals in the care of the elderly. **Methods.** This study was conducted between December and March 2021. The instrument was developed based on a multidimensional model of quality and bibliographic research. It includes quality standards for self-assessment of LTC across various dimensions and was followed by a scale that defines parameters to classify the level of quality of each LTC as incipient, intermediate, and consolidated. The modified Delphi technique was used to validate the instrument. A committee of ten experts evaluated the instrument and the standard was maintained when there was 75% agreement. The instrument was also evaluated by the target audience, comprising coordinators from ten LTC, selected for convenience. **Results.** In the first cycle, five patterns were excluded by the experts and two new were created, the dimension of one of the patterns was changed, and two patterns were joined. In the second, few changes were made. Ultimately, 29 patterns were divided into six dimensions: environment, work team, care, family/home environment, family and community involvement and LTC management. The target audience suggested changes in the wording of some standards, and there was a consensus of 80% or higher on all standards. **Conclusions.** The self-assessment instrument was considered valid and useful to assess the quality level of the LTC in relation to multidimensional quality standards. It can be used by managers and to generate comparison between LTC.

**Key words:** Quality of healthcare; Long-term care; Elderly; Self-assessment; Delphi Technique.

## QUALIDADE DO CUIDADO EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS - VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DE AUTOAVALIAÇÃO

### RESUMO

**Objetivos.** Este estudo descreve o desenvolvimento e validação de um instrumento para autoavaliação da qualidade do cuidado em instituições de longa permanência para idosos (ILPI) pelos gestores ou profissionais do cuidado ao idoso. **Métodos.** Estudo metodológico realizado entre março e dezembro de 2021. O instrumento foi desenvolvido com base em modelo multidimensional de qualidade e em pesquisa bibliográfica. Ele incluiu padrões de qualidade de autoavaliação de ILPI em várias dimensões, seguido por uma escala que define parâmetros para classificar o nível de qualidade de cada ILPI em incipiente, em intermediário e consolidado. A Técnica Delphi modificada foi empregada para validação do instrumento. Um comitê de dez especialistas avaliou o instrumento e o padrão foi mantido quando houve 75% de concordância. O instrumento foi também avaliado pelo público-alvo, constituído por coordenadores de 10 ILPI, selecionadas por conveniência. **Resultados.** No primeiro ciclo de análise pelos especialistas foram excluídos cinco padrões e dois novos foram criados, alterou-se a dimensão de um padrão e dois padrões foram unidos. No segundo, poucas alterações foram realizadas. Ao final, permaneceram 29 padrões divididos em seis dimensões: ambiente, equipe de trabalho, cuidado, ambiente familiar/lar, envolvimento familiar e da comunidade e gestão da ILPI. O público-alvo sugeriu alterações na redação de alguns padrões e houve consenso de 80% ou superior em todos. **Conclusão.** O instrumento de autoavaliação foi considerado válido e útil para avaliar o nível de qualidade da ILPI com relação a padrões de qualidade multidimensionais. Poderá ser utilizado pelos gestores e para gerar comparação entre as ILPI.

**Palavras-chave:** Qualidade do Cuidado; Instituições de longa permanência para idosos; Autoavaliação; Técnica Delphi.

## INTRODUÇÃO

A população mundial passa por um processo de envelhecimento acelerado, com expectativa de crescimento do número de idosos de 50% em 10 anos, atingindo 28% da população no mundo. <sup>1</sup> Os idosos dependentes, estimados atualmente em 350, chegarão a 488 milhões em todo o mundo. <sup>2</sup>

Essa população necessita de cuidados, e no caso em que a família não pode provê-los, estes podem ser ofertados por Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). As ILPI são locais de residência coletiva, governamentais ou não, que ofertam cuidados em saúde e atividades visando a manutenção da condição clínico-funcional. <sup>3</sup> Há uma tendência mundial de aumento da institucionalização, <sup>4</sup> sendo que o número de institucionalizados varia de acordo com o país e cultura local, correspondendo a, aproximadamente, 0,5% da população idosa no Brasil, 9% nos Estados Unidos e 6% na França. <sup>5</sup>

Alguns fatores contribuem para a institucionalização, entre eles a fragilidade e a dependência do idoso, dificuldades financeiras da família, ausência de cuidador em domicílio, mudança da dinâmica familiar em função do trabalho por todos da casa, e conflitos familiares. <sup>6</sup> Como não é um processo natural, a institucionalização pode impactar negativamente a vida e saúde dos idosos. <sup>7</sup> Nesta perspectiva, as ILPI devem desenvolver ações que favoreçam o bem-estar e qualidade de vida do idoso, estimulando a manutenção da cognição, da independência e da capacidade física. <sup>8</sup>

A avaliação institucional tem sido uma prática incentivada e reconhecida em muitos países, contribuindo para a implementação das políticas sociais. <sup>9</sup> No Brasil, a legislação regulamenta o funcionamento das ILPI definindo padrões mínimos para a organização, recursos humanos, infraestrutura, processos operacionais, saúde, alimentação, limpeza, lavagem, processamento e guarda de roupas. <sup>10, 11</sup> Existem processos de avaliação externa, com objetivo de fiscalização, realizados pela vigilância sanitária, de acordo com regulamentação prevista. Contudo, não existe um processo de avaliação interna, que favoreça a identificação de problemas, planejamento e tomada de decisão por aqueles que trabalham no dia a dia do cuidado ao idoso.

Essa avaliação é uma questão complexa e deve ser teoricamente conceituada e orientada. Um dos modelos teóricos mais utilizados tem sido o

Modelo Multidimensional, que envolve diversos aspectos que podem influenciar a qualidade do cuidado, como por exemplo a estrutura física, o próprio cuidado, a equipe de trabalho e o envolvimento da família. <sup>12</sup>

Para ser robusta, uma avaliação pressupõe a utilização de ferramentas que subsidiem este processo, que deve ser realizado de forma contínua para possibilitar o planejamento do cuidado e melhorias na estrutura e processos de trabalho. Nesse sentido, esse estudo teve como objetivo a criação e validação de um instrumento para autoavaliação da qualidade do cuidado em ILPI, baseada no modelo multidimensional de avaliação.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo metodológico de criação e validação de um instrumento de autoavaliação da qualidade do cuidado em ILPI, denominado QUALIFICAILPI. Adotou-se como referencial conceitual alguns modelos de qualidade de ILPI. O primeiro, desenvolvido por Figueiredo *et.al.*, 2020 <sup>13</sup>, definiu que a qualidade de ILPI está relacionada à ambiência, ao cuidado ofertado, à equipe, ao processo de trabalho, ao Estado, à família e à comunidade. Essas dimensões de qualidade foram sistematizadas através de pesquisa qualitativa por entrevistas não estruturadas. O segundo, modelo multidimensional sobre qualidade do cuidado em ILPI de Rantz *et al.*, 1999 <sup>14</sup>, onde a qualidade do cuidado é multidimensional abrangendo aspectos relacionados à equipe, ao cuidado, ao envolvimento da família, a comunicação, ao ambiente, a casa e ao custo. O terceiro, o modelo teórico de Donabedian para avaliação dos serviços de saúde, assumindo-se os conceitos de processo de trabalho e estrutura, a serem avaliados pelo instrumento. A estrutura envolve recursos materiais, humanos e organizacionais que favorecem os processos de trabalho, que envolve atividades relacionadas ao cuidado. <sup>15</sup> Adicionalmente, o marco legal empregado foi a Resolução da Diretoria Colegiada, nº 502 de 27 de maio de 2021, que dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento das ILPI. <sup>10</sup>

O instrumento elaborado apresenta padrões de qualidade referentes a estrutura e processo de trabalho nas dimensões ambiente, equipe de trabalho, cuidado, ambiente familiar/lar, envolvimento familiar e da comunidade e gestão da ILPI. Os conceitos das dimensões estão descritos na Tabela 1.

Uma escala define parâmetros de alcance do padrão de qualidade pela ILPI (incipiente, intermediário, consolidado). Sempre que disponível, os parâmetros foram baseados em estudos prévios ou no marco legal brasileiro. Critérios estatísticos, quartis e tercis, foram empregados quando nenhuma das condições estava disponível. Uma ficha descritiva foi elaborada contendo: conceituação da dimensão de qualidade avaliada, descrição de cada padrão, objetivo e justificativa para avaliação do padrão e a escala de avaliação.

O instrumento foi submetido inicialmente a um pré-teste por quatro especialistas (professores da área de saúde do idoso) para avaliar o formato adotado, as dimensões com seus padrões de avaliação, a linguagem e as possíveis inconsistências.

Em seguida, a Técnica Delphi modificada <sup>16</sup> foi empregada para validação de conteúdo do instrumento de autoavaliação. Esta técnica consiste em uma consulta interativa a especialistas que julgam questões ou assuntos específicos, em ciclos de avaliação até o consenso. Foram realizados dois ciclos. Os especialistas foram escolhidos pela afinidade ao tema e experiência no cuidado ao idoso <sup>16</sup>, sendo trabalhadores de ILPI, pesquisadores ou membros de associações/instituições de pesquisa ou proteção e cuidado da pessoa idosa: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (1), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (1), enfermeiras gestoras da Secretaria Municipal de Saúde (2), professores universitários (2), trabalhadores da Coordenadoria da Pessoa Idosa do Estado (2) e trabalhadores do cuidado ao idoso em ILPI: terapeuta ocupacional (1), nutricionista (1), advogado (1), fisioterapeuta (1).

Um roteiro de validação foi elaborado, permitindo que os *especialistas* avaliassem cada padrão do instrumento de autoavaliação quanto à pertinência: 1) “O padrão é pertinente para a avaliação da qualidade da ILPI?”; 2) “O padrão é pertinente para a avaliação da dimensão proposta?”. Para estas duas questões, os experts deveriam escolher uma das seguintes opções de resposta: o padrão é indispensável; o padrão é necessário ou o padrão é dispensável. Os *especialistas* manifestaram também sua opinião em relação às perguntas “A redação do padrão é adequada para a compreensão do seu conteúdo?”; “O objetivo do padrão está adequadamente descrito?” e “A escala de avaliação proposta é adequada para medir diferentes níveis de qualidade da ILPI quanto ao padrão avaliado?” escolhendo uma das opções: adequado; parcialmente



adequado ou inadequado. Adicionalmente, duas questões abertas possibilitaram aos especialistas registarem sugestão de redação para melhorar a clareza e compreensão do conteúdo do padrão ou algum outro comentário ou sugestão sobre o padrão.

O instrumento de autoavaliação, o roteiro da validação e o termo de consentimento livre e esclarecido foram enviados aos especialistas usando uma plataforma online *Google Forms*, após aceitarem participar do estudo, confirmado anteriormente por contato telefônico. As respostas obtidas foram analisadas e consolidadas gerando um relatório anônimo disponibilizado nos ciclos subsequentes de avaliação, juntamente com o instrumento de autoavaliação corrigido a partir dos comentários recebidos. Os padrões foram mantidos no instrumento quando obtiveram, no mínimo, o Índice de Validade de Conteúdo (IVC)  $\geq 0,75$ <sup>17</sup> para todos os aspectos avaliados. Foram realizadas duas rodadas para atingir o consenso.

Após essa etapa, o instrumento QUALIFICAILPI foi impresso e enviado para 10 gestores de ILPI, selecionados por conveniência em cinco ILPI filantrópicas e cinco privadas, por serem os potenciais usuários do instrumento. Eles foram solicitados a avaliarem a clareza dos padrões, a utilidade para a autoavaliação da ILPI e se a escala estava adequada para diferenciar o nível da qualidade do cuidado em ILPI. Para a clareza e adequação da escala, as opções de escolha foram sim ou não. Para a utilidade, os gestores deveriam escolher uma das seguintes opções de resposta: sempre, às vezes, raramente, nunca. Uma justificativa foi solicitada quando os gestores avaliaram negativamente qualquer aspecto avaliado. Adicionalmente, houve um espaço para comentários e sugestões. De forma semelhante, o IVC foi também obtido a partir das respostas dos gestores e como foi acima de 80% não foi realizada outra rodada.

O estudo foi aprovado pelo Comitê em Pesquisa da UFMG (CAAE: 17002519.4.0000.5149) e todos os especialistas registraram o aceite para participar da pesquisa após a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido.

## RESULTADOS

A primeira versão do instrumento de autoavaliação foi composta por 35 padrões que avaliavam aspectos da estrutura e do processo de trabalho em seis dimensões: ambiente, equipe de trabalho, cuidado, ambiente familiar/lar, envolvimento familiar e da comunidade e gestão da ILPI (TABELA 2).

Após o 1º ciclo de análise pelos especialistas, realizado após o pré-teste, um padrão da dimensão Ambiente foi excluído porque apresentou ICV < 75% - os *especialistas* consideraram inadequada a necessidade de possuir um veículo de propriedade da ILPI para transporte dos idosos. Na dimensão Equipe de trabalho, a presença de diversas categorias profissionais de saúde como trabalhadores contratados da ILPI foi considerada desnecessária e até inadequada, uma vez que a percepção é de que a ILPI deva ser como um lar, portanto foi excluído, assim como três padrões da dimensão Cuidado que continham atendimento médico, psicológico e odontológico pela ILPI. Se o idoso necessitar de algum desses profissionais, deve ser realizado um agendamento e consulta, que pode ser fora ou dentro da ILPI. Um padrão foi criado incluindo o cuidado com a saúde bucal, ao invés apenas da oferta de tratamento odontológico. Os padrões sobre acompanhamento da saúde do idoso pelo cuidador e sobre a necessidade dos registros de dados do mesmo foram modificados e unificados. O padrão sobre a participação dos residentes em decisões na ILPI, que estava na dimensão Cuidado, foi transferido para a dimensão Lar. Aquele que tratava da participação de voluntários em atividades no lar foi transferido para a dimensão Envolvimento da Comunidade e unido ao padrão que incentiva a presença da família na ILPI. O padrão sobre jardinagem foi incorporado ao de área verde e horta da dimensão Ambiente e a participação na horta incluída na dimensão Lar. Alterações nas redações de diversos padrões também foram realizadas a partir do comentário dos especialistas.

No 2º ciclo, o IVC foi superior a 75% para todos os padrões. Os especialistas sugeriram ainda avaliar o perfil dos cuidadores e a qualidade do curso técnico de cuidador de idosos realizado por eles, além de mudanças com relação a pandemia da COVID-19. Contudo, considerou-se que estas questões extrapolavam os objetivos do instrumento de autoavaliação. A avaliação do perfil dos cuidadores requer um conhecimento específico e a qualidade do curso de

cuidador independe da ILPI, sendo regulado pelo Ministério da Educação. Sobre pandemia do Coronavírus, como é uma situação extraordinária, as mudanças deverão ser realizadas, de acordo com a necessidade, independente dos requisitos adotados usualmente. Outras sugestões de redação e conteúdo foram aceitas e qualificaram os padrões. Os índices de concordância dos padrões entre os especialistas estão demonstrados na Tabela 3.

Na avaliação da matriz pelo público-alvo, o IVC foi superior a 80% em todos os padrões. Com relação à clareza, houve 100% de respostas positivas com exceção de dois padrões, que tiveram 90%, e tiveram seus enunciados modificados. Quanto à utilidade, considerando as respostas “sempre” e “às vezes” como positivas, quase todos os padrões obtiveram 100%. Apenas dois padrões tiveram 10% das respostas como “raramente”, consideradas negativas. Um destes padrões é sobre a prevenção da violência, da dimensão Cuidado, cuja justificativa apresentada para essa resposta não considerou a violência como uma situação esperada dentro da ILPI, mas a literatura mostra que ela existe e necessita de atenção. O outro padrão que obteve resposta “raramente” foi o da dimensão Gestão que avalia a participação do gerente ou outro profissional do Centro de Saúde próximo à ILPI na elaboração do Plano de Atenção à Saúde. Foi argumentado que isso não ocorre no cotidiano da ILPI, mas é uma exigência da legislação brasileira<sup>10</sup> e deveria ser estimulada porque promove a integração entre a ILPI e o Centro de Saúde. Com relação à adequação da escala de avaliação todos os padrões obtiveram IVC superior aos 80% (TABELA 4). O instrumento de autoavaliação final ficou com 29 dos 35 padrões, distribuídos em seis dimensões (TABELA 5). A versão completa do instrumento QUALIFICAILPI, com as escalas e parâmetros de avaliação, pode ser consultada no Apêndice A.

## **DISCUSSÃO**

O instrumento QUALIFICAILPI foi validado pelos especialistas e foi considerado claro e útil para contribuir no processo de autoavaliação da qualidade do cuidado nas ILPI pelos gestores. O processo de validação por especialistas e pelo público-alvo contribuiu para qualificar a ferramenta produzida.

A técnica Delphi, por meio da metodologia de grupo estruturada, de forma anônima, permitiu o acúmulo de contribuições de especialistas com diferentes experiências, desde a pesquisa até o cuidado na linha de frente do idoso. A utilização de dois painéis de avaliadores, especialistas e gestores, somou para uma validação de maior qualidade <sup>18</sup>. O número indicado de especialistas e de ciclos de avaliação foi de acordo com a descrição da técnica, que recomenda de nove a 12 especialistas, com grande domínio sobre o tema <sup>16</sup>. O método de consenso possibilitou sintetizar informações de especialistas, que expressaram livremente suas posições e impressões sobre o instrumento em construção, sem a presença de outro, o que diminui o risco de vieses. As modificações e alterações foram vistas por todos <sup>16, 18</sup>.

O instrumento de autoavaliação apresenta padrões referentes às dimensões da qualidade da ILPI (ambiente, equipe de trabalho, cuidado, ambiente familiar/lar, envolvimento familiar e da comunidade e gestão da ILPI) que estão relacionadas à estrutura (a forma como está organizada a ILPI) ou ao processo de trabalho (a forma como é realizado e organizado o trabalho).

Os padrões incluem aspectos importantes para a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos. A dimensão Ambiente abrange aspectos de estrutura que permitem privacidade, espaço para socialização, conforto, segurança, podendo prevenir acidentes e favorecem os processos de trabalho <sup>14, 19</sup>.

A dimensão Equipe de Trabalho aborda os trabalhadores da ILPI, incluindo os cuidadores, que treinados e motivados são fundamentais para o cuidado de qualidade, seja pela correta dispensação de medicamentos ou identificação de situações de risco <sup>14, 15, 20</sup>. A dimensão Cuidado avalia aspectos como alimentação, necessária para a manutenção de saúde física e mental <sup>8, 21</sup>; atividade física, importante para convivência e interação com outros residentes, para a manutenção da saúde e independência <sup>8, 22</sup>. Inclui também a avaliação sobre a realização do plano de atenção individualizado, para que a saúde ao idoso possa ser ofertada de maneira adequada <sup>23</sup> e de forma interdisciplinar, evitando a hospitalização e a manutenção da saúde bucal, para evitar excesso de biofilme que pode estar relacionado com pneumonia respiratória <sup>24</sup>, além da prevenção da violência, que pode gerar consequências psicológicas negativas afetando saúde e bem-estar <sup>25</sup>.

A dimensão Lar pretende avaliar se a ILPI se apresenta o mais próximo possível de um lar, garantindo que o idoso participe de algumas das decisões e escolhas de sua rotina, tendo preservados seus hábitos e autonomia como se estivesse em casa, gerando saúde e bem-estar <sup>14, 26</sup>.

A quinta dimensão, Envolvimento Familiar e da Comunidade, avalia se essas relações estão sendo estimuladas e permitidas da maneira mais ampla possível, para melhor saúde mental e qualidade de vida do residente. A parceria com instituições de ensino para aumentar a interação social e a estimulação cognitiva e física também deve ser considerada e incentivada <sup>23</sup>, além do contato com pessoas de outras gerações <sup>27</sup>. A última dimensão avalia a Gestão, que bem planejada e com acompanhamento adequado é fundamental para o funcionamento da ILPI <sup>10, 28</sup>.

Este instrumento de autoavaliação se mostra como uma potente e inovadora ferramenta, podendo ser utilizada pelos coordenadores das ILPI para o monitoramento permanente da qualidade destas instituições, como roteiro em reuniões com os funcionários, gestores e residentes, orientando o planejamento e a tomada de decisão, que iniciada de forma interna, propicia maior adesão e comprometimento do que uma avaliação externa. Possibilita que se conheça o estágio atual de qualidade oferecida e o que pode ser feito para melhorar. Contém informações importantes, para a classificação das ILPI, para verificar o que ainda pode ser realizado e se existem condições para sua realização. Pode ser utilizado para comparações entre ILPI, como é feito em outros países como os Estados Unidos da América. Sua periodicidade de aplicação pode ser semestral ou anual. O instrumento foi submetido à avaliação de conteúdo por especialistas e pelo público-alvo. Apesar de idealizado para autoavaliação pode ser utilizado para avaliações externas e como roteiro ou base para novos instrumentos de avaliação da qualidade do cuidado em ILPI. Futuras pesquisas deverão acompanhar o uso desta ferramenta e sua contribuição para melhoria da qualidade da ILPI. Com o uso do instrumento, será possível as ILPI monitorarem seu desempenho nos padrões, de incipiente a consolidado, fortalecendo ações em que houver maior necessidade. A técnica Delphi não permite a troca de ideias de forma presencial ou em grupos entre os participantes, que permite maior troca de informações, porém gerando maior liberdade e autonomia para avaliar. Outro fator dificultador vem da longa duração

do processo de validação, que pode durar vários meses até que as respostas sejam recebidas <sup>29</sup>, pela definição baseada na estatística de algumas escalas de avaliação e nos métodos de avaliação dos consensos, que não tem um roteiro que possa ser utilizado em todos os casos, necessitando variar de acordo com a situação encontrada. Esta situação pode ser minimizada pelo relatório entregue com feedback e justificativa de cada decisão realizada no instrumento <sup>30</sup>.

Concluindo, o instrumento de autoavaliação foi considerado válido e útil para avaliar o nível de qualidade da ILPI com relação a padrões de qualidade multidimensionais. Poderá ser utilizado pelos gestores e para gerar comparação entre as ILPI.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos a UFMG e todos os especialistas e gestores que participaram da elaboração desse instrumento.

## **DECLARAÇÃO**

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

## REFERÊNCIAS

- 1 United Nations Department of Economics and Social Affairs. World population prospects 2019: Highlights. New York (US): United Nations Department for Economic and Social Affairs. 2019. Available from: [https://population.un.org/wpp/publications/files/wpp2019\\_highlights.pdf](https://population.un.org/wpp/publications/files/wpp2019_highlights.pdf)
- 2 Prince M, Comas-Herrera A, Knapp M, Guerchet M, Karagiannidou M. World Alzheimer report 2016: improving healthcare for people living with dementia: coverage, quality and costs now and in the future. Available from: <http://eprints.lse.ac.uk/67858/>
- 3 Sanford AM, Orrell M, Tolson D, Abbatecola AM, Arai H, Bauer JM, Cruz-Jentoft AJ, Dong B, Ga H, Goel A, Hajjar R. An international definition for “nursing home”. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2015 Mar 1;16(3):181-4. doi: 10.1016/j.jamda.2014.12.013
- 4 Hajek A, Brettschneider C, Lange C, Posselt T, Wiese B, Steinmann S, Weyerer S, Werle J, Pentzek M, Fuchs A, Stein J. Longitudinal predictors of institutionalization in old age. *PloS one*. 2015 Dec 14;10(12):e0144203. doi: 10.1371/journal.pone.0144203
- 5 de Mazières CL, Morley JE, Levy C, Agenes F, Barbagallo M, Cesari M, Barreto PD, Donini LM, Fitten J, Franco A, Izquierdo M. Prevention of functional decline by reframing the role of nursing homes?. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2017 Feb 1;18(2):105-10. doi: 10.1016/j.jamda.2016.11.019
- 6 Kojima G. Frailty as a predictor of nursing home placement among community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. *Journal of geriatric physical therapy*. 2018 Jan 1;41(1):42-8. doi: 10.1519/JPT.0000000000000097
- 7 Medeiros PA, Fortunato AR, Viscardi AA, Sperandio FF, Mazo GZ. Instrumentos desenvolvidos para o gerenciamento e cuidado de idosos em instituições de longa permanência: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016 Nov;21(11):3597-610. doi: 10.1590/1413-812320152111.09912015
- 8 Jedrzejewski MK, Ewbank DC, Wang H, Trojanowski JQ. The impact of exercise, cognitive activities, and socialization on cognitive function: results from the national long-term care survey. *American Journal of Alzheimer's*

Disease & Other Dementias®. 2014 Jun;29(4):372-8. doi: 10.1177/1533317513518646

9 Iijima K, Arai H, Akishita M, Endo T, Ogasawara K, Kashihara N, Hayashi YK, Yumura W, Yokode M, Ouchi Y. Toward the development of a vibrant, super-aged society: The future of medicine and society in Japan. *Geriatr Gerontol Int*. 2021 Aug;21(8):601-13. doi:10.1111/ggi.12958

10 Brasil. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 502, DE 27 DE MAIO DE 2021. Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. Agência Nacional de Vigilância Sanitária 2021.  
[http://bibliotecadigital.anvisa.ibict.br/jspui/bitstream/anvisa/423/1/RDCn531\\_04.08.2021\\_publicada06.08.2021\\_versão%20web.pdf](http://bibliotecadigital.anvisa.ibict.br/jspui/bitstream/anvisa/423/1/RDCn531_04.08.2021_publicada06.08.2021_versão%20web.pdf)

11 Nóbrega OT, Faleiros VP, Telles JL. Gerontology in the developing Brazil: achievements and challenges in public policies. *Geriatr Gerontol Int*. 2009 Jun;9(2):135-9. doi: 10.1111/j.1447-0594.2008.00499.x

12 Vieira BLC, Martins AC, Ferreira RC, Vargas AM. Quality of care in long-term care institutions: A scoping review of literature. *Research, Society and Development*. 2021 Jul 10;10(8):e17110817117-. doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i8.17117>

13 de Figueiredo AF, Chiari AP, Senna MI, de Figueiredo IL, Vargas AM, Ferreira RC. Mapeamento de um modelo de qualidade para Instituições de Longa Permanência para Idosos. *Revista Kairós-Gerontologia*. 2020 Jun 30;23(2):435-56. doi: 10.23925/2176-901X.2020v23i2p435-456

14 Rantz MJ, Zwygart-Stauffacher M, Popejoy L, Grando VT, Mehr DR, Hicks LL, Conn VS, Wipke-Tevis D, Porter R, Bostick J, Maas M. Nursing home care quality: A multidimensional theoretical model integrating the views of consumers and providers. *Journal of nursing care quality*. 1999 Oct 1;14(1):16-37. doi: 10.1097/00001786-199910000-00004.

15 Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed?. *Jama*. 1988 Sep 23;260(12):1743-8. doi: 10.1001/jama.1988.03410120089033

16 JONES, Jeremy; HUNTER, Duncan. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ: British Medical Journal*, v. 311, n. 7001, p. 376, 1995. doi: 10.1136/bmj.311.7001.376



- 17 Grant JS, Davis LL. Selection and use of content experts for instrument development. *Research in nursing & health*. 1997 Jun;20(3):269-74. doi: 10.1002/(SICI)1098-240X(199706)20:3<269::AID-NUR9>3.0.CO;2-G
- 18 Grisham T. The Delphi technique: a method for testing complex and multifaceted topics. *International Journal of Managing Projects in Business*. 2009 Jan 23. doi: 10.1108/17538370910930545
- 19 Nordin S, McKee K, Wallinder M, von Koch L, Wijk H, Elf M. The physical environment, activity and interaction in residential care facilities for older people: a comparative case study. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2017 Dec;31(4):727-38. doi: <https://doi.org/10.1111/scs.12391>
- 20 Gillespie SM, Moser AL, Gokula M, Edmondson T, Rees J, Nelson D, Handler SM. Standards for the use of telemedicine for evaluation and management of resident change of condition in the nursing home. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2019 Feb 1;20(2):115-22. Doi: 10.1016/j.jamda.2018.11.022
- 21 Mozaffarian D, Liu J, Sy S, Huang Y, Rehm C, Lee Y, Wilde P, Abrahams-Gessel S, Jardim TD, Gaziano T, Micha R. Cost-effectiveness of financial incentives and disincentives for improving food purchases and health through the US Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP): A microsimulation study. *PLoS medicine*. 2018 Oct 2;15(10):e1002661. doi: 10.1371/journal.pmed.1002661
- 22 BUEDO GUIRADO, Cristina *et al.* Active aging program in nursing homes: Effects on psychological well-being and life satisfaction. *Psychosocial Intervention*, v. 29, n. 1, p. 49-57, 2019. doi: 10.5093/pi2019a18
- 23 Gilissen J, Pivodic L, Wendrich-van Dael A, Cools W, Vander Stichele R, Van den Block L, Deliens L, Gastmans C. Nurses' self-efficacy, rather than their knowledge, is associated with their engagement in advance care planning in nursing homes: A survey study. *Palliative Medicine*. 2020 Jul;34(7):917-24. doi: 10.1177/0269216320916158
- 24 Aiemyen N, Pothidee T, Sopapornamorn P, Payukaparp P, Luangnam C, Suksan S, Preechasummakul P, Samnieng P. Chemical Oral Health care and Aspiration Pneumonia (AP) in Elderly Patients: A Systematic Literature Review. *Journal of International Dental & Medical Research*. 2020 Jan 1;13(1).

25 Minayo MC, Almeida LC. Importância da política nacional do idoso no enfrentamento da violência. In: Política Nacional do idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: IPEA. 2016:435-56.

26 Caspari S, Råholm MB, Sæteren B, Rehnsfeldt A, Lillestø B, Lohne V, Slettebø Å, Heggstad AK, Høy B, Lindwall L, Nåden D. Tension between freedom and dependence—A challenge for residents who live in nursing homes. *Journal of clinical nursing*. 2018 Nov;27(21-22):4119-27. doi: 10.1111/jocn.14561

27 Husebø AM, Storm M, Våga BB, Rosenberg A, Akerjordet K. Status of knowledge on student-learning environments in nursing homes: A mixed-method systematic review. *Journal of Clinical Nursing*. 2018 Apr;27(7-8):e1344-59. doi: 10.1111/jocn.14299

28 Eom K, Penkunas MJ, Chan AW. Effect of caregiving relationship and formal long-term care service use on caregiver well-being. *Geriatr Gerontol Int*. 2017 Oct;17(10):1714-21. doi: <https://doi.org/10.1111/ggi.12958>

29 Osborne J, Collins S, Ratcliffe M, Millar R, Duschl R. What “ideas-about-science” should be taught in school science? A Delphi study of the expert community. *Journal of research in science teaching*. 2003 Sep;40(7):692-720. doi: <https://doi.org/10.1002/tea.10105>

30 Fink-Hafner D, Dagen T, Doušak M, Novak M, Hafner-Fink M. Delphi method: Strengths and weaknesses. *Advances in Methodology and Statistics*. 2019 Jul 1;16(2):1-9. doi: 10.51936/fcfm6982

Tabela 1. Conceitos das dimensões avaliadas pelo instrumento de autoavaliação da qualidade do cuidado em ILPI

<b>Dimensões</b>	<b>Conceitos</b>
<b>Ambiente</b>	Foi empregado o conceito de docilidade ambiental que se refere a locais amigáveis resultantes da oferta de recursos físicos e psicossociais de natureza compensatória para favorecer a saúde física, a funcionalidade, a segurança, a identidade com a residência e o bem-estar psicológico das pessoas idosas. À medida que as competências da pessoa declinam e o comportamento depende de fatores externos, torna-se necessário melhorar o ambiente dos idosos para que possam viver mais dignamente, com mais segurança e bem-estar. <sup>7,14</sup>
<b>Equipe de trabalho</b>	Refere-se à equipe de profissionais que atua no cuidado ao idoso que vive na ILPI. É necessário observar os requisitos técnicos para cada categoria profissional, assegurar o número mínimo de profissionais, estabelecer a educação continuada e aperfeiçoamento do processo de trabalho para que haja satisfação dos profissionais e consequentemente melhor atendimento das necessidades dos idosos. <sup>10, 14,15</sup>
<b>Cuidado</b>	O cuidado é toda ação para atender às necessidades básicas dos idosos, incluindo também o estímulo ao autocuidado, autoestima e autovalorização. A ILPI deve prestar o cuidado ao idoso de forma continuada, com respeito e escuta qualificadas, empatia, estimulando a sua autonomia e independência, sempre que possível. O cuidado é essencial para a qualidade de vida e sobrevivência dos idosos. <sup>14, 22</sup>
<b>Lar</b>	O idoso que vive em ILPI deve sentir que está em seu próprio lar. Com ambiente acolhedor, a ILPI deve preservar os hábitos, a autonomia, o convívio social, a segurança, a higiene, a salubridade, a acessibilidade e a privacidade. Quando isso acontece, o idoso percebe os funcionários como amigos e familiares, sentindo-se em seu próprio lar, participando das atividades da ILPI com liberdade e privacidade. <sup>14, 26</sup>
<b>Envolvimento familiar e da comunidade</b>	A manutenção do idoso no próprio ambiente familiar é o ideal, mas não sendo possível, a institucionalização é uma possibilidade. Mas, mesmo assim, é necessário continuar esse envolvimento com a família e com a comunidade favorecendo a autonomia e qualidade de vida. Essa interação ajuda a manter a saúde mental, a satisfação e a independência. <sup>10, 27</sup>
<b>Gestão da ILPI</b>	Para esta dimensão foram incluídos processos da administração da ILPI para alcançar resultados, com melhor qualidade de vida para o idoso e cuidador, a partir de normas que deveriam ser seguidas e que também estão estabelecidas pela legislação. <sup>10, 28</sup>

Tabela 2. Número de padrões do instrumento de autoavaliação da Qualidade do Cuidado das ILPI segundo dimensões

Dimensões da qualidade do cuidado da ILPI	Número de padrões (estrutura)	Número de padrões (processo de trabalho)	Número total de padrões
1- Ambiente	6	0	6
2- Equipe de trabalho	3	3	6
3- Cuidado	4	9	13
4-Ambiente familiar/Lar	0	4	4
5-Envolvimento familiar e da comunidade	0	2	2
6- Gestão da ILPI	0	4	4
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>22</b>	<b>35</b>



	6	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	7	90,1	100	90,1	90	100	100	100	100	100	100
	8	100	100	90,1	100	100	100	100	100	100	100
	9**	90,1		81,8		90,1				100	
	10***	100		90,1		100		100		100	
	9	81,8	100	81,8	90	199	100	100	100	100	90
	11#	81,8		81,8		100		100		100	
	12#	90,1		90,1		100		100		100	
	13#										
	9		100		100		100		100		100
	10		100		90		100		100		90
<b>Ambiente familiar/lar</b>	1	90,9	90	90,9	90	90,9	90	90,9	100	81,8	100
	2****	100	90	100	90	100	100	100	100	100	100
	3***	90,9	90	90,9	90	100	100	100	100	100	100
	4	81,8		81,8		100		100		100	
	3##		90		90		100		100		100
<b>Envolvimento familiar e da comunidade</b>	1****	81,8	100	81,8	100	100	100	100	100	100	100
	2	90,9	100	90,9	100	100	100	100	100	100	100
<b>Gestão da ILPI</b>	1	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	2	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	3	81,8	90	81,8	90	100	100	100	100	100	100
	4	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

\*Índice de Validade de Conteúdo < 75%; \*\* Itens unidos mesma dimensão (4 e 9); \*\*\* Item movido para outra dimensão (10 e 3); \*\*\*\*Itens unidos dimensões diferentes (2 e 1); # itens excluídos; ## parte do item movido para outra dimensão (3 para 3).

Tabela 4. Índice de Validade de Conteúdo na etapa de validação dos padrões nas ILPI pelos gestores quanto clareza, sua utilidade para autoavaliação e a adequação da escala para diferenciar a qualidade

<b>Aspectos avaliados pelos gestores</b>			
<b>Padrões</b>	<b>Clareza do padrão</b>	<b>Utilidade para autoavaliação da ILPI Sempre/ às vezes</b>	<b>Adequação da escala de avaliação para diferenciar a qualidade das ILPI</b>
<b>Dimensão 1: Ambiente</b>			
1	100	100	90
2	100	100	80
3	90	100	100
4	100	80/20	100
5	100	80/20	90
<b>Dimensão 2: Equipe de trabalho</b>			
1	100	100	100
2	100	90/10	100
3	100	90/10	80
4	100	90/10	100
5	100	90/10	90
<b>Dimensão 3: Cuidado</b>			
1	100	90/10	90
2	100	90/10	100
3	100	80/20	90
4	100	90/10	100
5	100	80/10	90
6	100	90/10	100
7	100	80/20	100
8	90	90/10	90
9	100	90/10	100
10	100	80/20	100
<b>Dimensão 4: Lar</b>			
1	100	90/10	100
2	100	80/20	90
3	100	70/30	90
<b>Dimensão 5: Envolvimento familiar e da comunidade</b>			
1	100	80/20	100
2	100	80/20	90
<b>Dimensão 6: Gestão</b>			
1	100	70/30	80
2	100	70/30	80
3	90	70/20	80
4	100	80/20	100

Tabela 5. As dimensões e seus padrões de forma resumida

<b>Padrões</b>	<b>Dimensão 1: Ambiente</b>
1	Estrutura de mobilidade e segurança
2	Adequação dos dormitórios
3	Área de convivência, área verde, acesso à internet
4	Local adequado para medicamentos
5	Limpeza e higiene (presença de odores)
<b>Dimensão 2: Equipe de trabalho</b>	
1	Número adequado cuidadores em relação ao grau de dependência do idoso
2	Responsável técnico
3	Cuidadores com curso de capacitação
4	Educação permanente
5	Reuniões de equipe
<b>Dimensão 3: Cuidado</b>	
1	Alimentação adequada
2	Normas e rotinas técnicas para processamento dos alimentos
3	Plano de atenção à saúde
4	Registro individualizado dos idosos
5	Prevenção da violência
6	Atividades físicas
7	Atividades recreativas e culturais
8	Atividades ocupacionais
9	Cuidados odontológicos diários, incluindo limpeza de próteses
10	Assistência a saúde
<b>Dimensão 4: Lar</b>	
1	Atividades intergeracionais
2	Consideração das preferências do idoso
3	Participação nas decisões do lar
<b>Dimensão 5: Envolvimento familiar e da comunidade</b>	
1	Incentivo a participação da família e comunidade
2	Integração com instituições de Ensino
<b>Dimensão 6: Gestão</b>	
1	Uso de indicadores para monitorar desempenho
2	Discussão do monitoramento com colaboradores
3	Participação da saúde pública no planejamento
4	Estratégias para fixação de profissionais



## 5 PRODUTO TÉCNICO

O produto técnico foi idealizado com o objetivo de facilitar a adesão dos gestores à autoavaliação. Foi construído para melhorar a compreensão do processo de autoavaliação.

The cover features the logos of FAO (Faculdade de Odontologia) and UFMG. The title is 'QUALIFICA ILPI INSTRUMENTO PARA AUTOAVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO CUIDADO EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS'. Below the title is 'Guia para preenchimento'. The authors listed are: DOUTORANDO: BRUNO LUÍS DE CARVALHO VIEIRA; GRADUANDA: ARIANNE CORREA MARTINS; and ORIENTADORAS: PROFª DRª ANDRÉA MARIA DUARTE VARGAS and PROFª DRª RAQUEL CONCEIÇÃO FERREIRA. At the bottom, there is a logo for ILPI (Instituições de Longa Permanência para Idosos) and the text 'Belo Horizonte - 2022'.

### POR QUE AVALIAR?

**Para:**

- aumentar a qualidade do cuidado;
- gerar melhor saúde para os residentes;
- melhor satisfação dos cuidadores.

A autoavaliação gera conhecimento interno, possibilita o planejamento para mudanças necessárias e importantes no dia-a-dia

Muito importante porque há crescimento acelerado da população idosa, de idosos dependentes e a escassez de profissionais qualificados.<sup>a, b, c, d</sup>

OSP UFMG  
ODONTOLOGIA  
SOCIAL E  
PREVENTIVA

## APRESENTAÇÃO

## Objetivo:

Apresentar um instrumento de autoavaliação do cuidado para Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI).



O conceito de qualidade utilizado foi o multidimensional por ser mais abrangente.

Foi avaliado o ambiente, a equipe de trabalho, o cuidado propriamente dito, a instituição como lar, o vínculo familiar e da comunidade e a gestão.

## ESTRUTURA DO INSTRUMENTO

O instrumento apresenta padrões de qualidade para a avaliação das dimensões da qualidade da ILPI (ambiente, equipe de trabalho, cuidado, ambiente familiar/lar, envolvimento familiar e da comunidade e gestão da ILPI) quanto à estrutura e processo de trabalho.

Dimensões	Número de padrões (estrutura)	Número de padrões (processo)	Número total de padrões
Ambiente	5	0	5
Equipe de trabalho	3	2	5
Cuidado	1	9	10
Lar	1	2	3
Envolvimento familiar e da comunidade	0	2	2
Gestão da ILPI	0	4	4
Total	10	19	29

## DIMENSÕES DA QUALIDADE DO CUIDADO



Cada uma das dimensões possui padrões para avaliação.

## INSTRUMENTO

Esse instrumento auxilia o processo de autoavaliação pela ILPI. Pode ser utilizada como:

- um **guia para direcionar ações** e como ferramenta de avaliação,
- de forma permanente para **monitoramento** e acompanhamento de questões relevantes, que ainda não tem um nível avançado de qualidade.

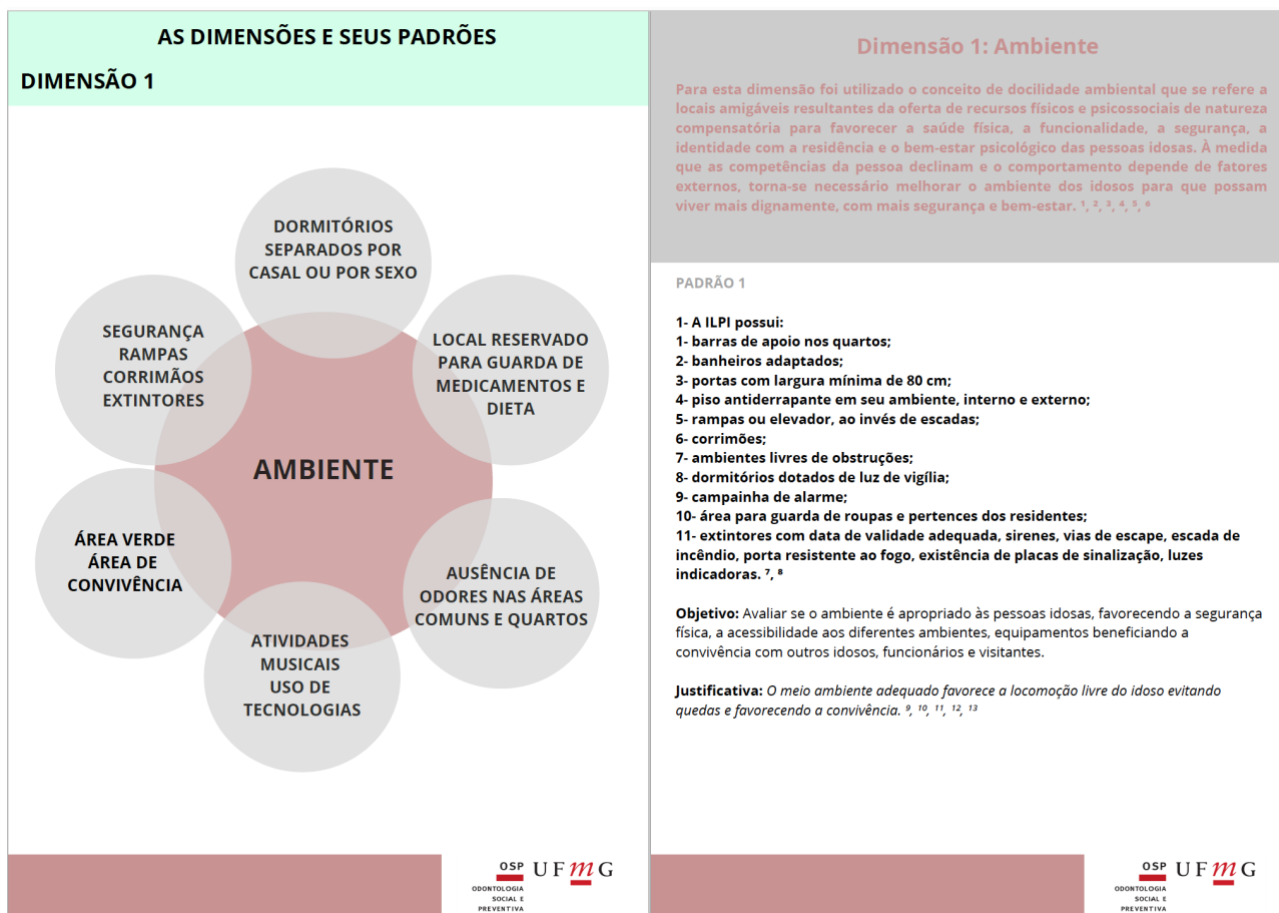
O **intervalo** para as avaliações pode ser de seis meses ou um ano, de acordo com a possibilidade da ILPI. Pode ser utilizado como avaliação externa e comparação entre ILPI.


As dimensões são subdivididas em padrões de avaliação para verificação do nível de qualidade com respostas que variam entre: inexistente, incipiente, intermediário ou avançado.

*A seguir, o profissional terá acesso ao questionário de avaliação com objetivos e justificativa.*

*Disponível também no endereço eletrônico:*

<https://bit.ly/3w0d6RR>



Ambiente	Ambiente
<p><b>Escala de avaliação</b></p> <p>( ) Inexistente, a ILPI não apresenta nenhum dos itens definidos pelo padrão</p> <p>( ) Incipiente, de 1 a 3 itens e é necessário muito esforço para alcançar o padrão de qualidade</p> <p>( ) Intermediário, de 4 a 8 itens, exigindo pouco esforço para alcançar o para alcançar o padrão de qualidade</p> <p>( ) Avançado, possui mais que 8 itens definidos pelo padrão de qualidade</p>  <p><b>OSP UFMG</b> ODONTOLOGIA SOCIAL E PREVENTIVA</p>	<p><b>PADRÃO 2</b></p> <p><b>A ILPI possui dormitórios:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- separados por sexo ou por casal, respeitando a orientação sexual e a identidade de gênero;</li> <li>2- para no máximo 4 (quatro) pessoas, de preferência com mesmo grau de dependência;</li> <li>3- com banheiro. <sup>7,*</sup></li> </ol> <p><b>Objetivo do padrão:</b> Avaliar se o ambiente favorece a individualidade e a privacidade dos idosos.</p> <p><b>Justificativa:</b> Estudos demonstram aumento da depressão, sentimento de perda, ansiedade e estresse quando os idosos vivem sem privacidade e individualidade, como ocorre no uso comum de banheiros e quartos. Possuir um dormitório separado significa uma ligação com um lar e associação a melhor saúde mental e melhor qualidade de vida, apesar de não haver essa possibilidade na prática e não ser exigida pela legislação, que permite até 4 idosos por quarto. <sup>9, 14, 15</sup></p> <p><b>Escala de avaliação</b></p> <p>( ) Inexistente, a ILPI não apresenta nenhum dos itens definidos pelo padrão</p> <p>( ) Incipiente, somente 1 dos 3 itens existentes e é necessário muito esforço para alcançar o padrão de qualidade</p> <p>( ) Intermediário, pelo menos 2 dos 3 itens existentes, exigindo pouco esforço para alcançar o padrão de qualidade</p> <p>( ) Avançado, possui todos os itens definidos pelo padrão de qualidade</p> <p><b>OSP UFMG</b> ODONTOLOGIA SOCIAL E PREVENTIVA</p>

## Ambiente

## PADRÃO 3

## A ILPI:

- 1- possui área verde com jardim ou horta;
- 2- possui área de convivência entre os residentes, por exemplo: sala de refeição coletiva, sala de jogos, sala de televisão com sofás ou cadeiras;
- 3- possui disponibilidade de computadores ou dispositivos com acesso à internet, favorecendo a inclusão digital;
- 4- estimula momentos para ouvir músicas, rodas de cantos, ou outras atividades musicais.<sup>1, 6</sup>

**Objetivo:** Avaliar se a instituição possui ambiente que favoreça a interação social entre os idosos e se busca uma personalização do ambiente, e incentiva o contato com a natureza.

**Justificativa:** A interação social está associada a melhor qualidade de vida, bem-estar e envelhecimento com sucesso. O contato com a natureza, como jardinagem e horta, contribui para a cognição e a habilidade física. Ambientes com estas características também proporcionam melhor convivência entre os moradores e maior número de atividades no dia a dia.<sup>14, 15, 16</sup>

## Escala de avaliação

- Inexistente, a ILPI não apresenta nenhum dos itens definidos pelo padrão
- Incipiente, 1 dos 4 itens, alguns aspectos existentes e é necessário muito esforço para alcançar o padrão de qualidade
- Intermediário, até 3 dos itens existentes, exigindo pouco esforço para alcançar o padrão de qualidade
- Avançado, possui todos os itens definidos pelo padrão de qualidade

## Ambiente

## PADRÃO 4

## A ILPI possui:

- 1- local reservado, fechado à chave, para a guarda de produtos e medicamentos, com espaço para acondicionamento de forma individualizada, mantidos em sua embalagem original, com planilha com nome e posologia para entrega;
- 2- acondicionamento de medicamentos termo lábeis e dietas enterais em geladeira exclusiva para este fim, dotada de termômetro e planilha de controle de temperatura.<sup>9, 17, 18</sup>

**Objetivo:** Avaliar se a instituição possui estrutura para garantir o adequado armazenamento, acondicionamento individualizado e controle da dispensação da medicação.

**Justificativa:** As características ambientais podem interferir na qualidade dos produtos farmacêuticos, afetando seu efeito terapêutico, como o aumento de efeitos adversos, e a automedicação pode afetar a saúde do paciente quando administrado de forma ou horários inadequados.<sup>17, 18</sup>

## Escala de avaliação

- Inexistente, a ILPI não possui os itens definidos pelo padrão
- Intermediário, apresenta somente um dos itens ou características incompletas de um ou dos dois, como sala separada, mas não trancada, possui geladeira, mas não exclusiva para o fim
- Avançado, possui todos os itens definidos pelo padrão de qualidade



## Ambiente

## PADRÃO 5

A ILPI não apresenta odores, nas áreas comuns e quartos, com exceção dos banheiros durante sua utilização ou no horário do banho e de troca de fraldas. A higiene é importante para o conforto do paciente, contribuindo para o bem-estar.<sup>8, 19, 20</sup>

**Objetivo:** Avaliar se a instituição realiza a higiene, pessoal e do ambiente, necessária aos idosos.

**Justificativa:** A presença de odores é um indicador da adequação dos níveis de higiene dos idosos e do ambiente físico da ILPI. A higiene é importante para o conforto do paciente, contribuindo para o bem-estar. Além disso, a transmissão de microrganismos é frequentemente causada pelo contato de pessoa a pessoa. Locais adequados para higiene das mãos e quartos com ventilação adequada contribuem para minimizar a transmissão de microrganismos entre as pessoas e diminuem os odores.<sup>8, 19, 20</sup>

## Escala de avaliação:

- Inexistente, há presença de odores nos ambientes comuns e quartos
- Intermediário, há presença de odores nos quartos
- Avançado, não há presença de odores

## AS DIMENSÕES E SEUS PADRÕES

## DIMENSÃO 2



## Dimensão 2: Equipe de trabalho

Refere-se à equipe de profissionais que atua no cuidado ao idoso que vive na ILPI. É necessário observar os requisitos técnicos para cada categoria profissional, assegurar o número mínimo de profissionais, estabelecer a educação continuada e aperfeiçoamento do processo de trabalho para que haja satisfação dos profissionais e consequentemente melhor atendimento das necessidades dos idosos.<sup>1,6</sup>

### PADRÃO 1

1- A ILPI possui, por turno/dia, no mínimo, um cuidador, para cada 20 pessoas idosas com grau de dependência I (idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda); um cuidador para cada 10 pessoas idosas com grau de dependência II (idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada); e um cuidador para cada 6 pessoas idosas com grau de dependência III (idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo).<sup>1,6</sup>

**Objetivo:** Avaliar se a instituição possui um número suficiente de cuidadores para realizar o cuidado diário do idoso, de acordo com os níveis de dependência.

**Justificativa:** A saúde do trabalhador é fator importante para a qualidade do cuidado ofertado nas ILPI, considerando as necessidades dos idosos. Para isto, é necessário número adequado de horas de trabalho e descanso, evitando aumento de estresse, adoecimento e erros no trabalho, com resolutividade e atendimento de qualidade às necessidades dos idosos.<sup>21, 22</sup>

### Escala de avaliação

- ( ) Inexistente, a relação de cuidadores por idosos na ILPI é abaixo da recomendação para todos os níveis de dependência
- ( ) Incipiente, a relação de cuidadores por idosos na ILPI é adequada para, pelo menos, um nível de dependência
- ( ) Intermediário, a relação de cuidadores por idosos na ILPI é adequada para dois níveis de dependência
- ( ) Avançado, a relação de cuidadores por idosos na ILPI é adequada para todos os níveis de dependência

## Equipe de trabalho

### PADRÃO 2

A ILPI tem um profissional de curso superior que atua como responsável técnico (RT), que responde pela instituição junto à autoridade sanitária local, incluindo guarda de medicamentos, com carga horária mínima de 20 horas semanais.<sup>6</sup>

**Objetivo:** Avaliar se a ILPI tem responsável pelo funcionamento da unidade com conhecimento técnico necessário.

**Justificativa:** Um RT atua para que a instituição atenda aos padrões de qualidade descritos pela vigilância sanitária, necessários para o adequado cuidado ao idoso. Ele deve ter curso superior, responderá pela ILPI e encaminhará o idoso caso haja necessidade para um serviço de urgência.<sup>6</sup>

### Escala de avaliação

- ( ) Inexistente, não possui RT junto à autoridade sanitária local
- ( ) Intermediário, possui RT junto à autoridade sanitária local, com carga horária inferior a 20 horas
- ( ) Avançado, possui RT junto à autoridade sanitária local e com carga horária de 20 horas ou mais

## Equipe de trabalho

### PADRÃO 3

3- Os cuidadores de idosos, profissão incluída na Classificação Brasileira de Ocupações, concluíram curso de capacitação (curso técnico em cuidados de idosos), idade maior de 18 anos, conclusão, no mínimo, do ensino fundamental.<sup>6, 23, 24</sup>

**Objetivo:** Avaliar se os cuidadores de idosos possuem capacitação para o exercício da função.

**Justificativa:** Cuidadores com formação técnica têm melhor relação e cuidado com os idosos, tendo maior acesso a informações mais atualizadas e com base científica, melhor qualidade de vida no serviço que influencia a qualidade do trabalho oferecido. Esse cuidado adequado gera a percepção de tratamento respeitoso recebido pelo idoso e afeta positivamente seu bem estar e melhora sua adesão ao uso de medicamentos, dietas e atividades físicas.<sup>24</sup>

### Escala de avaliação

- ( ) Inexistente, todos os cuidadores não possuem capacitação formal para cuidador
- ( ) Incipiente, até 75% dos cuidadores não possuem capacitação formal para cuidador
- ( ) Intermediário, entre 25 e 50% dos cuidadores não possuem capacitação formal para cuidador
- ( ) Avançado, todos os cuidadores possuem capacitação formal para cuidador

## Equipe de trabalho

### PADRÃO 4

A ILPI promove regularmente atividades de educação permanente, educação em serviço ou cursos para a qualificação da equipe de trabalho quanto ao cuidado da pessoa idosa, viabiliza a participação da equipe de trabalho em cursos de atualização e outras ações de educação permanente, sendo aberto à comunidade que deseja ou precise trabalhar com idosos.<sup>6, 25</sup>

**Objetivo:** Avaliar se a instituição está comprometida com a qualificação da equipe de trabalho.

**Justificativa:** A qualificação da equipe é fator importante no cuidado, gerando segurança e eficiência na execução do trabalho, tanto para o trabalhador quanto para o idoso. Ações educativas têm efeitos positivos na capacidade funcional, bem estar dos idosos, sendo recomendado, também, telemedicina para educação permanente.<sup>26, 27</sup>

### Escala de avaliação

- ( ) Inexistente, a ILPI não promove e nem viabiliza a participação da equipe envolvida com o cuidado dos idosos em ações para a qualificação
- ( ) Incipiente, a ILPI não promove, mas viabiliza a participação da equipe envolvida com o cuidado dos idosos em ações para a qualificação
- ( ) Intermediário, a ILPI promove raramente - a cada dois anos ou mais - ações para a qualificação; e viabiliza a participação da equipe envolvida com o cuidado dos idosos em ações para a qualificação
- ( ) Avançado, a ILPI promove regularmente - pelos menos uma vez ao ano - ações para a qualificação; e viabiliza a participação da equipe envolvida com o cuidado dos idosos em ações para a qualificação

## Equipe de trabalho

### PADRÃO 5

A ILPI promove reuniões ou outras ações, podendo ser presenciais ou online, que possibilitem a troca de saberes da prática e estudos de casos entre os integrantes da equipe de trabalho envolvida com o cuidado do idoso, garantindo momentos de diálogo sobre os processos de cuidados na ILPI. <sup>26, 28, 29</sup>

**Objetivo:** Avaliar se a ILPI proporciona reflexão sobre o processo de trabalho, buscando aprimorar a qualidade do cuidado pela troca de experiências e dispositivos para a gestão de casos.

**Justificativa:** A troca de saberes proporciona condições de trabalho saudáveis, seguras e complementa o conhecimento necessário para a sua execução. Estratégias para fomentar a interação multiprofissional são consideradas essenciais para a qualidade do cuidado. <sup>26, 28, 29</sup>

#### Escala de avaliação

- ( ) Inexistente, a ILPI não promove e nem viabiliza reuniões entre os membros da equipe
- ( ) Intermediário, a ILPI promove raramente - pelo menos uma vez a cada semestre - reuniões entre os membros da equipe
- ( ) Avançado, a ILPI promove regularmente - pelos menos a cada trimestre - reuniões entre os membros da equipe

## AS DIMENSÕES E SEUS PADRÕES

### DIMENSÃO 3



## Dimensão: 3 Cuidado

Para esta dimensão foram incluídos padrões que se referem ao cuidado ofertado aos idosos pela equipe de profissionais que atuam na ILPI. O cuidado, além de atender às necessidades básicas dos idosos, envolve o estímulo ao autocuidado, autoestima e autovalorização. A ILPI deve prestar o cuidado ao idoso de forma continuada, com respeito e escuta qualificada, empatia, estimulando a sua autonomia e independência, sempre que possível. O cuidado é essencial para a qualidade de vida e sobrevivência dos idosos. <sup>1, 2, 39</sup>

### PADRÃO 1

A ILPI oferece as refeições diárias necessárias: café, lanche, almoço, lanche da tarde, jantar e lanche antes de dormir. O cardápio das refeições é definido por um profissional nutricionista e é diversificado, levando em conta, além das restrições de cada idoso, a estação do ano, os aspectos culturais locais e os desejos dos idosos, considerando sua condição de saúde. <sup>15, 21, 22, 23, 24</sup>

**Objetivo:** Avaliar os cuidados com relação à alimentação do idoso.

**Justificativa:** Há uma relação entre nutrição e massa muscular, força e performance física e destas com a prevenção e tratamento de sarcopenia. Há muitos casos de desnutrição em idosos, principalmente entre aqueles que vivem em ILPI. Preservar o peso ajuda na prevenção de fraturas e favorece a independência de idosos. De acordo com a dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), e a dieta baseada na pirâmide alimentar, recomenda-se até seis porções diárias dependendo do tipo de alimento e o uso da Mini Avaliação Nutricional para verificar desnutrição e risco de sarcopenia. <sup>15, 21, 22, 33, 34</sup>

#### Escala de avaliação

- ( ) Inexistente, a ILPI não oferece no mínimo, seis refeições diárias e o cardápio não é definido por um profissional nutricionista
- ( ) Incipiente, a ILPI oferece, no mínimo, seis refeições diárias, mas o cardápio não é definido por um profissional nutricionista
- ( ) Intermediário, a ILPI oferece, no mínimo, seis refeições diárias, o cardápio é definido por um profissional nutricionista, mas não considera os desejos e gostos dos idosos
- ( ) Avançado, a ILPI oferece no mínimo seis refeições diárias, o cardápio é definido por um profissional nutricionista e é diversificado, considerando os desejos do idoso

## Cuidado

### PADRÃO 2

A instituição possui normas e rotinas técnicas, impressas e atualizadas para consulta se necessário, tipo procedimentos operacionais padrões (POP), quanto aos seguintes procedimentos: limpeza e descontaminação, armazenamento e preparo dos alimentos; com enfoque nas boas práticas de manipulação; prevenção e controle de vetores e acondicionamento dos resíduos. <sup>25</sup>

**Objetivo:** Avaliar a garantia da qualidade e higiene dos alimentos ofertados, evitando o risco de contaminação por vetores, pela correta manipulação, preparação, fracionamento, armazenamento e distribuição dos alimentos.

**Justificativa:** A higiene e descontaminação dos alimentos é prática importante para prevenção de intoxicações alimentares, especialmente entre idosos em condições de fragilidade. <sup>25</sup>

#### Escala de avaliação

- ( ) Inexistente, a ILPI não possui normas e rotinas técnicas para limpeza e descontaminação, armazenamento e preparo dos alimentos
- ( ) Intermediário, a ILPI possui normas mas não tem rotinas técnicas para a limpeza e descontaminação, armazenamento e preparo dos alimentos
- ( ) Avançado, a ILPI possui normas e rotinas técnicas para a limpeza e descontaminação, armazenamento e preparo dos alimentos

Cuidado	Cuidado
<p><b>PADRÃO 3</b></p> <p>A ILPI possui Plano de Atenção Integral à Saúde (plano individualizado para cada idoso, compatível os princípios de universalização, integralidade e equidade, com história clínica, medicamentos utilizados e tratamentos realizados).</p> <p>1- atualizado a cada dois anos;  2- que indica os recursos de saúde disponíveis para cada residente, em todos os níveis de atenção, sejam eles públicos ou privados, bem como referências, caso se faça necessário;  3- que prevê a atenção integral à saúde do idoso, abordando os aspectos de promoção, proteção e prevenção;  4- que contém informações acerca das patologias incidentes e prevalentes nos residentes.<sup>6, 36</sup></p> <p><b>Objetivo:</b> Avaliar o cuidado ofertado ao idoso, a existência de um plano de cuidado individualizado, com as referências e contrarreferências, para guiar consultas, tratamentos e a promoção de saúde do idoso.</p> <p><b>Justificativa:</b> O plano indica e individualiza os recursos para cada idoso para um plano de cuidado adequado e facilita intervenções e encaminhamentos em caso de necessidade ou urgência, contendo informações de referências e contra referências.<sup>6, 36</sup></p> <p><b>Escala de avaliação</b></p> <p>( ) Inexistente, a ILPI não possui plano de atenção à saúde  ( ) Incipiente, o plano de atenção à saúde da ILPI está desatualizado, mas contempla, pelo menos, 1 dos outros 4 itens definidos no padrão de qualidade  ( ) Intermediário, o plano de atenção à saúde da ILPI está atualizado e contempla 2 dos outros 4 itens definidos no padrão de qualidade  ( ) Avançado, o plano de atenção à saúde da ILPI está atualizado e contempla todos os outros itens definidos no padrão de qualidade</p> <p style="text-align: right;"></p>	<p><b>PADRÃO 4</b></p> <p>A ILPI mantém registro, relatório individual, de cada idoso atualizado diariamente com as seguintes informações: nome do responsável, referências externas com seus endereços, relação de seus pertences, suas vontades e desejos, histórico de visitas, o valor de contribuições, situação de saúde, evolução de tratamento, atividades de promoção de saúde, atendimentos multiprofissionais, intercorrências médicas, internações, medicamentos e demais dados que possibilitem a individualização do atendimento. Todos os fatos relevantes ocorridos com o idoso são registrados diariamente nos prontuários e nos relatórios dos cuidados pela equipe multiprofissional.<sup>6</sup></p> <p><b>Objetivo:</b> Avaliar se a ILPI tem profissional que monitora e mantém organizadas informações do idoso para a identificação, o registro de intercorrências, medicamentos usados, facilitando o acesso e o cuidado de qualidade.</p> <p><b>Justificativa:</b> A documentação com dados pessoais e referências de familiares são essenciais para a correta identificação e atendimento, com responsabilidade e legalidade.<sup>6</sup></p> <p><b>Escala de avaliação</b></p> <p>( ) Inexistente, a ILPI não possui prontuário ou relatórios diários de cuidado para cada idoso  ( ) Intermediário, a ILPI possui prontuário ou relatórios diários de cuidado para cada idoso, mas ele não contém todas as informações descritas conforme padrão de qualidade ou o registro não é diário  ( ) Avançado, a ILPI possui prontuário ou relatórios diários de cuidado para cada idoso, atualizado diariamente</p> <p style="text-align: right;"></p>
<p><b>PADRÃO 5</b></p> <p>A ILPI desenvolve atividades e rotinas para prevenir e coibir qualquer tipo de violência e discriminação contra os residentes, dentro ou fora da ILPI.<sup>6, 37</sup></p> <p><b>Objetivo:</b> Avaliar se a ILPI possui ações que visem evitar o sofrimento físico e psicológico ou morte dos idosos pela violência e discriminação.</p> <p><b>Justificativa:</b> A violência sofrida pelo idoso é frequente, mas devido à fragilidade e relação de dependência com o agressor, muitas vezes não é denunciada. O termo mais universal de violência contra o idoso surgiu em 1995, e é adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), Ministério da Saúde (MS) e Estatuto do Idoso, sendo caracterizado como qualquer omissão ou ação praticada em local público ou privado. Além da saúde física, a saúde psicológica também fica afetada. Há aumento de tristeza, impotência e sofrimento, sendo a dependência incrementada pela impossibilidade de sair da situação de agressão. São exemplos de violência contenção de idosos, retenção de materiais pessoais etc..<sup>37</sup></p> <p><b>Escala de avaliação</b></p> <p>( ) Inexistente, a ILPI não desenvolve atividades e rotinas para prevenir e coibir qualquer tipo de violência e discriminação contra os residentes  ( ) Avançado, a ILPI desenvolve atividades rotineiras para prevenir e coibir qualquer tipo de violência e discriminação contra os residentes</p> <p style="text-align: right;"></p>	<p><b>PADRÃO 6</b></p> <p>A ILPI oferta o banho de sol diário e atividades físicas (caminhada, ginástica, dança etc.) de forma regular e contínua, desenvolvidas por um profissional de nível superior (mínimo de um para cada 40 idosos, com carga horária de 12 horas por semana), de acordo com as necessidades e do grau de dependência dos idosos.<sup>6, 38</sup></p> <p><b>Objetivo:</b> Avaliar o comprometimento ou preocupação da ILPI com a reabilitação ou preservação da capacidade funcional do idoso.</p> <p><b>Justificativa:</b> De acordo com a OMS (2010), a frequência de atividades físicas deve ocorrer com duração mínima total de 150 minutos, distribuídas em, no mínimo 3 vezes por semana. Atividades físicas estão relacionadas com maior mobilidade funcional, evitando quedas, e maior independência funcional, além de prevenir e controlar doenças crônicas, cardiovasculares, câncer, e paralisar a diminuição ou até mesmo aumentar a cognição.<sup>38, 39</sup></p> <p><b>Escala de avaliação</b></p> <p>( ) Inexistente, não acontecem atividades físicas  ( ) Incipiente, as atividades físicas são esporádicas - frequência menor que 3 vezes por semana - e só acontecem por iniciativa de trabalhos voluntários  ( ) Intermediário, a instituição promove atividades físicas esporádicas - menor que 3 vezes por semana - desenvolvidas por um profissional com formação de nível superior  ( ) Avançado, são desenvolvidas atividades físicas - pelo menos 3 vezes por semana - por um profissional com formação de nível superior</p> <p style="text-align: right;"></p>

## Cuidado

## PADRÃO 7

A ILPI promove atividades de lazer, recreativas e culturais, de acordo com costumes locais, aceitando sugestões dos residentes (passeios em parques, teatro, cinema, shows musicais etc.) de forma regular e contínua e promove atividades de lazer, acompanhadas por profissional de nível superior e se possível com voluntários.<sup>35</sup>

**Objetivo:** Avaliar o comprometimento da ILPI com o desenvolvimento de atividades que promovam a manutenção da autonomia e da independência do idoso.

**Justificativa:** Atividades recreativas e culturais influenciam positivamente a qualidade de vida, diminuindo a ansiedade, aumentando a diversão e a socialização, contribuindo para a autonomia, a preservação da cognição e evitando a depressão do idoso.<sup>36</sup>

## Escala de avaliação

- ( ) Inexistente, a ILPI não oferta atividades recreativas e culturais
- ( ) Incipiente, as atividades recreativas e culturais são esporádicas - frequência maior que uma vez por semana - e só acontecem por iniciativa de trabalhos voluntários
- ( ) Intermediário, as atividades recreativas e culturais são esporádicas - frequência maior que uma vez por semana - desenvolvidas pela equipe de trabalho da ILPI
- ( ) Avançado, as atividades recreativas e culturais são desenvolvidas - pelo menos uma vez por semana - por profissionais da equipe de trabalho da ILPI

## Cuidado

## PADRÃO 8

A ILPI promove atividades ocupacionais, que trabalhem habilidades manuais e cognitivas do residente (bordado, pintura, tapeçaria, jogos etc.) de forma regular e contínua, estimulando a autonomia e independência, por profissional de nível superior responsável e se possível com voluntários.<sup>35</sup>

**Objetivo:** Avaliar o comprometimento da ILPI com o desenvolvimento de atividades que promovam a manutenção da autonomia e da independência do idoso.

**Justificativa:** Atividades ocupacionais, de modo semelhante às culturais, influenciam a qualidade de vida, diminuindo a ansiedade, aumentando a diversão e a socialização do idoso, contribuindo para sua autonomia, preservação da cognição e evitando a depressão.<sup>40</sup>

## Escala de avaliação

- ( ) Inexistente, a ILPI não oferta atividades ocupacionais
- ( ) Incipiente, as atividades ocupacionais são esporádicas - frequência maior que uma vez por semana - e só acontecem por iniciativa de trabalhos voluntários
- ( ) Intermediário, as atividades ocupacionais são esporádicas - frequência maior que uma vez por semana - desenvolvidas por profissionais da ILPI
- ( ) Avançado, as atividades ocupacionais são desenvolvidas - pelo menos uma vez por semana - por um profissional da ILPI

## Cuidado

## PADRÃO 9

A ILPI garante, de acordo com as necessidades da pessoa idosa, planos de cuidados odontológicos, incluindo a higiene dos dentes, da boca e das próteses dentárias e encaminhamentos para tratamento que se fizerem necessários.<sup>41</sup>

**Objetivo:** Avaliar a higienização bucal e o acesso dos idosos aos cuidados odontológicos ofertados pelas ILPI.

**Justificativa:** Os idosos apresentam alta necessidade de uso e necessidade de prótese odontológica, necessária para as funções bucais, como mastigação, fala e estética. Uma saúde bucal deficiente pode provocar uma série de infecções, incluindo pneumonia aspiratória. Segundo revisão de literatura, a higiene bucal deveria ser considerada para redução dessa complicação. Além disso, nessa faixa etária há risco aumentado de câncer bucal.<sup>41, 42</sup>

## Escala de avaliação

- ( ) Inexistente, a ILPI não garante a higiene bucal e cuidados odontológicos que se fizerem necessários
- ( ) Intermediário, a ILPI oferece higiene bucal, mas não garante cuidados odontológicos; o familiar é acionado ou o idoso é atendido pelo profissional contratado pela família
- ( ) Avançado, a ILPI garante higiene bucal e cuidados odontológicos, da própria ILPI ou por encaminhamento ao SUS/Plano de Saúde

## Cuidado

## PADRÃO 10

A ILPI conta com o apoio e/ou consultas, quando necessário, dos seguintes profissionais, que não necessitam necessariamente serem contratados da ILPI:

- 1- assistente social
- 2- enfermeiro
- 3- farmacêutico
- 4- fisioterapeuta
- 5- fonoaudiólogo
- 6- médico
- 7- nutricionista
- 8- odontólogo
- 9- psicólogo
- 10- terapeuta ocupacional.<sup>43</sup>

**Objetivo:** Avaliar se a instituição conta com uma equipe multiprofissional com todos os profissionais de nível superior, também recomendados pela legislação, fortalecendo o cuidado de forma contínua e integral.

**Justificativa:** O trabalho multiprofissional possibilita a união de saberes para melhor atendimento às necessidades dos idosos de forma integral.<sup>43</sup>

## Escala de avaliação

- ( ) Inexistente, a ILPI conta com o apoio e/ou consultas de nenhum dos profissionais
- ( ) Incipiente, a ILPI conta o apoio e/ou consultas de, pelo menos 4 diferentes modalidades de profissionais
- ( ) Intermediário, a ILPI conta com o apoio e/ou consultas de entre 5 e 8 modalidades profissionais, mas, não todos
- ( ) Avançado, a ILPI conta com o apoio e/ou consultas de 9 ou 10 modalidades de profissionais, conforme definido pelo padrão de qualidade



## AS DIMENSÕES E SEUS PADRÕES

## DIMENSÃO 4



## Dimensão 4: Lar

Para esta dimensão foram incluídos padrões que se referem às ações da ILPI para que o idoso sinta que está em seu próprio lar. Com ambiente acolhedor, a ILPI deve preservar os hábitos, a autonomia, o convívio social com segurança, a higiene, a salubridade, a acessibilidade e a privacidade. Quando isso acontece o idoso percebe os funcionários como amigos e familiares, sentindo-se em seu próprio lar, participando das atividades da ILPI com liberdade e privacidade.<sup>44, 46</sup>

## PADRÃO 1

A ILPI favorece o desenvolvimento de atividades conjuntas, promovendo a interação das pessoas idosas, por meio de parcerias, de forma voluntária ou não, com pessoas de outras gerações (crianças e adolescentes), de modo a diminuir o etarismo.<sup>4, 25</sup>

**Objetivo:** Avaliar as iniciativas da ILPI para estimular o contato com crianças e adolescentes no cotidiano do idoso visando reduzir diminuir conflitos, preconceito e aumentar o contato inter geracional.

**Justificativa:** Promover troca de saberes e convivência, estimulando respeito, tolerância e convívio com outras gerações, trazendo de um lado, aprendizado e eliminando conceitos negativos, e de outro, o ressignificado do presente com fortalecimento do vínculo intergeracional.<sup>46</sup>

## Escala de avaliação

- ( ) Inexistente, a instituição não promove ações com pessoas de outras gerações, nem motiva a participação do idoso nesse tipo de atividade.
- ( ) Avançado, a instituição promove integração dos idosos com outras gerações, por exemplo, permitindo visita de escolares, crianças, estudantes universitários, etc..

## Lar

## PADRÃO 2

A ILPI autoriza que os idosos possuam animais de estimação, desde que permitido pela vigilância sanitária, plantas, objetos de decoração, móveis ou outros objetos pessoais que façam com que os idosos se sintam em casa.<sup>4, 47</sup>

**Objetivo:** Avaliar se a ILPI permite animais de estimação e objetos pessoais que fazem com que o idoso se sinta em casa.

**Justificativa:** Objetos pessoais transmitem segurança e sensação de acolhimento e ter seu animal de estimação reduz a sensação de solidão.<sup>47</sup>

## Escala de avaliação

- ( ) Inexistente, não são permitidos objetos pessoais.
- ( ) Avançado, permite aos residentes possuírem objetos de decoração ou animais de estimação (quando permitido) ou plantas ou móveis ou outros objetos pessoais

## Lar

## PADRÃO 3

Os residentes, ou seus familiares quando não forem capazes, participam de decisões sobre as atividades desenvolvidas na ILPI ou de outras decisões que afetem a privacidade e a vida diária dos idosos, respeitando a individualidade (por exemplo: mudança de quarto, horário e cardápio das refeições; organização da casa, quarto, armários etc.). A atuação da família deve ser preconizada no Regimento Interno.<sup>4, 25</sup>

**Objetivo:** Avaliar se a ILPI desenvolve ações que garantam a autonomia e individualidade dos idosos.

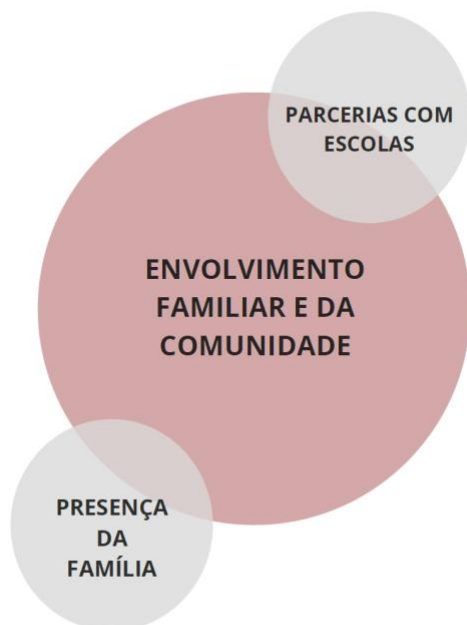
**Justificativa:** A garantia da autonomia, um dos maiores desejos dos idosos, e de parte das atividades e decisões no dia a dia aumenta a sensação de satisfação e estimula a independência, bem-estar, aumenta a qualidade de vida, fazendo com que eles se sintam capazes para fazer escolhas.<sup>48</sup>

## Escala de avaliação

- ( ) Inexistente, as decisões são sempre tomadas pelos profissionais responsáveis pelo cuidado do idoso
- ( ) Intermediário, os idosos ou seus familiares somente participam de decisões quando eles manifestam interesse e tem iniciativa própria
- ( ) Avançado, o idoso ou seus familiares são convidados e estimulados a participarem das decisões que afetam a vida e rotina ILPI

## AS DIMENSÕES E SEUS PADRÕES

## DIMENSÃO 5



## Dimensão 5: Envolvimento familiar e da comunidade

Para esta dimensão foi incluído um dos pontos chave incluído no Estatuto do Idoso e outras legislações. A manutenção do idoso com a família é o ideal, mas não sendo possível, a institucionalização é uma possibilidade. Mas, mesmo assim, é necessário continuar esse envolvimento com a família e com a comunidade favorecendo a autonomia e qualidade de vida. Essa interação ajuda a manter a saúde mental, a satisfação e a independência.<sup>49</sup>

## PADRÃO 1

A ILPI possui estratégias para incentivar a participação e o envolvimento da família, quando presente, no cuidado do idoso (visitas, envolvimento de familiares em cuidados pessoais dos idosos, participação na elaboração do plano de cuidados, indicações de referências médicas etc.), inclusive usando de meios digitais como contato por telefone e vídeo chamadas. A participação da comunidade ou de voluntários, também é desejada, por meio de desenvolvimento de atividades de integração com idosos na ILPI ou em outros espaços (centros sociais, escolas, igrejas, etc).<sup>25</sup>

**Objetivo:** Avaliar o compromisso da ILPI em manter o contato do idoso com sua família, convívio social e integração com a comunidade.

**Justificativa:** O contato do idoso com sua família ajuda na sua independência e autonomia, melhora sua saúde mental, bem-estar e qualidade de vida. O cuidado ofertado é potencializado quando ocorre a participação da comunidade e o trabalho de voluntários, favorecendo a integração e diminuindo o preconceito com relação a ILPI. As atividades religiosas proporcionam base emocional para lidar com medo, perdas e ajuda a ressignificar a vida, além da redução de perda cognitiva.<sup>47</sup>

## Envolvimento familiar e da comunidade

## Escala de avaliação

- ( ) Inexistente, a ILPI não desenvolve estratégias ou incentiva a presença e o envolvimento da família no cuidado ao idoso ou ações na/da comunidade
- ( ) Incipiente, a ILPI não desenvolve estratégias ou incentiva a presença e o envolvimento da família no cuidado ao idoso ou ações na/da comunidade, mas existe livre horário para visita da família
- ( ) Intermediário, existe livre horário para visitas pelos familiares e a comunidade pode promover ou participar de atividades dentro da ILPI e os idosos são estimulados a participarem (festas comemorativas, Natal, Páscoa, aniversários, festas juninas etc.)
- ( ) Avançado, existe incentivo e programações para visitas dos familiares e promoção de integração dos idosos com a comunidade, a partir de ações promovidas pela ILPI (bazar, quermesse etc.) ou pela comunidade (por exemplo, celebrações religiosas, festas comunitárias, grupos de idosos etc.)

## Envolvimento familiar e da comunidade

## PADRÃO 2

A ILPI possui parceria com estabelecimentos de ensino ou prestadores de cuidados de saúde, de forma voluntária ou não, para ofertar o cuidado às pessoas idosas, com atividades de recreação, de promoção de saúde e para o aumento de cognição.<sup>25</sup>

**Objetivo:** Avaliar se a ILPI potencializa ações já disponibilizadas ou contribui para a introdução e criação de ações que não existem na ILPI.

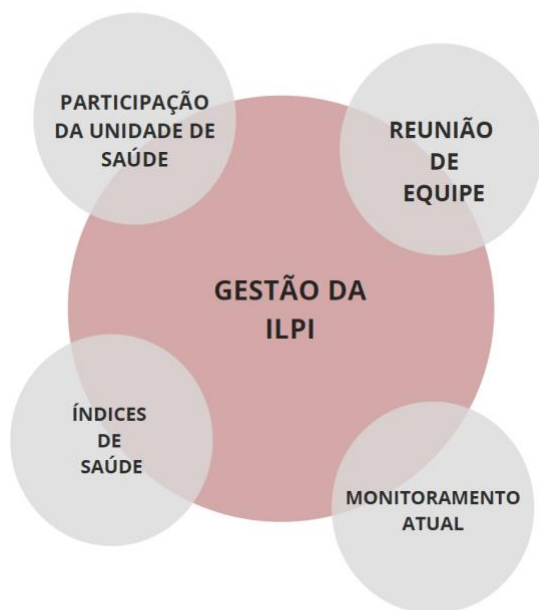
**Justificativa:** A presença de estabelecimentos de ensino potencializa e qualifica o serviço existente, além de contribuir, reciprocamente, com mudanças de atitudes e ressignificação do envelhecimento.<sup>50</sup>

## Escala de avaliação

- ( ) Inexistente, a ILPI não possui parcerias com estabelecimentos de ensino ou prestadores de cuidados
- ( ) Intermediário, a ILPI possui parcerias, mas elas são descontinuadas e só ocorrem quando as instituições de ensino procuraram a ILPI
- ( ) Avançado, a ILPI possui parcerias contínuas, sem interrupção, incluindo aquelas que tem formação para cuidadores de idosos.

## AS DIMENSÕES E SEUS PADRÕES

## DIMENSÃO 6



## Dimensão 6: Gestão da ILPI

Para esta dimensão foram incluídos processos da administração da ILPI para alcançar resultados, com melhor qualidade de vida para o idoso e cuidador, a partir de normas que deveriam ser seguidas e que também estão estabelecidas pela legislação.<sup>4, 51, 52</sup>

## PADRÃO 1

A ILPI realiza o monitoramento do desempenho e do padrão de funcionamento da instituição levando em conta os seis indicadores, recomendados pela RDC nº 502, DE 27 de maio de 2021: taxa de mortalidade; taxa de incidência de doença diarreica aguda; taxa de incidência de escabiose; taxa de incidência de desidratação; taxa de prevalência de úlcera de decúbito; taxa de prevalência de desnutrição e notificação a autoridade sanitária.<sup>4</sup>

**Objetivo:** Identificar o uso pela ILPI dos indicadores, recomendados pela RDC nº 502, DE 27 de maio de 2021, para avaliação e monitoramento da qualidade do cuidado ofertado ao idoso.

**Justificativa:** Indicadores tem a função de mostrar se o desempenho da ILPI está adequado e se são necessárias modificações. Indicam se o cuidado está sendo prestado corretamente e servem como alertas para evitar danos aos idosos.<sup>52, 53</sup>

## Escala de avaliação

- ( ) Inexistente, a ILPI não realiza o monitoramento usando os indicadores
- ( ) Incipiente, a ILPI realiza o monitoramento em periodicidade maior que um ano
- ( ) Intermediário, a ILPI realiza o monitoramento dos indicadores anualmente e contempla pelo menos de 50% dos indicadores
- ( ) Avançado, a ILPI realiza o monitoramento mensalmente e alcança mais que 50% dos indicadores

## Gestão da ILPI

## PADRÃO 2

Os resultados do monitoramento anual do desempenho e padrão de funcionamento da ILPI são discutidos entre os membros da equipe de trabalho, com planejamento de metas.<sup>54</sup>

**Objetivo:** Fortalecer o processo de trabalho e melhorar o desempenho da ILPI.

**Justificativa:** O planejamento, avaliação e discussão dos resultados com criação de metas propiciam melhorias no serviço e sua adequação às necessidades verificadas.<sup>54</sup>

## Escala de avaliação

- ( ) Inexistente, a ILPI não realiza a avaliação
- ( ) Intermediário, a ILPI realiza a avaliação sem planejamento de metas
- ( ) Avançado, a ILPI realiza a avaliação, planeja metas e reavalia o progresso dos resultados

## Gestão da ILPI

## PADRÃO 3

O gerente ou outro profissional da Unidade Básica de Saúde (UBS) cujo território de atuação a ILPI esteja inserida, participa da elaboração do Plano de Atenção à Saúde da instituição.<sup>4</sup>

**Objetivo:** Verificar a integração da UBS com a ILPI que faz parte sua área de abrangência.

**Justificativa:** Uma das metas da atenção à saúde, que necessita ser prestada pela UBS, é o atendimento a população idosa presente no território de abrangência.<sup>55</sup>

## Escala de avaliação

- ( ) Inexistente, a ILPI não realiza o plano de atenção à saúde
- ( ) Incipiente, o plano de atenção à saúde da ILPI é elaborado pelos gestores da ILPI
- ( ) Intermediário, o plano de atenção à saúde da ILPI é elaborado por uma equipe de profissionais da ILPI
- ( ) Avançado, o plano de atenção à saúde da ILPI é elaborado por uma equipe de profissionais da ILPI, com a participação de um profissional da UBS da área de abrangência da ILPI



42 VIEIRA, Bruno Luis de Carvalho et al. Use and need of removable dental prostheses in an institutionalized Brazilian elderly population: a cross-sectional study. *Brazilian Oral Research*, v. 35, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/bori/a9H78R45Cq9C9t2SLKQ?format=pdf&lang=en>>. Acesso em: 19 set 2022.

43 BARKER, Robert Oliver 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*, v. 19, n. 12, p. 1069-1079, 2018. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861018303888>>. Acesso em: 24 Jun 2021.

44 RIJUAARD, Maurice 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*, v. 2016, 2016. Disponível em: <<https://www.hindawi.com/journals/jar/2016/6143645/>>. Acesso em: 24 Jun 2021.

45 CAPPAI, Cynthia et al. Tension between freedom and dependence—A challenge for residents who live in nursing homes. *Journal of clinical nursing*, v. 27, n. 21-22, p. 4119-4127, 2018. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.14561>>. Acesso em: 25 mai 2022.

46 TARALLO, Roberta dos Santos; NERI, Anita Liberalesso; CACHIONI, Meire. Atitudes de idosos e de profissionais em relação a trocas intergeracionais. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 20, n. 3, p. 421-429, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/rbga/a9wQCF5K2c565tFw65Vh2?lang=pt>>. Acesso em: 24 Jun 2021.

47 CARMO, Hércules Oliveira et al. Idoso institucionalizado: o que sente, percebe e deseja? *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, v. 9, n. 3, 2012. Disponível em: <<http://seer.ufr.br/index.php/revista/article/view/1274>>. Acesso em: 24 Jun 2021.

48 ROQUELE, Fátima Ferreira; BATISTA, Carolina Campos Ricci Frá; ARANTES, Rodrigo Caetano. Demandas assistenciais e gerenciais das instituições de longa permanência para idosos: uma revisão integrativa (2004-2014). *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, v. 20, n. 2, p. 286-299, Apr. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232017000200286&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000200286&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 May 2019.

49 RABELO, Déris Firmião; NERI, Anita Liberalesso. Avaliação das relações familiares por idosos com diferentes condições sociodemográficas e de saúde. *Psic-USF*, v. 21, n. 3, p. 663-675, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/psuf/a9659rMfz926968nKp4p5?lang=pt>>. Acesso em: 24 Jun 2021.

50 KANGO, Solange et al. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Anais XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, p. 1-17, 2016. Disponível em: <<http://www.abep.org.br/~abeporg/publicacoes/index.php/anas/article/viewFile/2405/2359>>. Acesso em: 6 ago 2022.

51 EOM, Kirsten; PENILINAS, Michael J.; CHAN, Angellee Wai. Effect of caregiving relationship and formal long-term care service use on caregiver well-being. *Geriatrics & gerontology international*, v. 17, n. 10, p. 1714-1721, 2017. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ggi.12958>>. Acesso em: 16 Jun 2021.

52 CAVALCANTE, Maria Lígia Silva Nunes et al. Indicators of health and safety among institutionalized older adults. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 50, n. 4, p. 602-609, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/reeusp/a33zrhGM48dRt3ms5CwYh?lang=en>>. Acesso em: 24 Jun 2021.

53 SOARES, Cláudia Fernandes; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss. Health promotion and prevention of pressure injury: expectations of primary health care nurses. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 27, n. 2, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/tce/a/fzsfqCVRG75SMQhrqxd5w?lang=pt>>. Acesso em: 24 Jun 2021.

54 MERRELES, Viviani Cariboin; BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniazzi. Qualidade da atenção aos idosos: risco de lesão por pressão como condição marcadora. 2019. Disponível em: <<http://repositorio.ufr.br/handle/mfu/40853>>. Acesso em: 24 Jun 2021.

55 FARRA, Rivaldo Mauro. A Territorialização Da Atenção Primária à Saúde No Sistema Único De Saúde E A Construção De Uma Perspectiva De Adequação Dos Serviços Aos Perfis Do Território Urbano. *Insiga-Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, v. 9, n. 16, p. 121-130, 2013. Disponível em: <<http://www.seer.ufr.br/index.php/insiga/article/view/19501>>. Acesso em: 24 Jun 2021.

56 CASTLE, Nicholas G.; ENGBERG, John. Organizational characteristics associated with staff turnover in nursing homes. *The Gerontologist*, v. 46, n. 1, p. 62-73, 2006. Disponível em: <<https://academic.oup.com/gerontologist/article/46/1/62/566756?logn=true>>. Acesso em: 24 Jun 2021.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o crescimento elevado de idosos e seu número de dependentes, o cuidado de longa duração se faz necessário e a avaliação da sua qualidade se torna essencial para melhor saúde física e mental dos residentes.

Para atingir esse objetivo inicialmente foi realizada uma revisão de escopo para identificar os modelos teóricos da qualidade do cuidado em ILPI. Foram mapeados quatro modelos: o estrutura-processo-resultados, de Donabedian; o multidimensional; o centrado na pessoa e o centrado no trabalhador. O mais abrangente, foi o multidimensional, por incluir vários indicadores e os atores envolvidos no cuidado: residentes, familiares, trabalhadores, gestores e comunidade.

Com embasamento desse estudo, em estudos qualitativos das percepções dos atores envolvidos no processo de qualidade, extensa revisão da literatura e na legislação brasileira, foi realizada a criação e validação de um instrumento de autoavaliação. Foi validado pela técnica *Delphi*, por meio de consulta a *experts* e a administradores de ILPI. Para facilitar sua utilização, após a validação, foi disponibilizado pelo *Google Forms*, e para seu preenchimento e entendimento, foi criado um guia, que pode ser acessado pela internet.

Seu grande diferencial é sua utilização interna, como um orientador e facilitador de tomada de decisão para alcançar mais qualidade do cuidado, podendo ser incorporado à rotina da ILPI, estimulando mudanças necessárias, de acordo com a realidade local. Podendo ser utilizado também para comparação entre as ILPI e norteador de avaliações externas.

Desafios foram enfrentados durante a pandemia do COVID 19, necessitando modificação do projeto original e pela complexidade da validação.

Avaliar as ILPI, que são bem diferentes entre si e muitas vezes carentes de recursos, não é uma tarefa simples. Por isso, um instrumento de autoavaliação, que pode ser utilizado de forma descentralizada e horizontal, com indicação de práticas e atitudes que podem melhorar a qualidade do cuidado oferecida ao idoso e aprimorar o processo de trabalho e a gestão, é muito importante.

Pode-se concluir que a qualidade do cuidado em ILPI revelou-se complexa e multidimensional, variando com o tempo e cultura, não dependendo somente de recursos financeiros, mas de amor, à profissão e ao próximo.

## REFERÊNCIAS

ABURTO, José Manuel *et al.* Quantifying impacts of the COVID-19 pandemic through life-expectancy losses: a population-level study of 29 countries. **International Journal of Epidemiology**, v. 51, n. 1, p. 63-74, 2022. Disponível em: <<https://academic.oup.com/ije/article/51/1/63/6375510?login=false>>. Acesso: em 19 mai 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. ANVISA. **Resolução da Diretoria Colegiada nº 283, de 26 de setembro de 2005**. Disponível em: <[www.portalsaude.gov.br](http://www.portalsaude.gov.br)>. Acesso em: 20 mai 2018.

\_\_\_\_\_. **Resolução da Diretoria Colegiada nº 502, de 27 de maio de 2021**. Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-502-de-27-de-maio-de-2021-323003775>>. Acesso em: 15 jun 2021.

AHMED, Tanvir; HABOUBI, Nadim. Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. **Clinical interventions in aging**, v. 5, p. 207, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2920201/>>. Acesso em: 16 jun 2021.

ALDERS, Peter; COMIJS, Hannie C.; DEEG, Dorly JH. Changes in admission to long-term care institutions in the Netherlands: comparing two cohorts over the period 1996–1999 and 2006–2009. **European Journal of Ageing**, v. 14, n. 2, p. 123-131, 2017. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s10433-016-0393-0>>. Acesso em: 15 jun 2021.

ALENCAR, Mariana Asmar *et al.* Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 4, p. 785-796, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/gSPWgg45jh6fKvkXDwRG7dR/?lang=pt>>. Acesso em: 16 jun 2021.

ALOISIO, Laura D. *et al.* Factors affecting job satisfaction in long-term care unit managers, directors of care and facility administrators: A secondary analysis. **Journal of nursing management**, v. 27, n. 8, p. 1764-1772, 2019. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.12871>>. Acesso em: 16 jun 2021.

ALVARENGA, Márcia Regina Martins *et al.* Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p.

2603-2611, 2011. Disponível em:  
<<https://www.scielo.br/j/csc/a/tK47vx7ZZwW6scDbbFdX6kQ/abstract/?lang=pt>>.  
Acesso em: 15 jun 2021.

ANTTONEN, Anneli; KARSIO, Olli. Eldercare service redesign in Finland: deinstitutionalization of long-term care. **Journal of Social Service Research**, v. 42, n. 2, p. 151-166, 2016. Disponível em:  
<<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01488376.2015.1129017>>. Acesso em: 16 jun 2021.

ARAÚJO, Jeferson Santos *et al.* Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 1, p. 149-158, 2013. Disponível em:  
<<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/McfsTxYYJMx36JbZKtR8ZMG/?lang=pt>>. Acesso em: 15 jun 2021.

ARMSTRONG, Rebecca *et al.* 'Scoping the scope' of a cochrane review. **Journal of Public Health**, v. 33, n. 1, p. 147-150, 2011. Disponível em:  
<<https://academic.oup.com/jpubhealth/article/33/1/147/1549781?login=true>>. Acesso em: 17 jun 2021.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita *et al.* **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios.** Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências, v. 2, p. 121-144, 2003. Disponível em:  
<<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=UEqBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA121&dq=AYRES,+J.+R.+C.+M.+et+al.+O+conceito+de+vulnerabilidade+e+as+práticas+de+saúde:+novas+perspectivas+e+desafios.+Promoção+da+saúde:+conceitos,+reflexões,+tendências,+v.+2,+p.+121-144,+2003.&ots=CU86Xo7hJh&sig=PwowOoT9vxRLF8-V4XKeH50leiA#v=onepage&q&f=false>>. Acesso em: 25 mai 2022.

BAARS, Jan. Introduction: Chronological time and chronological age: problems of temporal diversity. In: **Aging and Time**. Routledge, 2020. p. 1-13. Disponível em:  
<<http://www.janbaars.nl/wp-content/uploads/Aging-and-Time-Chapter-01-Jan-Baars.pdf>>. Acesso em: 18 mai 2022.

BACKHAUS, Ramona *et al.* Work environment characteristics associated with quality of care in Dutch nursing homes: A cross-sectional study. International. **Journal of Nursing Studies**, v. 66, p. 15-22, 2017. Disponível em:  
<<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748916302383>>. Acesso em: 17 jun 2021.



BARBOSA, Lara de Melo *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde dos cuidadores formais de idosos institucionalizados em Natal, Rio Grande do Norte. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 34, n. 2, p. 391-414, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepop/a/TzgWkzb9Hf5dHXmmNkkKFvn/abstract/?lang=es>>. Acesso em: 16 jun 2021.

BARCZYK, Daniel; KREDLER, Matthias. Long-Term Care Across Europe and the United States: The Role of Informal and Formal Care. **Fiscal Studies**, v. 40, n. 3, p. 329-373, 2019. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1475-5890.12200>>. Acesso em: 16 jun 2021.

BARNETT, Karen *et al.* Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. **The Lancet**, v. 380, n. 9836, p. 37-43, 2012. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673612602402>>. Acesso em: 7 ago 2022.

BASTOS, Rosangela Alves Almeida; ALMEIDA, Francisca das Chagas Alves de; FERNANDES, Maria das Gracas Melo. Psychosocial adaptation of older adults in hemodialysis treatment: an analysis in the light of Roy's Model. **Enfermagem Uerj**, v. 25, 2017. Disponível em: <<http://www.revistaespacios.com/a17v38n28/a17v38n28p03.pdf>>. Acesso em: 17 jun 2021.

BATISTONI, Samila Sathler Tavares. Gerontologia Ambiental: panorama de suas contribuições para a atuação do gerontólogo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 3, p. 647-657, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/4T98ZJsycQbkM7qC8dmkJ4v/?lang=pt>>. Acesso em: 19 jun 2021.

BERWICK, Donald M.; KNAPP, Marian Gilbert. Theory and practice for measuring health care quality. **Health Care Financing Review**, v. 1987, n. Suppl, p. 49, 1987. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4195092/>>. Acesso em: 21 mai 2021.

BJÖRK, Sabine *et al.* Exploring the prevalence and variance of cognitive impairment, pain, neuropsychiatric symptoms and ADL dependency among persons living in nursing homes; a cross-sectional study. **BMC geriatrics**, v. 16, n. 1, p. 1-8, 2016. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1186/s12877-016-0328-9>>. Acesso em: 16 jun 2021.

BOULKEDID, Rym *et al.* Using and reporting the Delphi method for selecting healthcare quality indicators: a systematic review. **PloS one**, v. 6, n. 6, p. e20476, 2011. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0020476>>. Acesso em: 25 mai 2022.

BRASIL. **Censo SUAS 2019**. Resultados Nacionais, Unidades de acolhimento. Brasília, Coordenação-Geral de planejamento e Vigilância Socioassistencial. Secretaria Especial de Desenvolvimento Social. Ministério da Cidadania. 2020. Disponível em: <<https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/vigilancia/index2.php>>. Acesso em: 15 jun 2021.

\_\_\_\_\_. **Constituição Federal (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil - de cinco de outubro de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm#:~:text=I%20%2D%20construir%20uma%20sociedade%20livre,quaisquer%20outras%20formas%20de%20discrimina%C3%A7%C3%A3o.>](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm#:~:text=I%20%2D%20construir%20uma%20sociedade%20livre,quaisquer%20outras%20formas%20de%20discrimina%C3%A7%C3%A3o.>)>. Acesso em: 15 jun 2021.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1893**. Lei Orgânica da Assistência Social. Dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm)>. Acesso em: 15 jun 2021.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm)> Acesso em: 13 abril de 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm)>. Acesso em: 13 abril de 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política nacional de assistência social**. 2004. Brasília. Disponível em: <[https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/PN AS2004.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PN AS2004.pdf)>. Acesso em: 15 jun 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social. **Portaria nº 73, de 10 de maio de 2001**. Institui as Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v10n2/Artigo09.pdf>> Acesso em: 15 jun 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648 de 28 de março de 2006**. Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf)>. Acesso em: 13 de abril de 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 810, de 22 de setembro de 1989**. Aprova as normas e padrões para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos. 1989. Seção 1, p. 17297-8. Disponível em:  
<[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1989/prt0810\\_22\\_09\\_1989.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1989/prt0810_22_09_1989.html)>  
Acesso em: 27 mai 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário oficial da União, v. 1, 2006. Disponível em:  
<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528\\_pnspi.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528_pnspi.pdf)>. Acesso em: 06 abr. 2021.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado de Assistência Social. **Portaria nº 2.874, de 30 de agosto de 2000**. Altera dispositivos da Portaria nº 2.854, de 19 de julho de 2000. Brasília: Secretaria de Estado de Assistência Social; 2000. Disponível em:  
<[http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia\\_social/portarias/2000/Portaria%20no%202.874-%20de%2030%20de%20agosto%20de%202000.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/portarias/2000/Portaria%20no%202.874-%20de%2030%20de%20agosto%20de%202000.pdf)>. Acesso em: 15 jun 2021.

BUEDO GUIRADO, Cristina *et al.* **Active aging program in nursing homes: Effects on psychological well-being and life satisfaction**. 2019. Disponível em:  
<<https://digibug.ugr.es/handle/10481/59324>>. Acesso em: 25 mai 2022.

BURANAROM, Nada; KOMIN, Orapin; MATANGKASOMBUT, Oranart. Hyposalivation, oral health, and Candida colonization in independent dentate elders. **Plos one**, v. 15, n. 11, p. e0242832, 2020. Disponível em:  
<<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0242832>>. Acesso em: 17 jun 2021.

CADEMARTORI, Mariana Gonzalez *et al.* Is depression associated with oral health outcomes in adults and elders? A systematic review and meta-analysis. **Clinical oral investigations**, v. 22, n. 8, p. 2685-2702, 2018. Disponível em:  
<<https://link.springer.com/article/10.1007/s00784-018-2611-y>>. Acesso em: 16 jun 2021.

CAETANO, Patricia Maria Camara Michetti; BARBOSA, Flávia Carvalho. A compreensão de cuidado, a partir dos significados e sentidos atribuídos pelo cuidador de idoso da vila vicentina-Sete Lagoas. **Revista Brasileira de Ciências da Vida**, v. 6, n. 1, 2018. Disponível em:

<<http://jornalold.faculdadecienciasdavidacom.br/index.php/RBCV/article/view/341>>. Acesso em: 16 jun 2021.

CALDAS, Célia Pereira. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. 733-781, 2003. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2003.v19n3/733-781/pt/>>. Acesso em: 16 jun 2021.

CALDWELL, John C. **Demographic theory**: A long view. In: Demographic transition theory. Springer, Dordrecht, 2006. p. 301-320. Disponível em: <[https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4020-4498-4\\_13](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4020-4498-4_13)>. Acesso em: 25 mai 2022.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 232-235, June 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepop/a/s4xr7b6wkTfqv74mZ9X37Tz/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 16 jun 2021.

CAMPOS, Ana Cristina Viana; FERREIRA, Efigenia Ferreira; VARGAS, Andréa Maria Duarte. Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 2221-2237, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2015.v20n7/2221-2237/pt/>>. Acesso em: 16 jun 2021.

CANTRILL, J. A.; SIBBALD, Buetow; BUETOW, S. The Delphi and nominal group techniques in health services research. **International Journal of pharmacy practice**, v. 4, n. 2, p. 67-74, 1996. Disponível em: <<https://academic.oup.com/ijpp/article-abstract/4/2/67/6141190>>. Acesso em: 25 mai 2022.

CARVALHO, Vanessa Lôbo de. Perfil das instituições de longa permanência para idosos situadas em uma capital do Nordeste. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 184-191, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/VFbmGcfVtKcjCcVfvCBzgyv/?lang=pt>>. Acesso em: 16 jun 2021.

CASPARI, Synnøve *et al.* Tension between freedom and dependence—A challenge for residents who live in nursing homes. **Journal of clinical nursing**, v. 27, n. 21-22, p. 4119-4127, 2018. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.14561>>. Acesso em: 25 mai 2022.

CASTLE, Nicholas G.; FERGUSON, Jamie C. What is nursing home quality and how is it measured?. **The Gerontologist**, v. 50, n. 4, p. 426-442, 2010. Disponível em: <<https://academic.oup.com/gerontologist/article/50/4/426/746285?login=true>>. Acesso em: 17 jun 2021.

CHALISE, Hom Nath. Aging: basic concept. **American journal of biomedical science & research**, v. 1, n. 1, p. 8-10, 2019. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/profile/Hom-Nath-Chalise/publication/330116948\\_Aging\\_Basic\\_Concept/links/5c4055a4a6fdccd6b5b33e14/Aging-Basic-Concept.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Hom-Nath-Chalise/publication/330116948_Aging_Basic_Concept/links/5c4055a4a6fdccd6b5b33e14/Aging-Basic-Concept.pdf)>. Acesso em: 17 mai 2022.

CHANG, Po-Ju; WRAY, Linda; LIN, Ye qiang. Social relationships, leisure activity, and health in older adults. **Health Psychology**, v. 33, n. 6, p. 516, 2014. Disponível em: <<https://psycnet.apa.org/record/2014-21751-003>>. Acesso em: 16 jun 2021.

CHEN, Hsiao-Mei; CHEN, Ching-Min. Factors associated with quality of life among older adults with chronic disease in Taiwan. **International Journal of Gerontology**, v. 11, n. 1, p. 12-15, 2017. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1873959816301429>>. Acesso em: 17 jun 2021.

CHIN, Chee Wei Winston; PHUA, Kai-Hong. Long-term care policy: Singapore's experience. **Journal of Aging & Social Policy**, v. 28, n. 2, p. 113-129, 2016. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08959420.2016.1145534>>. Acesso em: 28 mai 2022.

COLLINS, Rhonda *et al.* Improving medical services in Canadian long term care homes. **Canadian Family Physician**, 2021. Disponível em: <<https://www.cfp.ca/news/2020/10/07/10-07>>. Acesso em: 16 jun 2021.

COMAS-HERRERA, Adelina *et al.* Future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom. **Ageing and society**, v. 26, n. 2, p. 285-302, 2006. Disponível em: <<http://eprints.lse.ac.uk/4835/>>. Acesso em: 16 jun 2021.

CONSTAND, Marissa K. *et al.* Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare. **BMC health services research**, v. 14, n. 1, p. 1-9, 2014. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-271>>. Acesso em: 25 mai 2022.

CRISTINA, Keila; LEONOR, Ethel. Anos potenciais de vida perdidos devido à COVID-19 no estado do Espírito Santo e mortalidade proporcional por idade. **Jornal brasileiro**

**de pneumologia**, v. 48, n. 1, p. e20210489, 2022. Disponível em: <[https://cdn.publisher.gn1.link/jornaldepneumologia.com.br/pdf/2022\\_48\\_1\\_3638\\_portugues.pdf](https://cdn.publisher.gn1.link/jornaldepneumologia.com.br/pdf/2022_48_1_3638_portugues.pdf)>. Acesso: em 19 mai 2022.

DAAMEN, Marielle AMJ *et al.* Prevalence of heart failure in nursing homes: a systematic literature review. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 24, n. 1, p. 202-208, 2010. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1471-6712.2009.00708.x>>. Acesso em: 16 jun 2021.

DELLEFIELD, Mary Ellen *et al.* The relationship between registered nurses and nursing home quality: an integrative review (2008-2014). **Nursing economics**, v. 33, n. 2, p. 95-108, 2015. Disponível em: <<https://eprints.whiterose.ac.uk/87183/>>. Acesso em: 16 jun 2021.

DELWEL, Suzanne *et al.* Oral hygiene and oral health in older people with dementia: a comprehensive review with focus on oral soft tissues. **Clinical oral investigations**, v. 22, n. 1, p. 93-108, 2018. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0528.2010.00542.x>>. Acesso em: 16 jun 2021.

DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS. DESA UN. **World population prospects 2019: Highlights**. New York (US): United Nations Department for Economic and Social Affairs. 2019. Acesso em: <[https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019\\_Highlights.pdf](https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf)>. Acesso em: 15 jun 2021.

DONABEDIAN, Avedis. Quality of care: problems of measurement. II. Some issues in evaluating the quality of nursing care. **American Journal of Public Health and the Nations Health**, v. 59, n. 10, p. 1833-1836, 1969. Disponível em: <<https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.59.10.1833>>. Acesso em: 16 jun 2021.

\_\_\_\_\_. The quality of care: how can it be assessed?. **Jama**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/374139>>. Acesso em: 16 jun 2021.

DLUGACZ, Yosef D. **Introduction to Health Care Quality: Theory, Methods, and Tools**. John Wiley & Sons, 2017. Disponível em: <[https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=IPp7DQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA9&dq=DLUGACZ,+Yosef+D.+Introduction+to+Health+Care+Quality:+Theory,+Methods,+and+Tools.+John+Wiley+%26+Sons,+2017.&ots=zIFul\\_ThJj&sig=qpX13HiXL1eyG7PM6n0LKfemWWk&redir\\_esc=y#v=onepage&q=DLUGACZ%2C%20Yosef%20D.%20Introduction%20to%20Health%20](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=IPp7DQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA9&dq=DLUGACZ,+Yosef+D.+Introduction+to+Health+Care+Quality:+Theory,+Methods,+and+Tools.+John+Wiley+%26+Sons,+2017.&ots=zIFul_ThJj&sig=qpX13HiXL1eyG7PM6n0LKfemWWk&redir_esc=y#v=onepage&q=DLUGACZ%2C%20Yosef%20D.%20Introduction%20to%20Health%20)>

Care%20Quality%3A%20Theory%2C%20Methods%2C%20and%20Tools.%20John%20Wiley%20%26%20Sons%2C%202017.&f=false>. Acesso em: 16 jun 2021.

DYER, Suzanne *et al.* **Review of International Systems for Long-Term Care of Older People**: Report prepared for the Royal Commission into Aged Care Quality and Safety: research paper 2. 2019. Disponível em: <<https://researchnow.flinders.edu.au/en/publications/review-of-international-systems-for-long-term-care-of-older-peopl>>. Acesso em: 16 jun 2021.

EOM, Kirsten; PENKUNAS, Michael J.; CHAN, Angelique WM. Effect of caregiving relationship and formal long-term care service use on caregiver well-being. **Geriatrics & gerontology international**, v. 17, n. 10, p. 1714-1721, 2017. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ggi.12958>>. Acesso em: 16 jun 2021.

FAGUNDES, Karolina Vitorelli Diniz Lima *et al.* Instituições de longa permanência como alternativa no acolhimento das pessoas idosas. **Revista de Salud Pública**, v. 19, p. 210-214, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/rsap/2017.v19n2/210-214/>>. Acesso em: 17 jun 2021.

FERREIRA, A. R.; MARTINS, S.; FERNANDES, L. Comorbidity and polypharmacy in elderly living in nursing homes. **European Psychiatry**, v. 33, n. S1, p. 1-2, 2016. Disponível em: <<https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/abs/comorbidity-and-polypharmacy-in-elderly-living-in-nursing-homes/5667A90EB1CFC19F9FCA7003A1A0F0F9>>. Acesso em: 16 jun 2021.

FERREIRA, Raquel Conceição *et al.* O idoso com comprometimento cognitivo apresenta pior condição de saúde bucal?. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3417-3428, Aug. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2014.v19n8/3417-3428/pt/>>. Acesso em: 16 jun 2021.

FIGUEIREDO, Aletea Ferreira Prado *et al.* Mapeamento de um modelo de qualidade para Instituições de Longa Permanência para Idosos. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 23, n. 2, p. 435-456, 2020. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/51602>>. Acesso em: 17 jun 2021.

FINK-HAFNER, Danica *et al.* **Delphi method: Strengths and weaknesses. Advances in Methodology and Statistics**, v. 16, n. 2, p. 1–19-1–19, 2019. Disponível em: <<https://mz.mf.uni-lj.si/article/view/184>>. Acesso em: 25 mai 2022.

FLO, E. *et al.* A review of the implementation and research strategies of advance care planning in nursing homes. **BMC geriatrics**, v. 16, n. 1, p. 1-20, 2016. Disponível em:

<<https://link.springer.com/article/10.1186/s12877-016-0179-4>>. Acesso em: 17 jun 2021.

FOLQUITTO, Jefferson Cunha. *et al.* The Bayer: Activities of Daily Living Scale (B-ADL) in the differentiation between mild to moderate dementia and normal aging. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 29, n. 4, p. 350-353, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbp/a/VfmgZqcnGCFTw7kYpCVj9fn/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 16 jun 2021.

FORTIN, Martin *et al.* A systematic review of prevalence studies on multimorbidity: toward a more uniform methodology. **The Annals of Family Medicine**, v. 10, n. 2, p. 142-151, 2012. Disponível em: <<https://www.annfammed.org/content/10/2/142.short>>. Acesso em: 7 ago 2022.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)**. São Paulo: Martins Fontes, 2005. Disponível em: <[http://files.quehaja-luz.webnode.com/200000024-56b1a58a6f/BIB-foucault-em\\_defesa\\_da\\_sociedade.pdf](http://files.quehaja-luz.webnode.com/200000024-56b1a58a6f/BIB-foucault-em_defesa_da_sociedade.pdf)>. Acesso em: 25 mai 2022.

GEORGIU, Andrew *et al.* Gaps, disconnections, and discontinuities—the role of information exchange in the delivery of quality long-term care. **The Gerontologist**, v. 53, n. 5, p. 770-779, 2013. Disponível em: <<https://academic.oup.com/gerontologist/article/53/5/770/589996?login=true>> Acesso em: 17 jun 2021.

GIACOMIN, Karla Cristina; SANTOS, Wagner Jorge dos; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo. O luto antecipado diante da consciência da finitude: a vida entre os medos de não dar conta, de dar trabalho e de morrer. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2487-2496, 2013. Disponível em: <[https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/asset/s/csc/v18n9/v18n9a02.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/asset/s/csc/v18n9/v18n9a02.pdf)>. Acesso em: 7 ago 2022.

GOMES, Erika Carla Cavalcanti *et al.* Factors associated with the danger of accidental falls among institutionalized elderly individuals: an integrative review. **Ciencia & saude coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3543-3551, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/zzLprtrL4QxMYNmyQ8qJvHv/?lang=pt>>. Acesso em: 16 jun 2021.

GOODSON, Justin; JANG, Wooseung; RANTZ, Marilyn. Nursing home care quality: Insights from a Bayesian network approach. **The Gerontologist**, v. 48, n. 3, p. 338-348, 2008. Disponível em: <<https://academic.oup.com/gerontologist/article/48/3/338/553831?login=true>> Acesso em: 17 jun 2021.



GRABOWSKI, David C. *et al.* Culture change and nursing home quality of care. **The Gerontologist**, v. 54, n. Suppl\_1, p. S35-S45, 2014. Disponível em: <[https://academic.oup.com/gerontologist/article/54/Suppl\\_1/S35/687612?login=true](https://academic.oup.com/gerontologist/article/54/Suppl_1/S35/687612?login=true)>. Acesso em: 16 jun 2021.

GUIMARÃES, Lara de Andrade *et al.* Sintomas depressivos e fatores associados em idosos residentes em instituição de longa permanência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 3275-3282, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/vnhG5gXKdfhksbLF7hqYFYw/?lang=en>>. Acesso em: 20 mai 2022.

GUSTAFSON, David H. *et al.* The Quality Assessment Index (QAI) for measuring nursing home quality. **Health Services Research**, v. 25, n. 1 Pt 1, p. 97, 1990. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1065611/>>. Acesso em: 17 jun 2021.

HOOGENDIJK, Emiel O. *et al.* A new functional classification based on frailty and disability stratifies the risk for mortality among older adults: the FRADEA study. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 20, n. 9, p. 1105-1110, 2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861019301562>>. Acesso em: 19 mai 2022.

HIRDES, John P. Long-term care funding in Canada: a policy mosaic. **Journal of Aging & Social Policy**, v. 13, n. 2-3, p. 69-81, 2002. Disponível em: <[https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J031v13n02\\_06](https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J031v13n02_06)>. Acesso em: 16 jun 2021.

HUNTLEY, Alyson L. *et al.* Measures of multimorbidity and morbidity burden for use in primary care and community settings: a systematic review and guide. **The Annals of Family Medicine**, v. 10, n. 2, p. 134-141, 2012. Disponível em: <<https://www.annfammed.org/content/10/2/134.short>>. Acesso em: 7 ago 2022.

HUSEBØ, Anne Marie Lunde *et al.* Status of knowledge on student-learning environments in nursing homes: A mixed-method systematic review. **Journal of Clinical Nursing**, v. 27, n. 7-8, p. e1344-e1359, 2018. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.14299>>. Acesso em: 25 mai 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Características gerais dos domicílios e dos moradores: 2019**. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro 2020. <<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101707>>. Acesso em: 15 junho 2021.

\_\_\_\_\_. IBGE. **Projeções da população: Brasil e unidades da federação** Coordenação de População e Indicadores Sociais. 2013. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticasnovoportal/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?&t=publicacoes>>. Acesso em: nov. 2017.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. IPEA. **Série Eixos do Desenvolvimento Brasileiro nº 93: Infraestrutura Social e Urbana no Brasil subsídios para uma agenda de pesquisa e formulação de políticas públicas. Condições de funcionamento e infraestrutura das instituições de longa permanência para idosos no Brasil**. Brasília; 2011. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado110524\\_comunicadoipea93](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado110524_comunicadoipea93)>. Acesso em: 20 mai 2018.

INZITARI, Marco *et al.* Nursing Homes and Long Term Care After COVID-19: A New ERA?. *The journal of nutrition, health & aging*, v. 24, 1042–1046. 2020. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s12603-020-1447-8#citeas>>. Acesso em: 16 jun 2021.

ISLAM, Nazrul *et al.* Effects of covid-19 pandemic on life expectancy and premature mortality in 2020: time series analysis in 37 countries. *BMJ*, v. 375, 2021. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/375/bmj-2021-066768.short>>. Acesso: em 19 mai 2022.

IWAGAMI, Masao; TAMIYA, Nanako. The long-term care insurance system in Japan: past, present, and future. *JMA Journal*, v. 2, n. 1, p. 67-69, 2019. Disponível em: <[https://www.jstage.jst.go.jp/article/jmaj/2/1/2\\_67/\\_article/-char/ja/](https://www.jstage.jst.go.jp/article/jmaj/2/1/2_67/_article/-char/ja/)>. Acesso em: 16 jun 2021.

JEREZ-ROIG, Javier *et al.* Autopercepção da saúde em idosos institucionalizados. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 3367-3375, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n11/3367-3375/pt/>>. Acesso em: 16 jun 2021.

JONES, Jeremy; HUNTER, Duncan. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ: British Medical Journal*, v. 311, n. 7001, p. 376, 1995. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2550437/>>. Acesso em: 17 jun 2021.

KANE, Robert L. *et al.* Effects of an intervention to reduce hospitalizations from nursing homes: a randomized implementation trial of the INTERACT program. *JAMA internal medicine*, v. 177, n. 9, p. 1257-1264, 2017. Disponível em:

<<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2635329>>  
Acesso em: 26 mai 2022.

KANE, Rosalie A. Long-term care and a good quality of life: Bringing them closer together. **The Gerontologist**, v. 41, n. 3, p. 293-304, 2001. Disponível em: <<https://academic.oup.com/gerontologist/article/41/3/293/632406?login=true>>. Acesso em: 24 jun 2021.

KANG, Yu; MENG, Hongdao; MILLER, Nancy A. Rurality and nursing home quality: Evidence from the 2004 National Nursing Home Survey. **The Gerontologist**, v. 51, n. 6, p. 761-773, 2011. Disponível em: <<https://academic.oup.com/gerontologist/article/51/6/761/818971?login=true>>. Acesso em: 16 jun 2021.

KARSCH, Ursula Margarida. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 861-866, 2003. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/Jdb3Rrs9GTJ8tQBTLJYCTxx/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 15 jun 2021.

KATZ, S.; DOWNS, T. D.; CASH, H. R.; Grotz, RC. Progress in development of the index of ADL. **The Gerontologist**, v. 10, n. part 1, p. 20-30, 1970. Disponível em: <[https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/10/1\\_Part\\_1/20/530064](https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/10/1_Part_1/20/530064)>. Acesso em: 16 jun 2021.

KHADKA, Sangeeta *et al.* Poor oral hygiene, oral microorganisms and aspiration pneumonia risk in older people in residential aged care: a systematic review. **Age and Ageing**, v. 50, n. 1, p. 81-87, 2021. Disponível em: <<https://academic.oup.com/ageing/article-abstract/50/1/81/5868064>>. Acesso em: 16 jun 2021.

KIM, Jinkyung; HAN, Woosok. Improving service quality in long-term care hospitals: National evaluation on long-term care hospitals and employees perception of quality dimensions. **Osong public health and research perspectives**, v. 3, n. 2, p. 94-99, 2012. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210909912000380>>. Acesso em: 24 jun 2021.

KIMURA, Yumi *et al.* Food diversity is closely associated with activities of daily living, depression, and quality of life in community-dwelling elderly people. **Journal of the American geriatrics society**, v. 57, n. 5, p. 922-924, 2009. Disponível em: <<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1532-5415.2009.02235.x>>. Acesso em: 16 jun 2021.

KLEINEIDAM, Luca *et al.* What is successful aging? A psychometric validation study of different construct definitions. **The Gerontologist**, v. 59, n. 4, p. 738-748, 2019. Disponível em: <<https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/59/4/738/5055012>>. Acesso em: 16 jun 2021.

KOHLI, Richie *et al.* Dental care practices and oral health training for professional caregivers in long-term care facilities: An interdisciplinary approach to address oral health disparities. **Geriatric Nursing**, v. 38, n. 4, p. 296-301, 2017. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S019745721630283X>>. Acesso em: 16 jun 2021.

KOJIMA, Gotaro. Prevalence of frailty in nursing homes: a systematic review and meta-analysis. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 16, n. 11, p. 940-945, 2015. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861015004466>>. Acesso em: 16 jun 2021.

KUMAR, Sumit *et al.* Can you be biologically younger than your chronological age? An overview of biological ageing. **Biomedicine**, v. 41, n. 3, p. 508-514, 2021. Disponível em: <<https://biomedicineonline.org/index.php/home/article/view/682>>. Acesso: em 17 mai 2022.

LAFFON DE MAZIÈRES, Clarisse *et al.* Prevention of functional decline by reframing the role of nursing homes?. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 18, n. 2, p. 105-110, 2017. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861016305515>>. Acesso em: 15 jun 2021.

LAWLER, Jessica *et al.* Does the Diabetes Specialist Nursing workforce impact the experiences and outcomes of people with diabetes? A hermeneutic review of the evidence. **Human resources for health**, v. 17, n. 1, p. 1-9, 2019. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1186/s12960-019-0401-5>>. Acesso em: 16 jun 2021.

LAWTON, M. Powell; BRODY, Elaine M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The Gerontologist**, v. 9, n. 3\_Part\_1, p. 179-186, 1969. Disponível em: <[https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/ia\\_dlttekst\\_fr.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/ia_dlttekst_fr.pdf)>. Acesso em: 16 jun 2021.

LAWTON, M. Powell; NAHEMOW, Lucille. **Ecology and the aging process**. 1973. Disponível em: <<https://psycnet.apa.org/record/2004-15428-020>>. Acesso em: 26 mai 2022.

LEHN, Fernanda *et al.* Estado nutricional de idosos em uma instituição de longa permanência. **J Health Sci Inst**, v. 30, n. 1, p. 53-8, 2012. Disponível em: <[https://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/01\\_jan-mar/V30\\_n1\\_2011\\_p53-58.pdf](https://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/01_jan-mar/V30_n1_2011_p53-58.pdf)>. Acesso em: 04 nov. 2016.

LEMKE, Sonne; MOOS, Rudolf H. Quality of residential settings for elderly adults. **Journal of Gerontology**, v. 41, n. 2, p. 268-276, 1986. Disponível em: <<https://academic.oup.com/geronj/article-abstract/41/2/268/574211?login=false>>. Acesso em: 25 mai 2022.

LEVAC, Danielle; COLQUHOUN, Heather; O'BRIEN, Kelly K. Scoping studies: advancing the methodology. **Implementation Science**, v. 5, n. 1, p. 1-9, 2010. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1186/1748-5908-5-69>>. Acesso em: 17 jun 2021.

LEVENSON, Steven A. The basis for improving and reforming long-term care. Part 3: essential elements for quality care. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 10, n. 9, p. 597-606, 2009. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1525861009002989>>. Acesso em: 17 jun 2021.

LIMA, Kenio Costa; MENDES, Tamires Carneiro de Oliveira. What is the ideal age limit for a person to be considered an older adult today?. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/9H43x4GWRnd8sJXHYPW6b8x/?lang=pt&format=html>>. Acesso em: 17 mai 2022.

LLOYD-SHERLOCK, Peter *et al.* WHO's proposal for a decade of healthy ageing. **The Lancet**, v. 394, n. 10215, p. 2152-2153, 2019. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)32522-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)32522-X/fulltext)>. Acesso em: 7 ago 2022.

LOW, Lee-Fay *et al.* A systematic review of interventions to change staff care practices in order to improve resident outcomes in nursing homes. **PloS one**, v. 10, n. 11, p. e0140711, 2015. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0140711>>. Acesso em: 16 jun 2021.

MAILLE, Gérald *et al.* Objective and perceived oral health status of elderly nursing home residents: a local survey in southern France. **Clinical interventions in aging**, v. 14, p. 1141, 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6612966/>>. Acesso em: 16 jun 2021.

MARENGONI, Alessandra *et al.* Prevalence of chronic diseases and multimorbidity among the elderly population in Sweden. **American journal of public health**, v. 98, n. 7, p. 1198-1200, 2008. Disponível em: <<https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2007.121137>>. Acesso em: 16 jun 2021.

MARSHALL, Emily Gard *et al.* Improving continuity of care reduces emergency department visits by long-term care residents. **The Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 29, n. 2, p. 201-208, 2016. Disponível em: <<https://www.jabfm.org/content/29/2/201.short>>. Acesso em: 16 jun 2021.

MARTIN, Danielle *et al.* Canada's universal health-care system: achieving its potential. **The Lancet**, v. 391, n. 10131, p. 1718-1735, 2018. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673618301818>>. Acesso em: 16 jun 2021.

MARTINS, Andréa Maria Eleutério de Barros Lima *et al.* Autopercepção da saúde bucal entre idosos brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, p. 912-922, 2010. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/rsp/2010.v44n5/912-922/>>. Acesso em: 16 jun 2021.

MARTZ, Didier; DAGOGNET, François; BILLÉ, Michel. **La tyrannie du " bien vieillir" .** Lectures, Les livres, 2010. 151 p.

MATUS-LOPEZ, Mauricio; PEDRAZA, Camilo Cid. New long-term care policies in Latin America: the national system of care in Uruguay. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 17, n. 7, p. 663-665, 2016. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S152586101630086X>>. Acesso em: 15 jun 2021.

MCPHERSON, Sara; REESE, Cynthia; WENDLER, M. Cecilia. Methodology update: Delphi studies. **Nursing Research**, v. 67, n. 5, p. 404-410, 2018. Disponível em: <[https://journals.lww.com/nursingresearchonline/fulltext/2018/09000/methodology\\_update\\_\\_delphi\\_studies.8.aspx](https://journals.lww.com/nursingresearchonline/fulltext/2018/09000/methodology_update__delphi_studies.8.aspx)>. Acesso em: 25 mai 2022.

MEDEIROS, Paulo Adão de *et al.* Instrumentos desenvolvidos para o gerenciamento e cuidado de idosos em instituições de longa permanência: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3597-3610, 2016. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csc/2016.v21n11/3597-3610/>>. Acesso em: 17 jun 2021.

MEHTAP, Bekir *et al.* Review of physical activity levels of elderly people living in nursing home. **Science, Movement and Health**, v. 15, n. 2, p. 15, 2015. Disponível em: <<https://www.analefefs.ro/anale-fefs/2015/i2/pe-autori/4.pdf>>. Acesso em: 16 jun 2021.

MEYRICK, Julian. The Delphi method and health research. **Health education**, 2003. Disponível em: <<https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/09654280310459112/full/ht>>. Acesso em: 25 mai 2022.

METZELTHIN, Silke F. *et al.* Positive and negative outcomes of informal caregiving at home and in institutionalised long-term care: a cross-sectional study. **BMC geriatrics**, v. 17, n. 1, p. 1-10, 2017. Disponível em: <<https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-017-0620-3>>. Acesso em: 16 jun 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Idosos dependentes de cuidadores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4-4, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/tYr4LMQ3DSsnZB8rXjN3JHw/?lang=pt>>. Acesso em: 19 mai 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. The imperative of caring for the dependent elderly person. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 24, p. 247-252, 2019. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csc/2019.v24n1/247-252/en/>>. Acesso em: 24 jun 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza *et al.* Políticas de apoio aos idosos em situação de dependência: Europa e Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 137-146, 2021. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csc/2021.v26n1/137-146/>>. Acesso em: 28 mai 2022.

MITCHELL, Pamela H. *et al.* Quality health outcomes model. **Image: The Journal of Nursing Scholarship**, v. 30, n. 1, p. 43-46, 1998. Disponível em: <<https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1547-5069.1998.tb01234.x>>. Acesso em: 17 jun 2021.

MIYAWAKI, Atsushi *et al.* Effect of reduced formal care availability on formal/informal care patterns and caregiver health: a quasi-experimental study using the Japanese long-term care insurance reform. **BMC Geriatrics**, v. 20, n. 1, p. 1-11, 2020. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1186/s12877-020-01588-7>>. Acesso em: 16 jun 2021.

MOLINA, Agustin *et al.* Unit-level fairness and quality within the health care industry: A justice–quality model. **European Journal of Work and Organizational Psychology**, v. 24, n. 4, p. 627-644, 2015. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1359432X.2014.960401>>. Acesso em: 17 jun 2021.

MOORE, Kelly L. *et al.* Age and Sex Variation in Prevalence of Chronic Medical Conditions in Older Residents of US. Nursing Homes. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 60, n. 4, p. 756-764, 2012. Disponível em: <<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1532-5415.2012.03909.x>>. Acesso em: 16 jun 2021.

MOREIRA, Francisca Sueli Monte *et al.* Use of potentially inappropriate medications in institutionalized elderly: prevalence and associated factors. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2073-2082, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/mqWgy8Q6GsC5XDrvkmMCbJs/abstract/?lang=en>>. Acesso em: 20 mai 2022.

MORIN, Lucas *et al.* Prevalence of potentially inappropriate medication use in older adults living in nursing homes: a systematic review. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 17, n. 9, p. 862. e1-862. e9, 2016. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861016302183>>. Acesso em: jun 2021.

MORLEY, John E. *et al.* Frailty consensus: a call to action. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 14, n. 6, p. 392-397, 2013. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861013001825>>. Acesso em: 16 jun 2021.

MORRIS, John N. *et al.* Designing the national resident assessment instrument for nursing homes. **The Gerontologist**, v. 30, n. 3, p. 293-307, 1990. Disponível em: <<https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/30/3/293/619784>> Acesso em: 28 mai 2021.

MUNN, Zachary *et al.* Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. **BMC medical research methodology**, v. 18, n. 1, p. 1-7, 2018. Disponível em: <<https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12874-018-0611-x>>. Acesso em: 17 jun 2021.

NARUISHI, Koji *et al.* Relationship of aspiration pneumonia to cognitive impairment and oral condition: a cross-sectional study. **Clinical oral investigations**, v. 22, n. 7, p. 2575-2580, 2018. Disponível em:



<<https://link.springer.com/article/10.1007/s00784-018-2356-7>>. Acesso em: 16 jun 2021.

NUNES, Daniella Pires *et al.* Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2887-2898, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2010.v15n6/2887-2898/pt/>>. Acesso em: 16 jun 2021.

OLIVATO, Alessandra. Em defesa da sociedade, curso no Collège de France (1975-1976), de Michel Foucault. **Plural-Revista de Ciências Sociais/USP**, v. 8, p. 161-166, 2001. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/plural/article/view/75756>>. Acesso em: 25 mai 2022.

OLIVEIRA, Wagner Ivan Fonseca de *et al.* Equivalencia semantica, conceitual e de itens do observable indicators of nursing home care quality instrument. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 21, p. 2243-2256, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/qMMxZTpKshNz69XSYNNVmf/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 17 jun 2021.

OLIVEIRA, Luiz Fabrício Santos de *et al.* Factors associated with oral health-related quality of life of institutionalized elders. **Brazilian Oral Research**, v. 35, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bor/a/kpYkrBpxy6MzgLPWfMLbLcC/abstract/?lang=en>>. Acesso em: 21 jun 2022.

OLIVEIRA, Orlete Donato *et al.* Prevalência E Fatores Associados À Vulnerabilidade Em Idosos: Uma Revisão. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 95, n. 34, 2021. Disponível em: <<http://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/807>>. Acesso em: 25 mai 2022.

ORTH, Jessica *et al.* Providing behavioral health services in nursing homes is difficult: findings from a national survey. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 67, n. 8, p. 1713-1717, 2019. Disponível em: <<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.16017>>. Acesso em: 16 jun 2021.

PAIVA, Jamille Amorim Carvalho; VILELA, Alba Benemérita Alves; SANTOS, André Souza dos. Políticas públicas de saúde para as mulheres implementadas no Brasil: compreensões a partir do conceito de biopoder de Michel Foucault. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 2, p. 14205-14216, 2022. Disponível em:

<<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/44485>>. Acesso em: 25 mai 2022.

PARK, Eun-Ja *et al.* Living arrangements, chronic diseases, and prescription drug expenditures among Korean elderly: vulnerability to potential medication underuse. **BMC Public Health**, v. 14, n. 1, p. 1-8, 2014. Disponível em: <<https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-1284>>. Acesso em: 16 jun 2021.

PATERSON, Donald H. *et al.* Longitudinal study of determinants of dependence in an elderly population. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 52, n. 10, p. 1632-1638, 2004. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15450038/>>. Acesso em: 16 jun 2021.

PATTUSSI, Marcos Pascoal *et al.* Self-rated oral health and associated factors in Brazilian elders. **Community dentistry and oral epidemiology**, v. 38, n. 4, p. 348-359, 2010. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0528.2010.00542.x>>. Acesso em: 16 jun 2021.

PAÚL, Constança. Envelhecimento activo e redes de suporte social. **Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**, v. 15, 2017. Disponível em: <<https://ojs.letras.up.pt/index.php/Sociologia/article/view/2392>>. Acesso em: jun 2021.

PEREIRA, Josianne Katherine; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo; GIACOMIN, Karla Cristina. Maneiras de pensar e de agir de idosos frente às questões relativas à funcionalidade/incapacidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 3375-3384, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/zr7g3vGBBw49WnTgfQXNc3x/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 7 ago 2022.

PÉREZ-JOVER, Virtudes *et al.* Inappropriate use of medication by elderly, polymedicated, or multipathological patients with chronic diseases. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 15, n. 2, p. 310, 2018. Disponível em: <<https://www.mdpi.com/1660-4601/15/2/310>>. Acesso em: 16 jun 2021.

PETERS, Micah *et al.* **The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015: methodology for JBI scoping reviews**. 2015. Disponível em:

<https://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:371443>>. Acesso em 17 jun 2021.

PHILLIPS, Colleen J. Developing a method of assessing quality of care in nursing homes, using key indicators and population norms. **Journal of Aging and Health**, v.

3, n. 3, p. 407-422, 1991. Disponível em:  
<<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/089826439100300306>>. Acesso em:  
17 jun 2021.

PINTO, Silvia Patricia Lima de Castro; SIMSON, Olga Rodrigues de Moraes Von. Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: sumário da legislação. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 1, p. 169-174, 2012. Disponível em:  
<<https://www.scielo.br/j/rbgg/a/GwR7xcphB6qQMPnWN6m4ryc/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 29 mai 2022.

PIUVEZAM, Grasiela *et al.* Atenção primária à saúde e os idosos institucionalizados: a perspectiva da gestão municipal no Brasil. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 92-100, 2016. Disponível em:  
<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902515000401>>. Acesso em: 17 jun 2021.

PRINCE, Martin; PRINA, Matthew; GUERCHET, Maëlenn. **World Alzheimer report 2013: Journey of caring: an analysis of long-term care for dementia**. 2013. Disponível em: <<https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2013.pdf>>. Acesso: em 25 mai 2022.

PRINCE, Martin *et al.* **World Alzheimer report 2016: improving healthcare for people living with dementia: coverage, quality and costs now and in the future**. 2016. Disponível em: <<http://eprints.lse.ac.uk/67858>>. Acesso em: 21 mai 2022.

RABELO, Dóris Firmino; NERI, Anita Liberalesso. Avaliação das relações familiares por idosos com diferentes condições sociodemográficas e de saúde. **Psico-USF**, v. 21, n. 3, p. 663-675, 2016. Disponível em:  
<<https://www.scielo.br/j/pusf/a/g6Sx9rMbfcz9Z6R68nKpKpS/?lang=pt>>. Acesso em: 24 jun 2021.

RAHMAN, Anna N.; APPLEBAUM, Robert A. The nursing home Minimum Data Set assessment instrument: manifest functions and unintended consequences—past, present, and future. **The Gerontologist**, v. 49, n. 6, p. 727-735, 2009. Disponível em: <<https://academic.oup.com/gerontologist/article/49/6/727/696317?login=true>>. Acesso em: 17 jun 2021.

RANTZ, Marilyn Jean *et al.* Nursing home care quality: A multidimensional theoretical model integrating the views of consumers and providers. **Journal of nursing care quality**, v. 14, n. 1, p. 16-37, 1999. Disponível em:  
<[https://journals.lww.com/jncqjournal/Abstract/1999/10000/Nursing\\_Home\\_Care\\_Quality\\_\\_A\\_Multidimensional.4.aspx](https://journals.lww.com/jncqjournal/Abstract/1999/10000/Nursing_Home_Care_Quality__A_Multidimensional.4.aspx)>. Acesso em: 17 jun 2021.

RANTZ, Marilyn Jean; ZWYGART-STAUFFACHER, M. How to Find the Best Eldercare: A 20-Minute Guide to Assisted Living, In-Home Care. Nursing Homes, & Senior Housing In Your Community. In: **Nursing Homes: making a decision about quality of care Minneapolis: Fairview Press**, p. 103-172, 2009.

RANTZ, Marilyn Jean *et al.* International field test results of the observable indicators of nursing home care quality instrument. **International Nursing Review**, v. 49, n. 4, p. 234-242, 2002. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1466-7657.2002.00143.x>>. Acesso em: 17 jun 2021.

RANTZ, Marilyn Jean *et al.* Statewide strategy to improve quality of care in nursing facilities. **The Gerontologist**, v. 43, n. 2, p. 248-258, 2003. Disponível em: <<https://academic.oup.com/gerontologist/article/43/2/248/636167?login=true>>. Acesso em: 17 jun 2021.

RATHERT, Cheryl *et al.* Patient perceptions of patient-centred care: empirical test of a theoretical model. **Health Expectations**, v. 18, n. 2, p. 199-209, 2015. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/hex.12020>> Acesso em: 17 jun 2021.

REIS, S. *et al.* Impact of treatment with conventional complete dentures on (oral) health-related quality of life: a scoping review. **The International journal of prosthodontics**, 2019. Disponível em: <[http://www.quintpub.com/userhome/ijp/ijp\\_32\\_3\\_Reis\\_p257.pdf](http://www.quintpub.com/userhome/ijp/ijp_32_3_Reis_p257.pdf)> Acesso em: jun 2022.

RESNICK, Barbara; JUNG, Duk Yoo. Using the Maryland Assisted Living Functional Assessment to Establish a Plan of Care. **Assisted Living Consult**, 1(4):20-27. 2005. Disponível em: <[https://www.assistedlivingconsult.com/issues/01-04/ALC1-4\\_Assessments.pdf](https://www.assistedlivingconsult.com/issues/01-04/ALC1-4_Assessments.pdf)>. Acesso em: 17 jun 2021.

RHEE, Jong Chul; DONE, Nicolae; ANDERSON, Gerard F. Considering long-term care insurance for middle-income countries: comparing South Korea with Japan and Germany. **Health policy**, v. 119, n. 10, p. 1319-1329, 2015. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016885101500161X>>. Acesso em: 16 jun 2021.

RIJNAARD, Maurice. 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**, v. 2016, 2016. Disponível em: <<https://www.hindawi.com/journals/jar/2016/6143645/>>. Acesso em: 24 jun 2021.

RIZZUTO, Debora *et al.* Effect of chronic diseases and multimorbidity on survival and functioning in elderly adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 65, n. 5, p. 1056-1060, 2017. Disponível em: <<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.14868>>. Acesso em: 16 jun 2021.

ROWE, Gene; WRIGHT, George. Expert opinions in forecasting: the role of the Delphi technique. In: **Principles of forecasting**. Springer, Boston, MA, 2001. p. 125-144. Disponível em: <[https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-0-306-47630-3\\_7](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-0-306-47630-3_7)>. Acesso em: 17 jun 2021.

SAINFORT, Francois; RAMSAY, James D.; MONATO JR, Hermes. Conceptual and methodological sources of variation in the measurement of nursing facility quality: An evaluation of 24 models and an empirical study. **Medical Care Research and Review**, v. 52, n. 1, p. 60-87, 1995. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/107755879505200105>>. Acesso em: 17 jun 2021.

SALCHER, Eduarda Brum Guedes; PORTELLA, Marilene Rodrigues; SCORTEGAGNA, Helenice de Moura. Cenários de instituições de longa permanência para idosos: retratos da realidade vivenciada por equipe multiprofissional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 2, p. 259-272, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/Sc445QhzbBjDq8Hk4LPphbJ/?lang=pt>>. Acesso em: 17 jun 2021.

SALIBA, Debra *et al.* The Vulnerable Elders Survey: a tool for identifying vulnerable older people in the community. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 49, n. 12, p. 1691-1699, 2001. Disponível em: <<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1532-5415.2001.49281.x>>. Acesso em: 25 mai 2022.

SANDERSON, Warren C.; SCHERBOV, Sergei; GERLAND, Patrick. **The end of population aging in high-income countries**. **Vienna Yearbook of Population Research**, v. 16, p. 163-176, 2018. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/26670708>>. Acesso em 16 jun 2021.

SANDVOLL, Anne Marie; HJERTENES, Anne-Margrethe; BOARD, Michele. Perspectives on activities in nursing homes. **The International Practice Development Journal**, v. 10, n. Special Issue, 2020. Disponível em: <<http://eprints.bournemouth.ac.uk/33275/>>. Acesso em: 16 jun 2021.

SANFORD, Angela M. *et al.* An international definition for “nursing home”. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 16, n. 3, p. 181-184, 2015.

Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S152586101400838X>>. Acesso em: 15 jun 2021.

SAQUIB, Nazmus *et al.* Chronic disease prevalence among elderly Saudi men. **International journal of health sciences**, v. 11, n. 5, p. 11, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5669504/>>. Acesso em: 16 jun 2021.

SCHMIDT, Andréia; PENNA, Raísa Abrantes. Instituições Residenciais Brasileiras para Idosos e Condições Psicológicas e Cognitivas de Residentes. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 41, 2021. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/pcp/a/J8rZgq4HqVB9cNqnFxWk5Cb/>>. Acesso em: 20 mai 2022.

SCHMALZ, Ulrike; SPINLER, Stefan; RINGBECK, Jürgen. Lessons learned from a two-round Delphi-based scenario study. **MethodsX**, v. 8, p. 101179, 2021.

Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S221501612030399X>>. Acesso em: 19 mai 2022.

SCHNEIDER, Ulrike; KLEINDIENST, Julia. Monetising the provision of informal long-term care by elderly people: estimates for European out-of-home caregivers based on the well-being valuation method. **Health & social care in the community**, v. 24, n. 5, p. e81-e91, 2016. Disponível em:

<<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/hsc.12250>>. Acesso em: 16 jun 2021.

SCHNELLE, John F.; OSTERWEIL, Dan; SIMMONS, Sandra F. Improving the quality of nursing home care and medical-record accuracy with direct observational technologies. **The Gerontologist**, v. 45, n. 5, p. 576-582, 2005. Disponível em:

<<https://academic.oup.com/gerontologist/article/45/5/576/652561?login=true>>. Acesso em: 17 jun 2021.

SEIXAS, Rogério Luís da Rocha. Da biopolítica a necropolítica ea racionalidade neoliberal no contexto do COVID-19. **Voluntas: Revista Internacional de Filosofia**, v. 11, p. 1-11, 2020. Disponível em:

<<https://periodicos.ufsm.br/voluntas/article/view/43939>>. Acesso em: 25 mai 2022.

SHEN, Zuwang. Cultural competence models and cultural competence assessment instruments in nursing: a literature review. **Journal of transcultural nursing**, v. 26,

n. 3, p. 308-321, 2015. Disponível em:  
<<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1043659614524790>>. Acesso em: 21 mai 2021.

SHIBA, Koichiro; KONDO, Naoki; KONDO, Katsunori. Informal and formal social support and caregiver burden: The AGES caregiver survey. **Journal of epidemiology**, v. 26, n. 12, p. 622-628, 2016. Disponível em:  
<[https://www.jstage.jst.go.jp/article/jea/26/12/26\\_JE20150263/\\_article/-char/ja/](https://www.jstage.jst.go.jp/article/jea/26/12/26_JE20150263/_article/-char/ja/)>. Acesso em: 16 jun 2021.

SHIER, Victoria *et al.* What does the evidence really say about culture change in nursing homes?. **The Gerontologist**, v. 54, n. Suppl\_1, p. S6-S16, 2014. Disponível em:  
<[https://academic.oup.com/gerontologist/article/54/Suppl\\_1/S6/688136?login=true](https://academic.oup.com/gerontologist/article/54/Suppl_1/S6/688136?login=true)>. Acesso em: 17 jun 2021.

SILVA, Irma Lúcia Silveira *et al.* Formação profissional de cuidadores de idosos atuantes em instituições de longa permanência. **Holos**, v. 8, p. 342-356, 2015. Disponível em: <<http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/3215>>. Acesso em: 16 jun 2021.

SILVA, Roberta Pappen da. Estatuto do Idoso: em direção a uma sociedade para todas as idades?. **Revista Jus Navigandi**, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 10, n. 898, 18 dez. 2005. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/7723>>. Acesso em: 17 mai 2022.

SILVA, Raiane de Lima; DUARTE, Alice Silva; TERRA, Luísa Pimenta. COVID-19: impactos na mortalidade e expectativa de vida no Brasil em 2020 e 2021. **Sigmae**, v. 10, n. 2, p. 22-35, 2021. Disponível em: <<https://publicacoes.unifal-mg.edu.br/revistas/index.php/sigmae/article/view/1605>>. Acesso: em 19 mai 2022.

SKINNER, Marianne Sundlisæter *et al.* Volunteers and Informal Caregivers' Contributions and Collaboration with Formal Caregivers in Norwegian Long-term Care. **Journal of aging & social policy**, p. 1-26, 2020. Disponível em:  
<<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08959420.2020.1745988>>. Acesso em: 16 jun 2021.

SLOANE, Philip D.; MATHEW, Laura J. The therapeutic environment screening scale: An observational screening instrument to assess the quality of nursing home environments for residents with dementia. **American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research**, v. 5, n. 6, p. 22-26, 1990. Disponível em:  
<<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/153331759000500606>>. Acesso em: 17 jun 2021.

SOUSA, Kamilla Tavares *et al.* Low weight and functional disability in institutionalized elderly interns in Uberlândia in the State of Minas Gerais, Brazil. **Ciencia & saude Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3513, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2014.v19n8/3513-3520/pt/>>. Acesso em: 16 jun 2021.

SOUZA, Luiz Humberto Rodrigues; SANTANA, Ione Fogaca; JESUS, Selma Santana. Capacidade funcional de idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Acta Biomedica Brasiliensia**, v. 8, n. 2, p. 101-110, 2017. Disponível em: <<https://www.actabiomedica.com.br/index.php/acta/article/view/228>>. Acesso em: 16 jun 2021.

SPASOVA, Slavina *et al.* Challenges in long-term care in Europe. **Eurohealth**, v. 24, n. 4, p. 7-12, 2018. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332533/Eurohealth-24-4-7-12-eng.pdf>>. Acesso em: 16 jun 2021.

SPILSBURY, Karen *et al.* The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: a systematic review. **International journal of nursing studies**, v. 48, n. 6, p. 732-750, 2011. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748911000538>>. Acesso em: 17 jun 2021.

STAYKOV, Emiliyan *et al.* Do patients retain their family physicians after long-term care entry? A retrospective cohort study. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 21, n. 12, p. 1951-1957, 2020. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861020303467>>. Acesso em: 16 jun 2021.

TAMIYA, Nanako *et al.* Population ageing and wellbeing: lessons from Japan's long-term care insurance policy. **The lancet**, v. 378, n. 9797, p. 1183-1192, 2011. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673611611768>>. Acesso em: 16 jun 2021.

TAVARES, Renata Evangelista *et al.* Envelhecimento saudável na perspectiva de idosos: uma revisão integrativa. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 20, n. 6, p. 878-889, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/pSRcgwghsRTjc3MYdXDC9hF/?lang=pt>>. Acesso em: 16 jun 2021.

TOBIS, Sławomir *et al.* Needs of older adults living in long-term care institutions: an observational study using Camberwell assessment of need for the elderly. **Clinical**



**interventions in aging**, v. 13, p. 2389, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6254588/>>. Acesso em: 16 jun 2021.

TONETTI, Maurizio S. *et al.* Dental caries and periodontal diseases in the ageing population: Call to action to protect and enhance oral health and well-being as an essential component of healthy ageing—Consensus report of group 4 of the joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal diseases. **Journal of clinical periodontology**, v. 44, p. S135-S144, 2017. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jcpe.12681>>. Acesso em: 16 jun 2021.

TRICCO, Andrea C. *et al.* A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. **BMC medical research methodology**, v. 16, n. 1, p. 1-10, 2016. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1186/s12874-016-0116-4>>. Acesso em: 17 jun 2021.

UNITED STATES OF AMERICA. Department Of Health And Human Services. **National Institutes of Health. USA.gov. What Is Long-Term Care.** 2017a. Disponível em: <<https://www.nia.nih.gov/health/what-long-term-care?>>. Acesso em: 04 out 2018.

\_\_\_\_\_. Department Of Health And Human Services. **Who is eligible for Medicaid.** 2017b. Disponível em: <<https://www.hhs.gov/answers/medicare-and-medicare/who-is-eligible-for-medicare/index.html>>. Acesso em: 04 out 2018.

VALENTINE, Melissa A.; NEMBARD, Ingrid M.; EDMONDSON, Amy C. Measuring teamwork in health care settings: a review of survey instruments. **Medical care**, v. 53, n. 4, p. e16-e30, 2015. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/26417947>>. Acesso em: 17 jun 2021.

VAN LANCKER, Aurélie *et al.* The association between malnutrition and oral health status in elderly in long-term care facilities: a systematic review. **International journal of nursing studies**, v. 49, n. 12, p. 1568-1581, 2012. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748912001216>>. Acesso em: 16 jun 2021.

VERAS, Renato Peixoto; OLIVEIRA, Martha. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1929-1936, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n6/1929-1936/pt>>. Acesso em: 17 jun 2021.

VERBAKEL, Ellen. How to understand informal caregiving patterns in Europe? The role of formal long-term care provisions and family care norms. **Scandinavian journal of public health**, v. 46, n. 4, p. 436-447, 2018. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1403494817726197>>. Acesso em: 16 jun 2021.

VIANA, Bernardo de Mattos *et al.* Twenty-four-year demographic trends of a Brazilian long-term care institution for the aged. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 16, n. 2, p. 174. e1-174. e6, 2015. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861014007695>>. Acesso em: 15 de jun de 2021.

VIEIRA, Bruno Luís de Carvalho *et al.* Use and need of removable dental prostheses in an institutionalized Brazilian elderly population: a cross-sectional study. **Brazilian Oral Research**, v. 35, 2021a. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bor/a/KHY78RV4SCJnQc9btz8jLKQ/?format=pdf&lang=en>>. Acesso em: 19 set 2022.

VIEIRA, Bruno Luís de Carvalho *et al.* Quality of care in long-term care institutions: a scoping review of literature. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 8, p. e17110817117-e17110817117, 2021b. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17117>>. Acesso em: 18 de outubro de 2022.

VITURI, Dagmar Willamowius; ÉVORA, Yolanda Dora Martinez. Reliability of indicators of nursing care quality: testing interexaminer agreement and reliability. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, p. 234-240, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/wrh6NxpRvdhsTPYBn8tnJPg/?lang=pt>>. Acesso em: 17 jun 2021.

WAGNER, Melanie; BRANDT, Martina. Long-term care provision and the well-being of spousal caregivers: an analysis of 138 European regions. **The Journals of Gerontology: Series B**, v. 73, n. 4, p. e24-e34, 2018. Disponível em: <<https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/73/4/e24/4727292?login=true>>. Acesso em: 16 jun 2021.

WILDE, Bodil *et al.* Quality of care: development of a patient-centred questionnaire based on a grounded theory model. **Scandinavian journal of caring sciences**, v. 8, n. 1, p. 39-48, 1994. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1471-6712.1994.tb00223.x>>. Acesso em: 17 jun 2021.

WILLIAMS, Patricia L.; WEBB, Christine. The Delphi technique: a methodological discussion. **Journal of advanced nursing**, v. 19, n. 1, p. 180-186, 1994. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01066.x>>. Acesso em: 17 jun 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Active ageing: A policy framework**. World Health Organization, 2002. Disponível em: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf)>. Acesso em: 16 jun 2021.

\_\_\_\_\_. **Decade of Healthy Ageing: Plan of Action**. 14 December 2020 Disponível em: <<https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>>. Acesso em: 15 jun 2021.

WU, L. L. *et al.* Oral health indicators for risk of malnutrition in elders. **The journal of nutrition, health & aging**, v. 22, n. 2, p. 254-261, 2018. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s12603-017-0887-2>>. Acesso em: 16 jun 2021.

ZAKOUR, Michael John; SWAGER, Charles M. Vulnerability-plus theory: the integration of community disaster vulnerability and resiliency theories. In: **Creating Katrina, Rebuilding Resilience**. Butterworth-Heinemann, 2018. p. 45-78. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B978012809557700003X>>. Acesso em: 25 mai 2022.

ZIMMERMAN, David R. *et al.* Development and testing of nursing home quality indicators. **Health care financing review**, v. 16, n. 4, p. 107, 1995. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4193525/>>. Acesso em: 17 jun 2021.

ZIMMERMANN, Ivoneide Melo *et al.* Factors associated with cognitive impairment in institutionalized elderly individuals: integrative review. **Journal of Nursing UFPE on line**, [S.l.], v. 9, n. 12, p. 1320-1328, nov. 2015. ISSN 1981-8963. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10840>>. Acesso em: 20 mai 2018.

## APÊNDICE A- Instrumento de Autoavaliação da Qualidade do Cuidado em ILPI

<b>INSTRUMENTO DE AUTOAVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO CUIDADO EM ILPI - QUALIFICA ILPI</b>
<b>Dimensão 1: Ambiente</b>
<p>Para esta dimensão foi utilizado o conceito de docilidade ambiental que se refere a locais amigáveis resultantes da oferta de recursos físicos e psicossociais de natureza compensatória para favorecer a saúde física, a funcionalidade, a segurança, a identidade com a residência e o bem-estar psicológico das pessoas idosas. À medida que as competências da pessoa declinam e o comportamento depende de fatores externos, torna-se necessário melhorar o ambiente dos idosos para que possam viver mais dignamente, com mais segurança e bem-estar. <sup>1, 2, 3, 4, 5, 6</sup></p>
<b>Padrões</b>
<p><b>1- A ILPI possui:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- barras de apoio nos quartos;</li> <li>2- banheiros adaptados;</li> <li>3- portas com largura mínima de 80 cm;</li> <li>4- piso antiderrapante em seu ambiente, interno e externo;</li> <li>5- rampas ou elevador, ao invés de escadas;</li> <li>6- corrimões;</li> <li>7- ambientes livres de obstruções;</li> <li>8- dormitórios dotados de luz de vigília;</li> <li>9- campainha de alarme;</li> <li>10- área para guarda de roupas e pertences dos residentes;</li> <li>11- extintores com data de validade adequada, sirenes, vias de escape, escada de incêndio, porta resistente ao fogo, existência de placas de sinalização, luzes indicadoras. <sup>7, 8</sup></li> </ol> <p><b>Objetivo:</b> Avaliar se o ambiente é apropriado às pessoas idosas, favorecendo a segurança física, a acessibilidade aos diferentes ambientes, equipamentos beneficiando a convivência com outros idosos, funcionários e visitantes.</p> <p><b>Justificativa:</b> O meio ambiente adequado favorece a locomoção livre do idoso evitando quedas e favorecendo a convivência. <sup>9, 10, 11, 12, 13</sup></p> <p><b>Escala de avaliação</b></p> <p>( ) Inexistente, a ILPI não apresenta nenhum dos itens definidos pelo padrão</p> <p>( ) Incipiente, de 1 a 3 itens, e é necessário muito esforço para alcançar o padrão de qualidade</p> <p>( ) Intermediário, de 4 a 8 itens, exigindo pouco esforço para alcançar o para alcançar o padrão de qualidade</p> <p>( ) Avançado, possui mais que 8 itens definidos pelo padrão de qualidade</p>
<p><b>2- A ILPI possui dormitórios:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- separados por sexo ou por casal, respeitando a orientação sexual e a identidade de gênero;</li> </ol>

2- para no máximo 4 (quatro) pessoas, de preferência com mesmo grau de dependência;

3- com banheiro.<sup>7,8</sup>

**Objetivo:** Avaliar se o ambiente favorece a individualidade e a privacidade dos idosos.

**Justificativa:** Estudos demonstram aumento da depressão, sentimento de perda, ansiedade e estresse quando os idosos vivem sem privacidade e individualidade, como ocorre no uso comum de banheiros e quartos. Possuir um dormitório separado significa uma ligação com um lar e associação a melhor saúde mental e melhor qualidade de vida, apesar de não haver essa possibilidade na prática e não ser exigida pela legislação, que permite até 4 idosos por quarto.<sup>9, 14, 15</sup>

#### **Escala de avaliação**

( ) Inexistente, a ILPI não apresenta nenhum dos itens definidos pelo padrão

( ) Incipiente, somente 1 dos 3 itens existentes e é necessário muito esforço para alcançar o padrão de qualidade

( ) Intermediário, pelo menos 2 dos 3 itens existentes, exigindo pouco esforço para alcançar o padrão de qualidade

( ) Avançado, possui todos os itens definidos pelo padrão de qualidade

#### **3- A ILPI:**

1- possui área verde com jardim ou horta;

2- possui área de convivência entre os residentes, por exemplo: sala de refeição coletiva, sala de jogos, sala de televisão com sofás ou cadeiras;

3- possui disponibilidade de computadores ou dispositivos com acesso à *internet*, favorecendo a inclusão digital;

4- estimula momentos para ouvir músicas, rodas de cantos, ou outras atividades musicais.<sup>1, 6</sup>

**Objetivo:** Avaliar se a instituição possui ambiente que favoreça a interação social entre os idosos, se busca uma personalização do ambiente, e incentiva o contato com a natureza.

**Justificativa:** A interação social está associada a melhor qualidade de vida, bem-estar e envelhecimento com sucesso. O contato com a natureza, como jardinagem e horta, contribui para a cognição e a habilidade física. Ambientes com estas características também proporcionam melhor convivência entre os moradores e maior número de atividades no dia a dia.<sup>14, 15, 16</sup>

#### **Escala de avaliação:**

( ) Inexistente, a ILPI não apresenta nenhum dos itens definidos pelo padrão

( ) Incipiente, 1 dos 4 itens existentes e é necessário muito esforço para alcançar o padrão de qualidade

( ) Intermediário, até 3 dos itens existentes, exigindo pouco esforço para alcançar o padrão de qualidade

( ) Avançado, possui todos os itens definidos pelo padrão de qualidade

#### **4- A ILPI possui:**

1- local reservado, fechado à chave, para a guarda de produtos e medicamentos, com espaço para acondicionamento de forma individualizada, mantidos em sua embalagem original, com planilha com nome e posologia para entrega;

2- acondicionamento de medicamentos termo lábeis e dietas enterais em geladeira exclusiva para este fim, dotada de termômetro e planilha de controle de temperatura.<sup>6,</sup>

<sup>17, 18</sup>

**Objetivo:** Avaliar se a instituição possui estrutura para garantir o adequado armazenamento, acondicionamento individualizado e controle da dispensação da medicação.

**Justificativa:** As características ambientais podem interferir na qualidade dos produtos farmacêuticos, afetando seu efeito terapêutico, como o aumento de efeitos adversos, e a automedicação pode afetar a saúde do paciente quando administrado de forma ou horários inadequados. <sup>17, 18</sup>

**Escala de avaliação:**

- Inexistente, a ILPI não possui os itens definidos pelo padrão
- Intermediário, apresenta somente um dos itens ou características incompletas de um ou dos dois, como sala separada, mas não trancada, possui geladeira, mas não exclusiva para o fim
- Avançado, possui todos os itens definidos pelo padrão de qualidade

**5-** A ILPI não apresenta odores, nas áreas comuns e quartos, com exceção dos banheiros durante sua utilização ou no horário do banho e de troca de fraldas. A higiene é importante para o conforto do paciente, contribuindo para o bem-estar. <sup>8, 19, 20</sup>

**Objetivo:** Avaliar se a instituição realiza a higiene, pessoal e do ambiente, necessária aos idosos.

**Justificativa:** A presença de odores é um indicador da adequação dos níveis de higiene dos idosos e do ambiente físico da ILPI. A higiene é importante para o conforto do paciente, contribuindo para o bem-estar. Além disso, a transmissão de microrganismos é frequentemente causada pelo contato de pessoa a pessoa. Locais adequados para higiene das mãos e quartos com ventilação adequada contribuem para minimizar a transmissão de microrganismos entre as pessoas e diminuem os odores. <sup>8, 19, 20</sup>

**Escala de avaliação:**

- Inexistente, há presença de odores nos ambientes comuns e quartos
- Intermediário, há presença de odores nos quartos
- Avançado, não há presença de odores

## Dimensão 2: Equipe de trabalho

Refere-se à equipe de profissionais que atua no cuidado ao idoso que vive na ILPI. É necessário observar os requisitos técnicos para cada categoria profissional, assegurar o número mínimo de profissionais, estabelecer a educação continuada e aperfeiçoamento do processo de trabalho para que haja satisfação dos profissionais e consequentemente melhor atendimento das necessidades dos idosos. <sup>1,6</sup>

### Padrões

**1-** A ILPI possui, por turno/dia, no mínimo, um cuidador, para cada 20 pessoas idosas com grau de dependência I (idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda); um cuidador para cada 10 pessoas idosas com grau de dependência II (idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada); e um cuidador para cada 6 pessoas idosas com grau de dependência III (idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo).

<sup>1,6</sup>

**Objetivo:** Avaliar se a instituição possui um número suficiente de cuidadores para realizar o cuidado diário do idoso, de acordo com os níveis de dependência.

**Justificativa:** A saúde do trabalhador é fator importante para a qualidade do cuidado ofertado nas ILPI, considerando as necessidades dos idosos. Para isto, é necessário número adequado de horas de trabalho e descanso, evitando aumento de estresse, adoecimento e erros no trabalho, com resolutividade e atendimento de qualidade às necessidades dos idosos.<sup>21, 22</sup>

**Escala de avaliação**

- ( ) Inexistente, a relação de cuidadores por idosos na ILPI é abaixo da recomendação para todos os níveis de dependência
- ( ) Incipiente, a relação de cuidadores por idosos na ILPI é adequada para, pelo menos, um nível de dependência
- ( ) Intermediário, a relação de cuidadores por idosos na ILPI é adequada para dois níveis de dependência
- ( ) Avançado, a relação de cuidadores por idosos na ILPI é adequada para todos os níveis de dependência

**2-** A ILPI tem um profissional de curso superior que atua como responsável técnico (RT), que responde pela instituição junto à autoridade sanitária local, incluindo guarda de medicamentos, com carga horária mínima de 20 horas semanais.<sup>6</sup>

**Objetivo:** Avaliar se a ILPI tem responsável pelo funcionamento da unidade com conhecimento técnico necessário.

**Justificativa:** Um RT atua para que a instituição atenda aos padrões de qualidade descritos pela vigilância sanitária, necessários para o adequado cuidado ao idoso. Ele deve ter curso superior, responderá pela ILPI e encaminhará o idoso caso haja necessidade para um serviço de urgência.<sup>6</sup>

**Escala de avaliação**

- ( ) Inexistente, não possui RT junto à autoridade sanitária local
- ( ) Intermediário, possui RT junto à autoridade sanitária local, com carga horária inferior a 20 horas
- ( ) Avançado, possui RT junto à autoridade sanitária local e com carga horária de 20 horas ou mais

**3-** Os cuidadores de idosos, profissão incluída na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), concluíram curso de capacitação (curso técnico em cuidados de idosos), idade maior de 18 anos, conclusão, no mínimo, do ensino médio.<sup>6, 23, 24</sup>

**Objetivo:** Avaliar se os cuidadores de idosos possuem capacitação para o exercício da função.

**Justificativa:** Cuidadores com formação técnica têm melhor relação e cuidado com os idosos, tendo maior acesso a informações mais atualizadas e com base científica, melhor qualidade de vida no serviço que influencia a qualidade do trabalho oferecido. Esse cuidado adequado gera a percepção de tratamento respeitoso recebido pelo idoso e afeta positivamente seu bem-estar e melhora sua adesão ao uso de medicamentos, dietas e atividades físicas.<sup>24</sup>

**Escala de avaliação:**

- ( ) Inexistente, todos os cuidadores não possuem capacitação formal para cuidador
- ( ) Incipiente, até 75% dos cuidadores não possuem capacitação formal para cuidador
- ( ) Intermediário, entre 25 e 50% dos cuidadores não possuem capacitação formal para cuidador
- ( ) Avançado, todos os cuidadores possuem capacitação formal para cuidador

**4-** A ILPI promove regularmente atividades de educação permanente, educação em serviço ou cursos para a qualificação da equipe de trabalho quanto ao cuidado da pessoa idosa, viabiliza a participação da equipe de trabalho em cursos de atualização e outras ações de educação permanente, sendo aberto à comunidade que deseja ou precise trabalhar com idosos. <sup>6, 25</sup>

**Objetivo:** Avaliar se a instituição está comprometida com a qualificação da equipe de trabalho.

**Justificativa:** A qualificação da equipe é fator importante no cuidado, gerando segurança e eficiência na execução do trabalho, tanto para o trabalhador quanto para o idoso. Ações educativas têm efeitos positivos na capacidade funcional, bem-estar dos idosos, sendo recomendado, também, telemedicina para educação permanente. <sup>26, 27</sup>

**Escala de avaliação:**

( ) Inexistente, a ILPI não promove e nem viabiliza a participação da equipe envolvida com o cuidado dos idosos em ações para a qualificação

( ) Incipiente, a ILPI não promove, mas viabiliza a participação da equipe envolvida com o cuidado dos idosos em ações para a qualificação

( ) Intermediário, a ILPI promove raramente - a cada dois anos ou mais - ações para a qualificação; e viabiliza a participação da equipe envolvida com o cuidado dos idosos em ações para a qualificação

( ) Avançado, a ILPI promove regularmente - pelo menos uma vez ao ano - ações para a qualificação; e viabiliza a participação da equipe envolvida com o cuidado dos idosos em ações para a qualificação

**5-** A ILPI promove reuniões ou outras ações, podendo ser presenciais ou *online*, que possibilitem a troca de saberes da prática e estudos de casos entre os integrantes da equipe de trabalho envolvida com o cuidado do idoso, garantindo momentos de diálogo sobre os processos de cuidados na ILPI. <sup>26, 28, 29</sup>

**Objetivo:** Avaliar se a ILPI proporciona reflexão sobre o processo de trabalho, buscando aprimorar a qualidade do cuidado pela troca de experiências e dispositivos para a gestão de casos.

**Justificativa:** A troca de saberes proporciona condições de trabalho saudáveis, seguras e complementa o conhecimento necessário para a sua execução. Estratégias para fomentar a interação multiprofissional são consideradas essenciais para a qualidade do cuidado. <sup>26, 28, 29</sup>

**Escala de avaliação:**

( ) Inexistente, a ILPI não promove e nem viabiliza reuniões entre os membros da equipe

( ) Intermediário, a ILPI promove raramente - pelo menos a cada semestre - reuniões entre os membros da equipe

( ) Avançado, a ILPI promove regularmente - pelos menos a cada trimestre - reuniões entre os membros da equipe

### Dimensão 3: Cuidado

Para esta dimensão foram incluídos padrões que se referem ao cuidado ofertado aos idosos pela equipe de profissionais que atuam na ILPI. O cuidado, além de atender às necessidades básicas dos idosos, envolve o estímulo ao autocuidado, autoestima e autovalorização. A ILPI deve prestar o cuidado ao idoso de forma continuada, com respeito e escuta qualificada, empatia, estimulando a sua autonomia e independência,



sempre que possível. O cuidado é essencial para a qualidade de vida e sobrevivência dos idosos. <sup>1,2, 30</sup>

### Padrões

**1-** A ILPI oferece as refeições diárias necessárias: café, lanche, almoço, lanche da tarde, jantar e lanche antes de dormir. O cardápio das refeições é definido por um profissional nutricionista e é diversificado, levando em conta, além das restrições de cada idoso, a estação do ano, os aspectos culturais locais e os desejos dos idosos, considerando sua condição de saúde.

**Objetivo:** Avaliar os cuidados com relação à alimentação do idoso.

**Justificativa:** Há uma relação entre nutrição e massa muscular, força e performance física e destas com a prevenção e tratamento de sarcopenia. Há muito casos de desnutrição em idosos, principalmente entre aqueles que vivem em ILPI. Preservar o peso ajuda na prevenção de fraturas e favorece a independência de idosos. De acordo com a dieta DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*), e a dieta baseada na pirâmide alimentar, recomenda-se até seis porções diárias dependendo do tipo de alimento e o uso da Mini Avaliação Nutricional para verificar desnutrição e risco de sarcopenia. <sup>15, 31, 32, 33, 34</sup>

#### Escala de avaliação

- ( ) Inexistente, a ILPI não oferece no mínimo, seis refeições diárias e o cardápio não é definido por um profissional nutricionista
- ( ) Incipiente, a ILPI oferece, no mínimo, seis refeições diárias, mas o cardápio não é definido por um profissional nutricionista
- ( ) Intermediário, a ILPI oferece, no mínimo, seis refeições diárias, o cardápio é definido por um profissional nutricionista, mas não considera os desejos e gostos dos idosos
- ( ) Avançado, a ILPI oferece no mínimo seis refeições diárias, o cardápio é definido por um profissional nutricionista e é diversificado, considerando os desejos do idoso

**2-** A instituição possui normas e rotinas técnicas, impressas e atualizadas para consulta se necessário, tipo procedimentos operacionais padrões (POP), quanto aos seguintes procedimentos: limpeza e descontaminação, armazenamento e preparo dos alimentos; com enfoque nas boas práticas de manipulação; prevenção e controle de vetores e acondicionamento dos resíduos. <sup>35</sup>

**Objetivo:** Avaliar a garantia da qualidade e higiene dos alimentos ofertados, evitando o risco de contaminação por vetores, pela correta manipulação, preparação, fracionamento, armazenamento e distribuição dos alimentos.

**Justificativa:** A higiene e descontaminação dos alimentos é prática importante para prevenção de intoxicações alimentares, especialmente entre idosos em condições de fragilidade. <sup>35</sup>

#### Escala de avaliação

- ( ) Inexistente, a ILPI não possui normas e rotinas técnicas para a limpeza e descontaminação, armazenamento e preparo dos alimentos
- ( ) Intermediário, a ILPI possui normas mas não tem rotinas técnicas para a limpeza e descontaminação, armazenamento e preparo dos alimentos
- ( ) Avançado, a ILPI possui normas e rotinas técnicas para a limpeza e descontaminação, armazenamento e preparo dos alimentos

**3-** A ILPI possui Plano de Atenção Integral à Saúde (plano individualizado para cada idoso, compatível os princípios de universalização, integralidade e equidade, com história clínica, medicamentos utilizados e tratamentos realizados):

- 1- atualizado a cada dois anos;
- 2- que indica os recursos de saúde disponíveis para cada residente, em todos os níveis de atenção, sejam eles públicos ou privados, bem como referências, caso se faça necessário;
- 3- que prevê a atenção integral à saúde do idoso, abordando os aspectos de promoção, proteção e prevenção;
- 4- que contém informações acerca das patologias incidentes e prevalentes nos residentes.<sup>6, 36</sup>

**Objetivo:** Avaliar o cuidado ofertado ao idoso, a existência de um plano de cuidado individualizado, com as referências e contrarreferências, para guiar consultas, tratamentos e a promoção de saúde do idoso.

**Justificativa:** O plano indica e individualiza os recursos para cada idoso para um plano de cuidado adequado e facilita intervenções e encaminhamentos em caso de necessidade ou urgência, contendo informações de referências e contrarreferências.<sup>6, 36</sup>

#### **Escala de avaliação**

- ( ) Inexistente, a ILPI não possui plano de atenção à saúde
- ( ) Incipiente, o plano de atenção à saúde da ILPI está desatualizado, mas contempla, pelo menos, 1 dos outros 4 itens definidos no padrão de qualidade
- ( ) Intermediário, o plano de atenção à saúde da ILPI está atualizado e contempla 2 dos outros 4 itens definidos no padrão de qualidade
- ( ) Avançado, o plano de atenção à saúde da ILPI está atualizado e contempla todos os outros itens definidos no padrão de qualidade

**4-** A ILPI mantém registro, relatório individual, de cada idoso atualizado diariamente com as seguintes informações: nome do responsável, referências externas com seus endereços, relação de seus pertences, suas vontades e desejos, histórico de visitas, o valor de contribuições, situação de saúde, evolução de tratamento, atividades de promoção de saúde, atendimentos multiprofissionais, intercorrências médicas, internações, medicamentos e demais dados que possibilitem a individualização do atendimento. Todos os fatos relevantes ocorridos com o idoso são registrados diariamente nos prontuários e nos relatórios dos cuidados pela equipe multiprofissional.<sup>6</sup>

**Objetivo:** Avaliar se a ILPI tem profissional que monitora e mantém organizadas informações do idoso para a identificação, o registro de intercorrências, medicamentos, facilitando o acesso e o cuidado de qualidade.

**Justificativa:** A documentação com dados pessoais e referências de familiares é essencial para a correta identificação e atendimento, com responsabilidade e legalidade.<sup>6</sup>

#### **Escala de avaliação**

- ( ) Inexistente, a ILPI não possui prontuário ou relatórios diários de cuidado para cada idoso
- ( ) Intermediário, a ILPI possui prontuário ou relatórios diários de cuidado para cada idoso, mas ele não contém todas as informações descritas conforme padrão de qualidade ou o registro não é diário
- ( ) Avançado, a ILPI possui prontuário ou relatórios diários de cuidado para cada idoso, atualizado diariamente

**5-** A ILPI desenvolve atividades e rotinas para prevenir e coibir qualquer tipo de violência e discriminação contra os residentes, dentro ou fora da ILPI.<sup>6,37</sup>

**Objetivo:** Avaliar se a ILPI possui ações que visem evitar o sofrimento físico e psicológico ou morte dos idosos pela violência e discriminação.

**Justificativa:** A violência sofrida pelo idoso é frequente, mas devido à fragilidade e relação de dependência com o agressor, muitas vezes não é denunciada. O termo mais universal de violência contra o idoso surgiu em 1995, e é adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), Ministério da Saúde (MS) e Estatuto do Idoso, sendo caracterizado como qualquer omissão ou ação praticada em local público ou privado. Além da saúde física, a saúde psicológica também fica afetada. Há aumento de tristeza, impotência e sofrimento, sendo a dependência incrementada pela impossibilidade de sair da situação de agressão. São exemplos de violência contenção de idosos, retenção de materiais pessoais etc. <sup>37</sup>

**Escala de avaliação**

- ( ) Inexistente, a ILPI não desenvolve atividades e rotinas para prevenir e coibir qualquer tipo de violência e discriminação contra os residentes
- ( ) Avançado, a ILPI desenvolve atividades rotineiras para prevenir e coibir qualquer tipo de violência e discriminação contra os residentes

**6-** A ILPI oferta o banho de sol diário e atividades físicas (caminhada, ginástica, dança etc.) de forma regular e contínua, desenvolvidas por um profissional de nível superior (mínimo de um para cada 40 idosos, com carga horária de 12 horas por semana), de acordo com as necessidades e o grau de dependência dos idosos <sup>6, 38</sup>

**Objetivo:** Avaliar o comprometimento ou preocupação da ILPI com a reabilitação ou preservação da capacidade funcional do idoso.

**Justificativa:** De acordo com a OMS (2010), a frequência de atividades físicas deve ocorrer com duração mínima total de 150 minutos, distribuídas em, no mínimo 3 vezes por semana. Atividades físicas estão relacionadas com maior mobilidade funcional, evitando quedas, e maior independência funcional, além de prevenir e controlar doenças crônicas, cardiovasculares, câncer, e paralisar a diminuição ou até mesmo aumentar a cognição. <sup>38, 39</sup>

**Escala de avaliação**

- ( ) Inexistente, não acontecem atividades físicas
- ( ) Incipiente, as atividades físicas são esporádicas - frequência menor que 3 vezes por semana - e só acontecem por iniciativa de trabalhos voluntários
- ( ) Intermediário, a instituição promove atividades físicas esporádicas - menor que 3 vezes por semana - desenvolvidas por um profissional com formação de nível superior
- ( ) Avançado, são desenvolvidas atividades físicas - pelo menos 3 vezes por semana - por um profissional com formação de nível superior

**7-** A ILPI promove atividades de lazer, recreativas e culturais, de acordo com costumes locais, aceitando sugestões dos residentes (passeios em parques, teatro, cinema, shows musicais etc.) de forma regular e contínua e promove atividades de lazer, acompanhadas por profissional de nível superior e se possível com voluntários. <sup>6, 25</sup>

**Objetivo:** Avaliar o comprometimento da ILPI com o desenvolvimento de atividades que promovam a manutenção da autonomia e da independência do idoso.

**Justificativa:** Atividades recreativas e culturais influenciam positivamente a qualidade de vida, diminuindo a ansiedade, aumentando a diversão e a socialização, contribuindo para a autonomia, a preservação da cognição e evitando a depressão do idoso. <sup>36</sup>

**Escala de avaliação:**

- ( ) Inexistente, a ILPI não oferta atividades recreativas e culturais

- ( ) Incipiente, as atividades recreativas e culturais são esporádicas - frequência maior que uma vez por semana - e só acontecem por iniciativa de trabalhos voluntários
- ( ) Intermediário, as atividades recreativas e culturais são esporádicas - frequência maior que uma vez por semana - desenvolvidas pela equipe de trabalho da ILPI
- ( ) Avançado, as atividades recreativas e culturais são desenvolvidas - pelo menos uma vez por semana - por profissionais da equipe de trabalho da ILPI

**8-** A ILPI promove atividades ocupacionais, que trabalhem habilidades manuais e cognitivas do residente (bordado, pintura, tapeçaria, jogos etc.) de forma regular e contínua, estimulando a autonomia e independência, por profissional de nível superior responsável e se possível com voluntários. <sup>6, 25</sup>

**Objetivo:** Avaliar o comprometimento da ILPI com o desenvolvimento de atividades que promovam a manutenção da autonomia e da independência do idoso.

**Justificativa:** Atividades ocupacionais, de modo semelhante às culturais, influenciam a qualidade de vida, diminuindo a ansiedade, aumentando a diversão e a socialização do idoso, contribuindo para sua autonomia, preservação da cognição e evitando a depressão. <sup>40</sup>

**Escala de avaliação:**

- ( ) Inexistente, a ILPI não oferta atividades ocupacionais
- ( ) Incipiente, as atividades ocupacionais são esporádicas - frequência maior que uma vez por semana - e só acontecem por iniciativa de trabalhos voluntários
- ( ) Intermediário, as atividades ocupacionais são esporádicas - frequência maior que uma vez por semana - desenvolvidas por profissionais da ILPI
- ( ) Avançado, as atividades ocupacionais são desenvolvidas - pelo menos uma vez por semana - por um profissional da ILPI

**9-** A ILPI garante, de acordo com as necessidades da pessoa idosa, planos de cuidados odontológicos, incluindo a higiene dos dentes, da boca e das próteses dentárias e encaminhamentos para tratamento que se fizerem necessários. <sup>41</sup>

**Objetivo:** Avaliar a higienização bucal e o acesso dos idosos aos cuidados odontológicos ofertados pelas ILPI.

**Justificativa:** Os idosos apresentam alta necessidade de uso e necessidade de prótese odontológica, necessária para as funções bucais, como mastigação, fala e estética. Uma saúde bucal deficiente pode provocar uma série de infecções, incluindo pneumonia aspiratória. Segundo revisão de literatura, a higiene bucal deveria ser considerada para redução dessa complicação. Além disso, nessa faixa etária há risco aumentado de câncer bucal. <sup>41, 42</sup>

**Escala de avaliação**

- ( ) Inexistente, a ILPI não garante a higiene bucal e cuidados odontológicos que se fizerem necessários
- ( ) Intermediário, a ILPI oferece higiene bucal, mas não garante cuidados odontológicos; o familiar é acionado ou o idoso é atendido pelo profissional contratado pela família
- ( ) Avançado, a ILPI garante higiene bucal e cuidados odontológicos, da própria ILPI ou por encaminhamento ao SUS/Plano de Saúde.

**10-** A ILPI conta com o apoio e/ou consultas, quando necessário, dos seguintes profissionais, que não necessitam necessariamente serem contratados da ILPI:

- 1- assistente social
- 2- enfermeiro
- 3-farmacêutico

- 4- fisioterapeuta
- 5- fonoaudiólogo
- 6- médico
- 7- nutricionista
- 8- odontólogo
- 9- psicólogo
- 10-terapeuta ocupacional. <sup>43</sup>

**Objetivo:** Avaliar se a instituição conta com uma equipe multiprofissional com todos os profissionais de nível superior, também recomendados pela legislação, fortalecendo o cuidado de forma contínua e integral.

**Justificativa:** O trabalho multiprofissional possibilita a união de saberes para melhor atendimento às necessidades dos idosos de forma integral. <sup>43</sup>

#### **Escala de avaliação**

- ( ) Inexistente, a ILPI conta com o apoio e/ou consultas de nenhum dos profissionais
- ( ) Incipiente, a ILPI conta o apoio e/ou consultas de, pelo menos 4 diferentes modalidades de profissionais
- ( ) Intermediário, a ILPI conta com o apoio e/ou consultas de entre 5 e 8 modalidades profissionais, mas, não todos
- ( ) Avançado, a ILPI conta com o apoio e/ou consultas de 9 ou 10 modalidades de profissionais, conforme definido pelo padrão de qualidade

### **Dimensão 4: Lar**

Para esta dimensão foram incluídos padrões que se referem às ações da ILPI para que o idoso sinta que está em seu próprio lar. Com ambiente acolhedor, a ILPI deve preservar os hábitos, a autonomia, o convívio social com segurança, a higiene, a salubridade, a acessibilidade e a privacidade. Quando isso acontece o idoso percebe os funcionários como amigos e familiares, sentindo-se em seu próprio lar, participando das atividades da ILPI com liberdade e privacidade. <sup>2, 44, 46</sup>

#### **Padrões**

**1 -** A ILPI favorece o desenvolvimento de atividades conjuntas, promovendo a interação das pessoas idosas, por meio de parcerias, de forma voluntária ou não, com pessoas de outras gerações (crianças e adolescentes), de modo a diminuir o etarismo. <sup>6, 25</sup>

**Objetivo:** Avaliar as iniciativas da ILPI para estimular o contato com crianças e adolescentes no cotidiano do idoso visando reduzir diminuir conflitos, preconceito e aumentar o contato intergeracional.

**Justificativa:** Promover troca de saberes e convivência, estimulando respeito, tolerância e convívio com outras gerações, trazendo de um lado, aprendizado e eliminando conceitos negativos, e de outro, o ressignificado do presente com fortalecimento do vínculo intergeracional. <sup>46</sup>

#### **Escala de avaliação**

- ( ) Inexistente, a instituição não promove ações com pessoas de outras gerações, nem motiva a participação do idoso nesse tipo de atividade
- ( ) Avançado, a instituição promove integração dos idosos com outras gerações, por exemplo, permitindo visita de escolares, crianças, estudantes universitários, etc.

**2** - A ILPI autoriza que os idosos possuam animais de estimação, desde que permitido pela vigilância sanitária, plantas, objetos de decoração, móveis ou outros objetos pessoais que façam com que os idosos se sintam em casa. <sup>6, 47</sup>

**Objetivo:** Avaliar se a ILPI permite animais de estimação e objetos pessoais que fazem com que o idoso se sinta em casa.

**Justificativa:** Objetos pessoais transmitem segurança e sensação de acolhimento e ter seu animal de estimação reduz a sensação de solidão. <sup>47</sup>

**Escala de avaliação**

- ( ) Inexistente, não são permitidos objetos pessoais
- ( ) Avançado, permite aos residentes possuírem objetos de decoração ou animais de estimação (quando permitido) ou plantas ou móveis ou outros objetos pessoais

**3** - Os residentes, ou seus familiares quando não forem capazes, participam de decisões sobre as atividades desenvolvidas na ILPI ou de outras decisões que afetem a privacidade e a vida diária dos idosos, respeitando a individualidade (por exemplo: mudança de quarto, horário e cardápio das refeições; organização da casa, quarto, armários etc.). A atuação da família deve ser preconizada no Regimento Interno. <sup>6, 25</sup>

**Objetivo:** Avaliar se a ILPI desenvolve ações que garantam a autonomia e individualidade dos idosos.

**Justificativa:** A garantia da autonomia, um dos maiores desejos dos idosos, e de parte das atividades e decisões no dia a dia aumenta a sensação de satisfação e estimula a independência, bem-estar, aumenta a qualidade de vida, fazendo com que eles se sintam capazes para fazer escolhas. <sup>48</sup>

**Escala de avaliação**

- ( ) Inexistente, as decisões são sempre tomadas pelos profissionais responsáveis pelo cuidado do idoso
- ( ) Intermediário, os idosos ou seus familiares somente participam de decisões quando eles manifestam interesse e tem iniciativa própria
- ( ) Avançado, o idoso ou seus familiares são convidados e estimulados a participarem das decisões que afetam a vida e rotina na ILPI

### Dimensão 5: Envolvimento familiar e da comunidade

Para esta dimensão foi incluído um dos pontos chave incluído no Estatuto do Idoso e outras legislações. A manutenção do idoso com a família é o ideal, mas não sendo possível, a institucionalização é uma possibilidade. Mas, mesmo assim, é necessário continuar esse envolvimento com a família e com a comunidade favorecendo a autonomia e qualidade de vida. Essa interação ajuda a manter a saúde mental, a satisfação e a independência. <sup>6, 49</sup>

**Padrões**

**1-** A ILPI possui estratégias para incentivar a participação e o envolvimento da família, quando presente, no cuidado do idoso (visitas, envolvimento de familiares em cuidados pessoais dos idosos, participação na elaboração do plano de cuidados, indicações de referências médicas etc.), inclusive usando de meios digitais como contato por telefone e vídeo chamadas. A participação da comunidade ou de voluntários, também é desejada, por meio de desenvolvimento de atividades de integração com idosos na ILPI ou em outros espaços (centros sociais, escolas, igrejas etc.). <sup>6, 25</sup>

**Objetivo:** Avaliar o compromisso da ILPI em manter o contato do idoso com sua família, convívio social e integração com a comunidade.

**Justificativa:** O contato do idoso com sua família ajuda na sua independência e autonomia, melhora sua saúde mental, bem-estar e qualidade de vida. O cuidado ofertado é potencializado quando ocorre a participação da comunidade e o trabalho de voluntários, favorecendo a integração e diminuindo o preconceito com relação a ILPI. As atividades religiosas proporcionam base emocional para lidar com medo, perdas e ajuda a ressignificar a vida, além da redução de perda cognitiva. <sup>47</sup>

**Escala de avaliação**

( ) Inexistente, a ILPI não desenvolve estratégias ou incentiva a presença e o envolvimento da família no cuidado ao idoso ou ações na/da comunidade

( ) Incipiente, a ILPI não desenvolve estratégias ou incentiva a presença e o envolvimento da família no cuidado ao idoso ou ações na/da comunidade, mas existe livre horário para visita da família

( ) Intermediário, existe livre horário para visitas pelos familiares e a comunidade pode promover ou participar de atividades dentro da ILPI e os idosos são estimulados a participarem (festas comemorativas, Natal, Páscoa, aniversários, festas juninas etc.)

( ) Avançado, existe incentivo e programações para visitas dos familiares e promoção de integração dos idosos com a comunidade, a partir de ações promovidas pela ILPI (bazar, quermesse etc.) ou pela comunidade (por exemplo, celebrações religiosas, festas comunitárias, grupos de idosos etc.)

**2-** A ILPI possui parceria com estabelecimentos de ensino ou prestadores de cuidados de saúde, de forma voluntária ou não, para ofertar o cuidado às pessoas idosas, com atividades de recreação, promoção de saúde e aumento de cognição. <sup>25</sup>

**Objetivo:** Avaliar se a ILPI potencializa ações já disponibilizadas ou contribui para a introdução e criação de ações que não existem na ILPI.

**Justificativa:** A presença de estabelecimentos de ensino potencializa e qualifica o serviço existente, além de contribuir, reciprocamente, com mudanças de atitudes e ressignificação do envelhecimento. <sup>50</sup>

**Escala de avaliação**

( ) Inexistente, a ILPI não possui parcerias com estabelecimentos de ensino ou prestadores de cuidados

( ) Intermediário, a ILPI possui parcerias, mas elas são descontinuadas e só ocorrem quando as instituições de ensino procuraram a ILPI

( ) Avançado, a ILPI possui parcerias contínuas, sem interrupção, incluindo aquelas que tem formação para cuidadores de idosos

### Dimensão 6: Gestão da ILPI

Para esta dimensão foram incluídos processos da administração da ILPI para alcançar resultados, com melhor qualidade de vida para o idoso e cuidador, a partir de normas que deveriam ser seguidas e que também estão estabelecidas pela legislação <sup>6,51, 52</sup>

**Padrões**

**1-** A ILPI realiza o monitoramento do desempenho e do padrão de funcionamento da instituição levando em conta os seis indicadores, recomendados pela RDC nº 502, de 27 de maio de 2021: taxa de mortalidade; taxa de incidência de doença diarreica aguda; taxa de incidência de escabiose; taxa de incidência de desidratação; taxa de prevalência

de úlcera de decúbito; taxa de prevalência de desnutrição e notificação a autoridade sanitária.<sup>6</sup>

**Objetivo:** Identificar o uso pela ILPI dos indicadores, recomendados pela RDC nº 502, de 27 de maio de 2021, para avaliação e monitoramento da qualidade do cuidado ofertado ao idoso.

**Justificativa:** Indicadores tem a função de mostrar se o desempenho da ILPI está adequado e se são necessárias modificações. Indicam se o cuidado está sendo prestado corretamente e servem como alertas para evitar danos aos idosos.<sup>52, 53</sup>

**Escala de avaliação**

- ( ) Inexistente, a ILPI não realiza o monitoramento usando os indicadores
- ( ) Incipiente, a ILPI realiza o monitoramento em periodicidade maior que um ano
- ( ) Intermediário, a ILPI realiza o monitoramento anualmente e contempla pelo menos de 50% dos indicadores
- ( ) Avançado, a ILPI realiza o monitoramento mensalmente e alcança mais que 50% dos indicadores

**2 -** Os resultados do monitoramento anual do desempenho e padrão de funcionamento da ILPI são discutidos entre os membros da equipe de trabalho, com planejamento de metas.<sup>54</sup>

**Objetivo:** Fortalecer o processo de trabalho e melhorar o desempenho da ILPI.

**Justificativa:** O planejamento, avaliação e discussão dos resultados com criação de metas propiciam melhorias no serviço e sua adequação às necessidades verificadas.<sup>54</sup>

**Escala de avaliação**

- ( ) Inexistente, a ILPI não realiza a avaliação
- ( ) Intermediário, a ILPI realiza a avaliação sem planejamento de metas
- ( ) Avançado, a ILPI realiza a avaliação, planeja metas e reavalia o progresso dos resultados

**3-** O gerente ou outro profissional da Unidade Básica de Saúde (UBS) cujo território de atuação a ILPI esteja inserida, participa da elaboração do Plano de Atenção à Saúde da instituição.<sup>6</sup>

**Objetivo:** Verificar a integração da UBS com a ILPI que faz parte sua área de abrangência.

**Justificativa:** Uma das metas da atenção à saúde, que necessita ser prestada pela UBS, é o atendimento à população idosa presente no território de abrangência.<sup>55</sup>

**Escala de avaliação**

- ( ) Inexistente, a ILPI não realiza o plano de atenção à saúde
- ( ) Incipiente, o plano de atenção à saúde da ILPI é elaborado pelos gestores da ILPI
- ( ) Intermediário, o plano de atenção à saúde da ILPI é elaborado por uma equipe de profissionais da ILPI
- ( ) Avançado, o plano de atenção à saúde da ILPI é elaborado por uma equipe de profissionais da ILPI, com a participação de um profissional da UBS da área de abrangência da ILPI

**4-** A ILPI realiza estratégias (reuniões de equipe, escala de profissionais adequada ao perfil dos idosos, participação em fóruns de ILPI, capacitação de trabalhadores) ou possui algum incentivo (plano de cargos e carreiras) para reduzir a rotatividade ou aumentar a fixação dos profissionais da equipe de trabalho.<sup>29, 54, 56</sup>

**Objetivo:** Avaliar a existência de mecanismos de gestão para diminuir a rotatividade da equipe de trabalho tais como: políticas educacionais, principalmente voltadas à



educação permanente do profissional; incentivos financeiros; suporte profissional, proporcionando autonomia e estabilidade.

**Justificativa:** Existem evidências que mostram que a alta rotatividade é fator associado a piores indicadores de resultado (úlceras de pressão, quedas etc.). O trabalho em equipe propicia melhor atendimento aos idosos e melhores condições de trabalho. A sobrecarga de trabalho pode provocar estresse e síndrome de *burnout*. Intervenções somente com terapias psicológicas parecem não melhorar a saúde mental dos trabalhadores, portanto outras medidas devem ser adotadas para incentivar e fixar o profissional. Baixa motivação, ambientes estressantes e falta de comunicação também estão relacionados com a alta rotatividade. Valores de rotatividade maiores que 50% demonstram, segundo Castle e Engberg (2006) maiores problemas no atendimento aos idosos. <sup>29, 54, 56</sup>

#### **Escala de avaliação**

- ( ) Inexistente, a ILPI não realiza estratégias ou possui incentivo para reduzir a rotatividade ou aumentar a fixação dos profissionais da equipe de trabalho e apresenta rotatividade anual superior a 50%
- ( ) Incipiente, a ILPI possui algum incentivo mas apresenta rotatividade superior a 50% em um ano
- ( ) Intermediário, apresenta algum incentivo e tem rotatividade menor que 50% em um ano
- ( ) Avançado, a ILPI realiza estratégias e possui incentivos para reduzir a rotatividade ou aumentar a fixação dos profissionais da equipe de trabalho e apresenta rotatividade menor que 50% em um ano

## Referências

- 1 LAWTON, M. Powell; NAHEMOW, Lucille. **Ecology and the aging process**. 1973. Disponível em: < <https://psycnet.apa.org/record/2004-15428-020>>. Acesso em: 26 mai 2022.
- 2 RANTZ, Marilyn Jean *et al.* Nursing home care quality: A multidimensional theoretical model integrating the views of consumers and providers. **Journal of nursing care quality**, v. 14, n. 1, p. 16-37, 1999. Disponível em: <[https://journals.lww.com/jncqjournal/Abstract/1999/10000/Nursing\\_Home\\_Care\\_Quality\\_\\_A\\_Multidimensional.4.aspx](https://journals.lww.com/jncqjournal/Abstract/1999/10000/Nursing_Home_Care_Quality__A_Multidimensional.4.aspx)>. Acesso em: 17 jun 2021.
- 3 KANE, Rosalie A. Long-term care and a good quality of life: Bringing them closer together. **The gerontologist**, v. 41, n. 3, p. 293-304, 2001. Disponível em: <<https://academic.oup.com/gerontologist/article/41/3/293/632406?login=true>>. Acesso em: 24 jun 2021.
- 4 BATISTONI, Samila Sathler Tavares. Gerontologia Ambiental: panorama de suas contribuições para a atuação do gerontólogo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 3, p. 647-657, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/4T98ZJsycQbkM7qC8dmkJ4v/?lang=pt>>. Acesso em: 19 jun 2021.
- 5 MEDEIROS, Paulo Adão de *et al.* Instrumentos desenvolvidos para o gerenciamento e cuidado de idosos em instituições de longa permanência: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3597-3610, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n11/3597-3610/>>. Acesso em: 17 jun 2021.
- 6 VERAS, Renato Peixoto; OLIVEIRA, Martha. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1929-1936, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n6/1929-1936/pt/>>. Acesso em: 17 jun 2021.
- 7 AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. ANVISA. **Resolução da Diretoria Colegiada nº 502, de 27 de maio de 2021**. Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. Disponível em: < <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-502-de-27-de-maio-de-2021-323003775>>. Acesso em: 15 jun 2021.

8 OLIVEIRA, Wagner Ivan Fonseca de *et al.* Equivalencia semantica, conceitual e de itens do observable indicators of nursing home care quality instrument. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 21, p. 2243-2256, 2016. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/qMMxZTpKshNz69XSYNNVmf/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 17 jun 2021.

9 CAMMER, Allison *et al.* The hidden complexity of long-term care: how context mediates knowledge translation and use of best practices. **The Gerontologist**, v. 54, n. 6, p. 1013-1023, 2014. Disponível em:

<<https://academic.oup.com/gerontologist/article/54/6/1013/563024?login=true>>. Acesso em: 24 jun 2021.

10 ROBINOVITCH, Stephen N. *et al.* Video capture of the circumstances of falls in elderly people residing in long-term care: an observational study. **The Lancet**, v. 381, n. 9860, p. 47-54, 2013. Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S014067361261263X>>. Acesso em: 24 jun 2021.

11 NORDIN, Susanna *et al.* The physical environment, activity and interaction in residential care facilities for older people: a comparative case study. **Scandinavian journal of caring sciences**, v. 31, n. 4, p. 727-738, 2017. Disponível em:

<<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/scs.12391>>. Acesso em: 24 jun 2021.

12 SATO, Sei *et al.* Predicting falls from behavioral and psychological symptoms of dementia in older people residing in facilities. **Geriatrics & gerontology international**, v. 18, n. 11, p. 1573-1577, 2018. Disponível em:

<<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ggi.13528>>. Acesso em: 24 jun 2021.

13 DIAZ-DECARO, J. D. *et al.* Bayesian evidence and epidemiological implications of environmental contamination from acute respiratory infection in long-term care facilities. **Epidemiology & Infection**, v. 146, n. 7, p. 832-838, 2018. Disponível em:

<<https://www.cambridge.org/core/journals/epidemiology-and-infection/article/bayesian-evidence-and-epidemiological-implications-of-environmental-contamination-from-acute-respiratory-infection-in-longterm-care-facilities/8A24DCEAECA022617BF353A13D1FC41A>>. Acesso em: 24 jun 2021.

14 COONEY, Adeline; MURPHY, Kathy; O'SHEA, Eamon. Resident perspectives of the determinants of quality of life in residential care in Ireland. **Journal of advanced nursing**, v. 65, n. 5, p. 1029-1038, 2009. Disponível em:

<<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2008.04960.x>>. Acesso em: 24 jun 2021.

15 KAMO, Tomohiko; NISHIDA, Yuusuke. Direct and indirect effects of nutritional status, physical function and cognitive function on activities of daily living in Japanese older adults requiring long-term care. **Geriatrics & gerontology international**, v. 14, n. 4, p. 799-805, 2014. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ggi.12169>>. Acesso em: 24 jun 2021.

16 FALK, Hanna *et al.* A sense of home in residential care. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 27, n. 4, p. 999-1009, 2013. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/scs.12011>>. Acesso em: 24 jun 2021.

17 PHARMACEUTICAL SOCIETY OF AUSTRALIA. **The Provision of Pharmacy Services to Residential Aged Care Facilities** — Guidelines for Pharmacists. Canberra, Australia: PSA; 2002. Disponível em: <<https://catalogue.nla.gov.au/Record/3416530>>. Acesso em: 24 jun 2021.

18 SILVA, Daniel Tenório *et al.* Implantação estrutural de serviços farmacêuticos em instituições de longa permanência para idosos: estudo piloto. **Geriatr Gerontol Aging** p. 93, 2015. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/91ea/e7602f6c9b16a467175cb175a7eb71d2d367.pdf>>. Acesso em: 24 jun 2021.

19 VANZIN, Tarcísio; PEREIRA, Marisa Bastos; GONÇALVES, Bibiana Pereira. Observações sistemáticas em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI): Considerações arquitetônicas. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 20, n. 4, p. 195-208, 2017. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/36603>>. Acesso em: 24 jun 2021.

20 RANTZ, Marilyn Jean *et al.* International field test results of the observable indicators of nursing home care quality instrument. **International Nursing Review**, v. 49, n. 4, p. 234-242, 2002. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1466-7657.2002.00143.x>>. Acesso em: 17 jun 2021.

21 MOON, Marilyn. The unprepared caregiver. **The gerontologist**, v. 57, n. 1, p. 26-31, 2017. Disponível em: <<https://academic.oup.com/gerontologist/article/57/1/26/2632133?login=true>>. Acesso em: 24 jun 2021.

22 LAFFON DE MAZIÈRES, Clarisse *et al.* Prevention of functional decline by reframing the role of nursing homes?. **Journal of the american medical directors association**, v. 18, n. 2, p. 105-110, 2017. Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861016305515>>. Acesso em: 15 jun 2021.

23 BRASIL. Ministério do Trabalho. **Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)**, 2002. Disponível em: < <http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/home.jsf>>. Acesso em: 24 jun 2021.

24 TOKUNAGA, Mutsumi; HASHIMOTO, Hideki; TAMIYA, Nanako. A gap in formal long-term care use related to characteristics of caregivers and households, under the public universal system in Japan: 2001–2010. **Health Policy**, v. 119, n. 6, p. 840-849, 2015. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168851014002796>>. Acesso em: 24 jun 2021.

25 FIGUEIREDO, Aletea Ferreira Prado de *et al.* Mapeamento de um modelo de qualidade para Instituições de Longa Permanência para Idosos. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 23, n. 2, p. 435-456, 2020. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/51602>>. Acesso em: 17 jun 2021.

26 LYUBOMIROVA, K.; TABANSKA-PETKOVA, M.; TZACHEVA, N. Requirements of and qualifications of Health and Safety Workers' Representatives, literature review Nevena Tzacheva-Hristova. **European Journal of Public Health**, v. 26, n. suppl\_1, 2016. Disponível em: <[https://academic.oup.com/eurpub/article/26/suppl\\_1/ckw175.001/2449459?login=true](https://academic.oup.com/eurpub/article/26/suppl_1/ckw175.001/2449459?login=true)>. Acesso em: 24 jun 2021.

27 GILLESPIE, Suzanne M. *et al.* Standards for the use of telemedicine for evaluation and management of resident change of condition in the nursing home. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 20, n. 2, p. 115-122, 2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1525861018306716>>. Acesso em: 24 jun 2021.

28 FARZANDIPOUR, Mehrdad *et al.* Future of Health Information Technology Positions and Professional Qualifications of Employees. **Iranian Journal of Medical Education**, v. 17, p. 77-88, 2017. Disponível em: <<http://ijme.mui.ac.ir/article-1-4382-en.html>>. Acesso em: 24 jun 2021.

29 MÜLLER, Christiane A. *et al.* Interprofessional collaboration in nursing homes (interprof): development and piloting of measures to improve interprofessional collaboration and communication: a qualitative multicentre study. **BMC family practice**, v. 19, n. 1, p. 1-11, 2018. Disponível em:

<<https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-017-0678-1>>. Acesso em: 24 jun 2021.

30 BARBOSA, Rayane Toledo; DA CRUZ, Isabel CF. Nursing evidence-based interprofessional practice guidelines for impaired comfort related noise in ICU—systematic literature review. **Journal of Specialized Nursing Care**, v. 11, n. 1, 2019.

31 CORREIA, M. Isabel TD *et al.* Evidence-based recommendations for addressing malnutrition in health care: an updated strategy from the feedM. E. Global Study Group. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 15, n. 8, p. 544-550, 2014. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861014003375>>. Acesso em: 24 jun 2021.

32 MORAES, Edgar Nunes de. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**. 2018. Disponível em: <<https://bibliodigital.unijui.edu.br:8443/xmlui/bitstream/handle/123456789/5574/atenc%C3%A3o%20a%20saude%20do%20idoso.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 24 jun 2021.

33 NILSSON, Andreas; HALVARDSSON, Patrik; KADI, Fawzi. Adherence to dash-style dietary pattern impacts on adiponectin and clustered metabolic risk in older women. **Nutrients**, v. 11, n. 4, p. 805, 2019. Disponível em: <<https://www.mdpi.com/2072-6643/11/4/805>>. Acesso em: 24 jun 2021.

34 UNITED STATES OF AMERICA. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health. National Heart, Lung, and Blood Institute. **DASH eating plan**. 2021. Disponível em: <<https://www.nhlbi.nih.gov/education/dash-eating-plan>>. Acesso em: 28 mai 2022.

35 NAGARATNAM, Nages; NAGARATNAM, Kujan; CHEUK, Gary. **Geriatric Diseases: Evaluation and Management**. New York, NY: Springer, 2018. Disponível em: <<https://link.springer.com/referencework/10.1007%2F978-3-319-33434-9>>. Acesso em: 24 jun 2021.

36 BATCHELOR, Frances *et al.* Facilitators and barriers to advance care planning implementation in Australian aged care settings: a systematic review and thematic analysis. **Australasian journal on ageing**, v. 38, n. 3, p. 173-181, 2019. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ajag.12639>>. Acesso em: 24 jun 2021.

37 MINAYO, Maria Cecília de Souza; ALMEIDA, Luiz Cláudio Carvalho de. **Importância da política nacional do idoso no enfrentamento da violência**. 2016.

Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9134>>. Acesso em: 24 jun 2021.

38 WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global recommendations on physical activity for health**. 2010. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789241599979>>. Acesso em: 24 jun 2021.

39 SIQUEIRA, Ananda *et al.* Comparação da atividade física e satisfação com a vida em idosos institucionalizados e dos centros dia. **Saúde e Pesquisa**, v. 12, n. 1, p. 107-116, 2019. Disponível em: <<https://177.129.73.3/index.php/saudpesq/article/view/7086>>. Acesso em: 24 jun 2021.

40 MOURA, Giselle Alves de; DE SOUZA, Luciana Karine. Lazer e idoso institucionalizado: tendências, problemas e perspectivas. **LICERE-Revista do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer**, v. 16, n. 2, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufmg.br/index.php/licere/article/view/654>>. Acesso em: 24 jun 2021.

41 AZEVEDO, Juliana S. *et al.* Uso e necessidade de prótese dentária em idosos brasileiros segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBrasil 2010): prevalências e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 33, n. 8, e00054016, 2017 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017barbosa000805002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017barbosa000805002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 mai 2019.

42 VIEIRA, Bruno Luís de Carvalho *et al.* Use and need of removable dental prostheses in an institutionalized Brazilian elderly population: a cross-sectional study. **Brazilian Oral Research**, v. 35, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bor/a/KHY78RV4SCJnQc9btz8jLKQ/?format=pdf&lang=en>>. Acesso em: 19 set 2022.

43 BARKER, Robert Oliver *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**, v. 19, n. 12, p. 1069-1079, 2018. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861018303888>>. Acesso em: 24 jun 2021.

44 RIJNAARD, Maurice. 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**, v. 2016, 2016. Disponível em: <<https://www.hindawi.com/journals/jar/2016/6143645/>>. Acesso em: 24 jun 2021.

45 CASPARI, Synnøve *et al.* Tension between freedom and dependence—A challenge for residents who live in nursing homes. **Journal of clinical nursing**, v. 27, n. 21-22, p. 4119-4127, 2018. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.14561>>. Acesso em: 25 mai 2022.

46 TARALLO, Roberta dos Santos; NERI, Anita Liberalesso; CACHIONI, Meire. Atitudes de idosos e de profissionais em relação a trocas intergeracionais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 3, p. 421-429, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbgg/a/HwQrCFSKZxS6styFw65VHyz/?lang=pt>>. Acesso em: 24 jun 2021.

47 CARMO, Hercules Oliveira *et al.* Idoso institucionalizado: o que sente, percebe e deseja?. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 9, n. 3, 2012. Disponível em: <<http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/1274>>. Acesso em: 24 jun 2021.

48 ROQUETE, Fátima Ferreira; BATISTA, Carolina Campos Ricci Frá; ARANTES, Rodrigo Caetano. Demandas assistenciais e gerenciais das instituições de longa permanência para idosos: uma revisão integrativa (2004-2014). **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 286-299, Apr. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232017000200286&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000200286&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 May 2019.

49 RABELO, Dóris Firmino; NERI, Anita Liberalesso. Avaliação das relações familiares por idosos com diferentes condições sociodemográficas e de saúde. **Psico-USF**, v. 21, n. 3, p. 663-675, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pust/a/g6Sx9rMbfcz9Z6R68nKpKpS/?lang=pt>>. Acesso em: 24 jun 2021.

50 KANSO, Solange *et al.* As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Anais XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, p. 1-17, 2016. Disponível em: <<http://www.abep.org.br/~abeporgb/publicacoes/index.php/anais/article/viewFile/2405/2359>>. Acesso em: 6 ago 2022.

51 EOM, Kirsten; PENKUNAS, Michael J.; CHAN, Angelique WM. Effect of caregiving relationship and formal long-term care service use on caregiver well-being. **Geriatrics & gerontology international**, v. 17, n. 10, p. 1714-1721, 2017. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ggi.12958>>. Acesso em 16 jun 2021.

52 CAVALCANTE, Maria Lígia Silva Nunes *et al.* Indicators of health and safety among institutionalized older adults. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 4, p. 602-609, 2016. Disponível em:



<<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/33ZnhGtM84dfkT3msScWykh/?lang=en>>. Acesso em: 24 jun 2021.

53 SOARES, Cilene Fernandes; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss. Health promotion and prevention of pressure injury: expectations of primary health care nurses. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, n. 2, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/6zsFqCkRtG75SMQhrcJxdSw/?lang=pt>>. Acesso em: 24 jun 2021.

54 MEIRELES, Viviani Camboin; BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi. **Qualidade da atenção aos idosos: risco de lesão por pressão como condição marcadora**. 2019. Disponível em: <<http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/40853>> Acesso em: 24 jun 2021.

55 FARIA, Rivaldo Mauro. A Territorialização Da Atenção Primária à Saúde No Sistema Único De Saúde E A Construção De Uma Perspectiva De Adequação Dos Serviços Aos Perfis Do Território Urbano. **Hygeia-Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 9, n. 16, p. 121-130, 2013. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/19501>>. Acesso em: 24 jun 2021.

56 CASTLE, Nicholas G.; ENGBERG, John. Organizational characteristics associated with staff turnover in nursing homes. **The Gerontologist**, v. 46, n. 1, p. 62-73, 2006. Disponível em: <<https://academic.oup.com/gerontologist/article/46/1/62/566756?login=true>>. Acesso em: 24 jun 2021.

## ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliação da Atenção em Saúde Bucal ao Idoso na Atenção Primária: construção de uma matriz de Indicadores **Pesquisador:** Andréa Maria Duarte Vargas **Área**

**Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 17002519.4.0000.5149

**Instituição Proponente:** PRO REITORIA DE PESQUISA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.657.333

#### Apresentação do Projeto:

Estudo para construir uma matriz de indicadores para avaliação da qualidade do atendimento odontológico em idosos na Atenção Primária em Saúde (APS) em município de pequeno porte. Será criada uma matriz de indicadores, a partir dos dados coletados na ficha individual e coletiva na planilha do e-SUS. Essa matriz será testada com os dados do município de Carmópolis de Minas Gerais onde será realizada uma avaliação do desempenho da Atenção Básica em Saúde Bucal no município quanto às ações realizadas no idoso.

#### Objetivo da Pesquisa:

Segundo PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1362755.pdf:

**Objetivo Primário:** Desenvolver e avaliar um modelo de avaliação da qualidade dos serviços de saúde bucal para idosos na Atenção Primária em Saúde de um município de pequeno porte.

**Objetivos Secundários:** 1-Propor indicadores para avaliação da qualidade dos serviços de saúde ofertados aos idosos na Atenção Primária à Saúde considerando os dados alimentados no sistema e-SUS 2-Propor um modelo de avaliação da qualidade dos serviços de saúde bucal considerando os indicadores propostos, com base nos princípios norteadores da Política Nacional de Saúde Bucal 3-Testar a aplicabilidade do modelo de avaliação e da matriz de indicadores para uso em nível local, com base nos dados gerados pelos serviços de saúde bucal na APS de um município de pequeno porte.

Continuação do Parecer: 3.657.333

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1362755.pdf:

Riscos: A ocorrência da insatisfação do gestor municipal com análise negativa dos dados levantados.

Benefícios: Desenvolver e avaliar um modelo de avaliação da qualidade dos serviços de saúde bucal para idosos na Atenção Primária em Saúde de um município de pequeno porte e criar um exemplo de aplicabilidade para outros municípios.

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisadora atendeu a solicitação do parecer deste Comitê, nº 3.492.186, PB\_PARECER\_CONSUBSTANCIADO\_CEP\_3492186.pdf.

Propõe dispensa do TCLE com a Justificativa que o estudo será realizado com dados secundários e o município de Carmópolis por meio da Secretaria de Saúde já deu sua anuência.

### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

termo\_compromisso\_utilizacao\_dados.pdf: Adicionado o Termo de compromisso de utilização das fichas de atendimentos odontológicos de 2018 do SUS de Carmópolis de Minas assinado pela equipe da pesquisa e pela Secretaria Municipal de Saúde.

### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sou, S.M.J., favorável à aprovação do projeto.

### **Considerações Finais a critério do CEP:**

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

### **Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1362755.pdf	29/09/2019 10:12:03		Aceito
Outros	cartadeencaminhamento.docx	29/09/2019	Andréa Maria	Aceito

Continuação do Parecer: 3.657.333

Outros	cartadeencaminhamento.docx	09:54:59	Duarte Vargas	Aceito
Outros	termo_compromisso_utilizacao_dados.pdf	23/08/2019 16:44:46	Andréa Maria Duarte Vargas	Aceito
Parecer Anterior	parecerluizafinaldepartamento.pdf	27/06/2019 11:08:31	Andréa Maria Duarte Vargas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	30/05/2019 16:19:06	Andréa Maria Duarte Vargas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	anuenciaprefeitura.pdf	30/05/2019 16:08:37	Andréa Maria Duarte Vargas	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	30/05/2019 16:03:48	Andréa Maria Duarte Vargas	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELO HORIZONTE, 23 de outubro de 2019

---

**Assinado por:**  
**Eliane Cristina de Freitas Rocha**  
**(Coordenador(a))**

## PRODUÇÃO DURANTE DOUTORADO

**2018**

- **35ª Reunião Anual da SBPqO - Campinas**

Participação do evento com apresentação do trabalho: Prevalência de Uso e Necessidade de Próteses Dentária em Idosos Institucionalizados Em Um Município Do Sudeste Do Brasil. Autores: Vieira BLC, Vargas-Ferreira F, Zina LG, Mattos FF, Vargas AMD. Publicação nos anais do evento.

- **Cursos SBPqO:**

- Simpósio Odontologia Digital

- Simpósio – Introdução à Pesquisa Qualitativa: porque, quando e como

- Simpósio – Educação continuada de Saúde Coletiva

- **12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – Rio de Janeiro**

Participação no congresso com apresentação do trabalho: Uso e Necessidade de Prótese Dentária em Idosos Assistidos em Instituições de Longa Permanência, Belo Horizonte, Minas Gerais. Autores: Vieira BLC, Vargas-Ferreira F, Zina LG, Mattos FF, Vargas AMD. Publicação nos anais do evento.

- **XIV Encontro Científico de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais**

Participação do Encontro. Apresentação do Trabalho: Uso e Necessidade de Prótese Dentária Em Idosos Institucionalizados Em Um Município do Sudeste do Brasil. Autores: Bruno Luís de Carvalho VIEIRA\*, Fabiana VARGAS-FERREIRA, Livia Guimarães ZINA, Flávio de Freitas MATTOS, Andréa Maria Duarte VARGAS.

- **Mostra SUS da Diretoria Regional de Saúde Noroeste: Experiências das Unidades de Saúde.**

Participação no evento. Apresentação do trabalho: Uso e Necessidade de prótese dentária e fatores associados em idosos institucionalizados em Belo Horizonte. Autores: Vieira BLC, Vargas-Ferreira F, Zina LG, Mattos FF, Vargas AMD.

- **SUS BH Promoção da Equidade: Cuidar de Quem Mais Precisa**

Participação no evento. Apresentação do trabalho: Uso e Necessidade de prótese dentária e fatores associados em idosos institucionalizados em Belo Horizonte. Autores: Vieira BLC, Vargas-Ferreira F, Zina LG, Mattos FF, Vargas AMD.

- **Curso:**

Análise de Situação de Saúde: Conceitos, interpretação e uso dos indicadores de Saúde, Pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). 30 horas.

- **Palestra:**

Experiência de formação no Brasil e exercício profissional no USA: projetos de pesquisa em Odontologia", no horário de 09 às 12 horas, na Faculdade de Odontologia da UFMG.

## 2019

- **36º Reunião Anual SBPqO – Campinas**

Participação do evento com apresentação do trabalho: Modelos teóricos de qualidade do cuidado em ILPI: uma revisão de escopo Vieira BLC\*, Moraes LP, Ferreira RC, Vargas AMD. Publicação nos anais do evento.

- **Cursos SBPqO:**

- Tomografia computadorizada na pesquisa científica: princípios, aplicações e limitações

- Materiais restauradores do futuro: desafios e oportunidades

- Desafios do controle diário na abordagem do paciente cirúrgico e não cirúrgico

- **X Congresso de Geriatria e Gerontologia de Minas Gerais – Belo Horizonte**  
Participação Congresso e pôster publicado nos anais da Enfermagem Revista, PUC Minas, v. 22 n. 2 (2019) Características Epidemiológicas Dos Óbitos Da Área De Abrangência De Um Centro De Saúde De Belo Horizonte, MG.

- **8º Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária - Belo Horizonte**  
Envio resumo e poster: Educação Permanente: Conhecimento Dos Agentes Comunitários De Uma Unidade Básica De Saúde Sobre Primeiros Socorros. Publicação nos anais do evento.

- **Mostra Regional Noroeste PBH – 2019:**  
Trabalho aprovado para apresentação: Integração Centro De Saúde Padre Eustáquio.

- **Publicação E-book pela PBH Experiências exitosas Odontologia 2019 – PBH:**  
Capítulo: Uso e necessidade de prótese dentária e fatores associados em idosos institucionalizados em Belo Horizonte.  
[https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/experiencias\\_exitosas-odontologia-29-10-2019.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/experiencias_exitosas-odontologia-29-10-2019.pdf)

- **Capítulo E-book do Mestrado Profissional:**  
Coletânea de Trabalhos em Saúde Coletiva. Capítulo: Saúde Bucal, Uso De Prótese E Qualidade De Vida Em Idosos Institucionalizados.  
<https://www.odonto.ufmg.br/paixao/2020/07/31/coletanea-de-trabalhos-em-saude-coletiva-volume-i/>

- **Curso:**  
Atendimento ao Público: Comunicação e Escuta Ativa Duração 8 horas promovido pela PBH em 24/09/2019

- **Festival Longevidade PBH Festival Coletivo Longevidade:**  
O Coletivo das Políticas Públicas – agosto 2019

- **Palestra:**

21ª Jornada Odontológica e o 9º Encontro de Pesquisa do Departamento de Odontologia da PUC Minas em 25/09/2019

**2020**

- **37ª Reunião Anual da SBPqO – Online.**

Participação no evento.

- **Cursos SPBqO:**

- Curso - Estado Da Arte Em Pesquisa E Prática Clínica: Quão Grande É O Gap Em Materiais Dentários?

- Simpósio - Clorexidina: Evidências Relevantes Para Seu Uso Na Clínica Odontológica

- Simpósio Trauma - Abordagens Terapêuticas Interdisciplinares Frente Aos Traumatismos Dentários

- Symposium - Clinical Research - From Planning To Synthesis Of Clinical Data

- Curso Internacional - S-Prg Technology: Scientific Evidence As The Bio-Active Material And Impact On The Clinic

- Curso - Anestesiologia: Evidências Científicas Atuais

- **Curso:**

Longevity Health Project – DNA – Habilitação para a prática: pedidos de exames de DNA e análise pela Dfmedica



- **Curso:**

Igenesis- DNA- Diet E Wellness Project – Habilitação para a prática: pedidos de exames de DNA e análise pela Dfmedica

- **Curso:**

Fisio Sport – DNA – Habilitação para a prática: pedidos de exames de DNA e análise pela Dfmedica

- **Curso:**

Protocolos De Manejo Clínico Do Coronavírus (COVID-19), Ministério Da Saúde

- **Curso:**

How To Write an Effective Research Paper – promovido pela KARGER

- **Curso:**

How to Submit a Journal Article and Get it Published – promovido pela KARGER

- **Curso:**

Atenção à saúde bucal e pandemia de COVID-19: perspectivas e desafios, ministrado pelo(a) Prof.(a) Claudia Flemming Colussi, sob coordenação do Prof. Rodrigo Richard da Silveira, realizado pela Faculdade de Odontologia da UFMG

- **Live:**

Atenção Primária á Saúde: desvelando os bastidores políticos e seu lugar na pandemia Covid-19- promovido pelo Journal of Manegment and Primary Health Care

- **Curso:**

Diretrizes para reorganização dos serviços públicos de saúde bucal de MG trans e pós-covid-19, ministrado pela Prof.(a) Jacqueline Silva Santos, sob coordenação do Prof. Rodrigo Richard da Silveira, realizado pela Faculdade de Odontologia da UFMG

- **Curso:**

Inglês de forma remota pela English Life – Nível B1 – curso pós-intermediário II.

- **Curso:**

Incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde, ministrado pela Prof.(a) Rafaela Da Silveira Pinto, sob coordenação do Prof. Rodrigo Richard da Silveira, realizado pela Faculdade de Odontologia da UFMG

- **Curso:**

Igualdade de cor e gênero na Odontologia, ministrado pelo(a) Prof.(a) Marcos Britto Correa, sob coordenação do Prof. Rodrigo Richard da Silveira, realizado pela Faculdade de Odontologia da UFMG

- **Semana do Conhecimento UFMG:**

Quais tipos de modelos teóricos são usados para construção de instrumentos para avaliação da qualidade do cuidado em ILPI? (com aluna da graduação).

- **1º Encontro Mineiro de Administradores e Profissionais dos Serviços Odontológicos – Online**

Envio resumo: Uso E Necessidade De Prótese Dentária E Fatores Associados Em Idosos Institucionalizados Em Belo Horizonte, com Publicação nos anais

- **E-book curso ASB-UFMG: Auxiliares em Saúde Bucal: Aperfeiçoando Saberes e Práticas**

Participação nos capítulos:

- Principais alterações na cavidade bucal e autocuidado
- Equipamentos odontológicos
- Instrumentais Odontológicos
- Radiologia e radioproteção

- **Professor curso ASB-FAO-UFMG.**

Participação no curso de ASB da UFMG elaborando e ministrando aulas e provas das disciplinas: instrumentais e equipamentos odontológicos, radiologia e radio proteção, alterações na cavidade bucal e autocuidado, no período de 2017 a 2019.

- **Apresentações como palestrante:**

- Aula online: elaborada e ministrada sobre prótese e lesões de mucosa para alunos residentes de Odontologia do curso do HOB da PBH.

- Aula online: ministrada sobre apresentação dos resultados do mestrado e atuação no Lar Dona Paula na comemoração do dia do idoso da PBH, para equipes de saúde bucal da regional Noroeste da PBH.

- **Relatoria:**

1º Encontro Mineiro de Administradores e Profissionais dos Serviços Odontológicos pelo Conselho Regional de Odontologia Minas Gerais. 2020.

- **Curso:**

Biossegurança na Prática Odontológica no Contexto da Pandemia da COVID-19, coordenado pelo Prof. Walison Arthuso Vasconcelos, pelo CENEX- Centro de Extensão da Faculdade de Odontologia da UFMG

- **Curso:**

Encontro com Ciência UFMG sobre Currículo Lattes organizado pela Faculdade de Odontologia da UFMG

## 2021

- **9º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária: Redes para Promover e Defender os Direitos Humanos**

Participação no evento e mediador Redes de Conversa - Turno 5.

- **Treinamento:**

Sistema de Bibliotecas da UFMG, ofertado pela Biblioteca Central da UFMG, carga horária 4 horas.

- **Curso:**

ACS na Região Sudeste - Tudo o que você precisa saber para ter sucesso no desenvolvimento e publicação da sua pesquisa.

- **Workshop:**

Escrita científica em inglês nos dias 2, 3, e 4 de agosto de 2021, plataforma Youtube - UMA Assessoria Linguística.

- **Artigo publicado na Brazilian Oral Research:**

VIEIRA, Bruno Luís de Carvalho *et al.* Use and need of removable dental prostheses in an institutionalized Brazilian elderly population: a cross-sectional study. **Brazilian Oral Research**. 2021, v. 35, e134.

Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2021.vol35.0134>>. Acesso em: 1º Fev 2022.

- **Artigo publicado na Research, Society and Development:**

VIEIRA, Bruno Luís de Carvalho *et al.* Quality of care in long-term care institutions: a scoping review of literature. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 8, p. e17110817117-e17110817117, 2021. Disponível em:

<<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17117>>. Acesso em: 12 nov 2022.

- **XV Encontro Científico da Faculdade de Odontologia da UFMG**

Avaliador da modalidade Graduação.

- **Revisor:**

Revista Research, Society and Developmet.

- **38ª Reunião Anual da SBPqO - online**

Participação no evento e apresentação na modalidade oral: Qualidade do cuidado em instituições de longa permanência para idosos: validação de matriz de avaliação. Publicação nos anis do evento.

- **Prêmio Primeiro Lugar na área 9 na modalidade Apresentação Oral:**  
QUALIDADE DO CUIDADO EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: VALIDAÇÃO DE MATRIZ DE AVALIAÇÃO de Vieira BLC\*, Martins AC, Ferreira RC, Vargas AMD.
  
- **Simpósios e cursos SBPqO:**
  - Simpósio Internacional: Saliva In The Diagnosis And Monitoring Of Covid-19: The Discoveries And Lessons That Will Stay With Us Forever
  
  - Simpósio: Nossa Boca, Nossa Saúde: Como A Inter-Relação Entre A Boca E O Resto Do Corpo Farão Dentistas Médicos E Pacientes Repensar O Termo "Saúde Bucal"
  
  - Curso: Data Science, Bancos De Dados Hospitalares E Integridade Em Pesquisa
  
  - Simpósio Internacional: Color Change Evaluation In Bleaching And Infiltration Clinical Trials: Data Acquisition And Analysis.
  
  - Curso: Inovações Em Fotoativação - Evidências Científicas Ao Alcance Do Clínico
  
  - Simpósio: Impacto Da Abordagem Interdisciplinar Do Paciente Com Hipofosfatasia: Mudando Desfechos
  
  - Simpósio: O Auxílio Da Tecnologia Nas Pesquisas Do Século 21
  
  - Simpósio Internacional: Saliva In The Diagnosis And Monitoring Of Covid-19: The Discoveries And Lessons That Will Stay With Us Forever
  
  - Palestra Magna: "Emerging Science And Promising Technologies To Transform Oral Health."
  
  - Curso: Manifestações Bucais Da Covid-19

- Curso: Desafios E Oportunidades Para A Pesquisa E Publicações Nas Áreas De Ortodontia E Odontopediatria

- **2º Encontro Mineiro de Administradores e Profissionais dos Serviços Públicos Odontológicos (EMAPESPO):** online

Participação no evento de 13 a 16 setembro de 2021, com carga horária de 16 horas:

- **Moderador:** Mesa Apresentação das Relatos de Experiências do 2º EMAPESPO

- **Moderador:** Mesa Trabalhos Técnicos Científicos do 2º EMAPESPO

- **Membro Participante:** Comissão organizadora do 2º EMAPESPO

- **Presidente:** da Comissão Organizadora de Experiências Exitosas do 2º EMPASPO

- **Trabalhos publicados anais do 2º EMAPESPO:**

Integração Creche E Instituição De Longa Permanência Para Idosos Por Meio Da Odontologia De Um Centro De Saúde De Belo Horizonte

Desafio Do Atendimento Odontológico Em Tempos De Pandemia Em Um Centro De Saúde De Belo Horizonte

- **Webnário:**

Câncer Bucal e o papel da Odontologia na Integralidade do Cuidado, realizado virtualmente pelo Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais em parceria com a Câmara Técnica de Saúde Coletiva, o SUS e a Secretaria de Saúde de Minas Gerais, no dia 26 de novembro.

- **II Semana da Odontologia CRO-MG:**

Evento online realizado nos dias 25 a 29 de outubro, pelo Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais.

- **Membro da Câmara Técnica:**

Saúde Coletiva do Conselho Regional de Minas Gerais.

- **Palestrante:**

Disciplina Estágio em Ações Coletivas III pela Faculdade de Odontologia da UFMG.

**2022**

- **Habilitação prática:**

Longevity - Health Project – Curso sobre exames de DNA, com carga horária 13 horas

- **Curso:**

iGenesis, DNA-Diet and Wellness Project – Curso sobre exames de DNA, com carga horária 13 horas

- **I Congresso da Semana Tiradentes da Odontologia Nacional – Diamantina**

Participação categoria Harmonização Facial, dias 6 e 7 de maio de 2022.

- **Colaboração na elaboração do documento:**

Diretrizes Estaduais da Linha de Cuidado da Disfunção Temporomandibular na Rede de Atenção à Saúde Bucal/SUS-MG

- **Programa Você Melhor Band Minas**

Participação no programa falando sobre Saúde Coletiva a convite do CRO-MG.

- **Envio resumo 39ª Reunião Anual SBPqO 2022 - Campinas**

Etapa Adicional Para Validação De Instrumento De Auto Avaliação Da Qualidade Do Cuidado Em Instituições De Longa Permanência Para Idosos.