

## Instituições de longa permanência para idosos: a realidade no Brasil

### Long-stay institutions for the elderly: the reality in Brazil

### Instituciones de larga permanencia para personas mayores: la realidad en Brasil

Vivianni Barros Wanderley<sup>1</sup>, Isaac Newton Machado Bezerra<sup>2</sup>, Isac Davidson Santiago Fernandes Pimenta<sup>3</sup>, Gerson da Silva<sup>4</sup>, Flávia Christiane de Azevedo Machado<sup>5</sup>, Vilani Medeiros de Araújo Nunes<sup>6</sup>, Grasiela Piuvezam<sup>7</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** caracterizar os aspectos de funcionamento, os serviços ofertados e a infraestrutura das instituições de longa permanência para idosos no Brasil.

**Método:** estudo descritivo seccional. Foram sorteados, dois municípios por cada região, atendendo aos critérios de inclusão. Assim, a amostra do estudo foi composta por 11 municípios das cinco regiões do país, incluindo

<sup>1</sup>Enfermeira. Especialista em Enfermagem Ginecológica e Obstétrica. Coordenadora de Enfermagem na instituição Grau Técnico Natal e Parnamirim. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: [vivianniwanderley@hotmail.com](mailto:vivianniwanderley@hotmail.com) ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-4880-5161>

<sup>2</sup>Sanitarista, Residente do Programa de Residência Multiprofissional de Interiorização da Atenção à Saúde. Centro Acadêmico de Vitória-CAV/UFPE. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: [isaac.ufrn30@gmail.com](mailto:isaac.ufrn30@gmail.com) ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-5860-6588> **Autor principal** – Endereço para correspondência: A. Senador Salgado Filho, n 3000, Lagoa Nova, Natal, Rio Grande do Norte.

<sup>3</sup>Sanitarista, Mestrando do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva- PPGScol. Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: [isacdavidson29@yahoo.com.br](mailto:isacdavidson29@yahoo.com.br) ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-8246-0603>

<sup>4</sup>Sanitarista. Especialista em Saúde da Família. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: [gersonsilva@gmail.com](mailto:gersonsilva@gmail.com) ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-5344-9851>

<sup>5</sup>Odontóloga. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN e do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde- QualiSaud. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: [flavitamachado@yahoo.com.br](mailto:flavitamachado@yahoo.com.br) ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0003-1587-2664>

<sup>6</sup>Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN, Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: [vilani.nunes@gmail.com](mailto:vilani.nunes@gmail.com) ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-9547-0093>

<sup>7</sup>Odontóloga. Doutora em Ciências da Saúde. Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde- QualiSaúde. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: [gpiuvezam@yahoo.com.br](mailto:gpiuvezam@yahoo.com.br) ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-2343-7251>



Este artigo está licenciado sob forma de uma licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a publicação original seja corretamente citada.

instituições públicas, privadas e filantrópicas. **Resultados:** foi identificado que 47% destas instituições possuem responsáveis técnicos de nível superior e uma porcentagem significativa que não possuem nenhuma formação. Na maioria destas instituições prevalece o atendimento do médico (88%) e do enfermeiro (66%). Em relação a infraestrutura, 75% apresentam condições físicas satisfatórias. **Considerações finais:** as instituições incluídas nessa pesquisa atendem as condições estabelecidas pela RDC 283, principalmente nos aspectos de infraestrutura. No entanto, além de requisitos mínimos para funcionamento, esses serviços devem ofertar uma assistência integral e de qualidade, que contemple as necessidades dessa população institucionalizada. **Descritores:** Idoso; Cuidadores; Instituição de Longa Permanência para Idosos.

#### **ABSTRACT**

**Objective:** to characterize the functioning aspects, the services offered and the infrastructure of long-term care facilities for the elderly in Brazil.

**Method:** descriptive sectional study. Two municipalities were randomly selected for each region, meeting the inclusion criteria. Thus, the study sample was composed of 11 municipalities from the five regions of the country, including public, private and philanthropic institutions. **Results:** it was identified that 47% of these institutions have higher education technicians and a significant percentage who have no training. In most of these institutions, the attendance of the physician (88%) and the nurse (66%) prevails. Regarding infrastructure, 75% have satisfactory physical conditions. **Final Considerations:** the institutions included in this research meet the conditions established by RDC 283, mainly in terms of infrastructure. However, in addition to the minimum requirements for functioning, these services must offer comprehensive and quality care that addresses the needs of this institutionalized population.

**Descriptors:** Aged; Caregivers; Homes for the Aged.

#### **RESUMEN**

**Objetivo:** caracterizar los aspectos de funcionamiento, los servicios ofrecidos y la infraestructura de los centros de atención a largo plazo para personas mayores en Brasil. **Método:** estudio seccional descriptivo. Se seleccionaron al azar dos municipios para cada región, cumpliendo los criterios de inclusión. Por lo tanto, la muestra del estudio estaba compuesta por 11 municipios en las cinco regiones del país, incluidas instituciones públicas, privadas y filantrópicas. **Resultados:** se identificó que el 47% de estas instituciones tienen técnicos de educación superior y un porcentaje significativo que no tienen capacitación. En la mayoría de estas instituciones, prevalece la asistencia del médico (88%) y la enfermera (66%). En cuanto a infraestructura, el 75% tiene condiciones físicas satisfactorias. **Consideraciones finales:** las instituciones incluídas en esta investigación cumplen con las condiciones establecidas por RDC 283, principalmente en términos de infraestructura. Sin embargo, además de los requisitos mínimos para el funcionamiento, estos servicios deben ofrecer una atención integral y de calidad, que aborde las necesidades de esta población institucionalizada. **Descriptor:** Anciano; Cuidadores; Hogares para Ancianos.

## INTRODUÇÃO

As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) são definidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) como espaços coletivos de moradia para pessoas com 60 anos ou mais, podendo ser governamental ou não. Devem zelar pela liberdade, dignidade e cidadania de seus moradores<sup>1</sup>.

Essas instituições integram um sistema social que tem como premissas assistir ao idoso com ou sem vínculo familiar, ou sem condições de prover à própria subsistência, visando satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social, ou ainda, assistir aos idosos dependentes e ou independentes em estado de vulnerabilidade social<sup>2</sup>.

O próprio processo de institucionalização é difícil para o idoso, o que acaba contribuindo para o surgimento de outras patologias, o rompimento com seu território denota-se como uma fragmentação do seu eu<sup>3</sup>. Em um levantamento realizado em Manzanillo, Cuba, identificou que

os idosos ao passarem por essa fase perdem sua autoestima, pois se veem fora do convívio social e se percebem alheios ao exercício de um papel social fundamental, alterando sua visão de futuro<sup>4</sup>.

O papel das ILPI é ainda reforçado pelo envelhecimento da população e o aumento da sobrevida de pessoas com redução da capacidade física, cognitiva e mental. Essas pessoas estão requerendo que esses ambientes deixem de fazer parte apenas da rede de assistência social e integrem a rede de assistência à saúde, ou seja, ofereçam espaço de cuidado além de um abrigo<sup>5</sup>.

No entanto, a transferência do próprio lar para este tipo de ambiente caracteriza-se como um desafio para o idoso, pelo novo contexto social, estranho e distinto às suas familiaridades. Assim, optar por uma ILPI, requer reflexão e planejamento profissional e familiar (se houver), pois há chances de adoecimento psicoemocional, especialmente entre aqueles que se mostram resistentes a esta transição ou mesmo por sentirem-se rejeitados/excluídos<sup>6</sup>.

O processo de institucionalização, numa perspectiva mundial, tem evidenciado que a cada ano mais de três milhões de pessoas passam a viver em ILPI<sup>7</sup>. Dentre as condições que favorecem essa institucionalização, destaca-se o aumento das doenças crônicas<sup>8</sup>. E o avanço dessas doenças tem impactado nessa população necessidades diversas, como, por exemplo, auxílio na realização das atividades diárias<sup>9,10</sup>. Em países da Europa e nos Estados Unidos programas estão sendo implementados visando prover as necessidades desses idosos que se encontram nas instituições<sup>11</sup>.

Em maio de 2001, a Portaria nº 73 definiu condições mínimas para o funcionamento das ILPI. Contudo, o que se observa é que o quantitativo dessas instituições vem crescendo rapidamente e em muitos casos ignorando requisitos mínimos presentes na legislação<sup>12</sup>. No Brasil, em 2008, o Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) realizou um levantamento das ILPI no país, e constatou a presença de 3.548 instituições, com 83.870

idosos<sup>13</sup>. E com o envelhecimento populacional a tendência é ampliar essa população institucionalizada<sup>14</sup>. A partir disso, o objetivo do estudo foi caracterizar os aspectos de funcionamento, os serviços ofertados e a infraestrutura das ILPI no Brasil.

## MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo, do tipo seccional, realizado em ILPI distribuídas pelo Brasil, no biênio 2008-2010, período de expansão nas adequações das instituições as normas da RDC 283/2005<sup>15</sup>. A estrutura da pesquisa foi baseada no protocolo do *Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology*<sup>16</sup>.

A pesquisa foi desenvolvida em 11 municípios de médio e grande porte, distribuídos nas cinco regiões geográficas do Brasil (Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste) com o intuito de garantir representatividade para cada uma das regiões brasileiras. A população do estudo foi composta por todas as ILPI cadastradas pela

Vigilância Sanitária dos municípios em estudo.

Os municípios pesquisados foram sorteados, dois por cada região, atendendo a dois critérios de inclusão: 1) Municípios com 100 mil habitantes ou mais de acordo com a Lista de Projeção Populacional do IBGE para o ano de 2005; 2) Municípios com porcentagem de idosos na população maior ou igual à mediana encontrada em cada região geográfica. O quantitativo foi definido em função do financiamento realizado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) ser específico para dois municípios por região geográfica.

Assim, os municípios selecionados foram: Ji Paraná (RO) e Araguaína (TO) da região Norte, Crato (CE) e Arapiraca (AL) na região Nordeste, Poços de Caldas

(MG) e Magé (RJ) da Região Sudeste, Rio Verde (GO) e Rondonópolis (MT) da região Centro-Oeste e na região Sul os municípios de Maringá (PR) e Bagé (RS). Além dos municípios sorteados na região Nordeste, a pesquisa foi realizada no município do Natal (RN), em função da facilidade de acesso dos pesquisadores ao referido município.

Em relação às instituições de idosos, foram incluídas aquelas que possuíam alvará de funcionamento municipal com registro na vigilância sanitária, em cada um dos municípios, sendo ILPI com fins lucrativos (privadas) ou ILPI sem fins lucrativos (públicas ou filantrópicas). A capacidade e a classificação das ILPI que participaram do estudo encontram-se na Quadro 1.

**Quadro 1 - Relação das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) distribuídos por município, região e capacidade instalada. Brasil, 2008-2010.**

ILPI	Tipo	Município	Região	Cap.*
1	ILPI Sem Fim Lucrativo	Arapiraca, AL	NE	45
2	ILPI Sem Fim Lucrativo	Crato, CE	NE	35
3	ILPI Sem Fim Lucrativo	Crato, CE	NE	32
4	ILPI Sem Fim Lucrativo	Ji Paraná, RO	N	70
5	ILPI Sem Fim Lucrativo	Araguaína, TO	N	45
6	ILPI Sem Fim Lucrativo	Araguaína, TO	N	22
7	ILPI Sem Fim Lucrativo	Rio Verde, GO	CO	22
8	ILPI Sem Fim Lucrativo	Rio Verde, GO	CO	100
9	ILPI Sem Fim Lucrativo	Rondonópolis, MT	CO	80

10	ILPI Sem Fim Lucrativo	Rondonópolis, MT	CO	90
11	ILPI Sem Fim Lucrativo	Magé, RJ	SE	40
12	ILPI Sem Fim Lucrativo	Poços de Caldas, MG	SE	80
13	ILPI Com Fim Lucrativo	Poços de Caldas, MG	SE	17
14	ILPI Sem Fim Lucrativo	Poços de Caldas, MG	SE	10
15	ILPI Com Fim Lucrativo	Poços de Caldas, MG	SE	27
16	ILPI Sem Fim Lucrativo	Poços de Caldas, MG	SE	50
17	ILPI Sem Fim Lucrativo	Poços de Caldas, MG	SE	28
18	ILPI Sem Fim Lucrativo	Poços de Caldas, MG	SE	23
19	ILPI Com Fim Lucrativo	Maringá, PR	S	30
20	ILPI Com Fim Lucrativo	Maringá, PR	S	20
21	ILPI Com Fim Lucrativo	Maringá, PR	S	36
22	ILPI Com Fim Lucrativo	Maringá, PR	S	10
23	ILPI Sem Fim Lucrativo	Maringá, PR	S	45
24	ILPI Sem Fim Lucrativo	Maringá, PR	S	60
25	ILPI Sem Fim Lucrativo	Maringá, PR	S	80
26	ILPI Com Fim Lucrativo	Maringá, PR	S	20
27	ILPI Sem Fim Lucrativo	Bagé, RS	S	50
28	ILPI Sem Fim Lucrativo	Bagé, RS	S	133
29	ILPI Sem Fim Lucrativo	Natal, RN	NE	40
30	ILPI Sem Fim Lucrativo	Natal, RN	NE	38
31	ILPI Sem Fim Lucrativo	Natal, RN	NE	170
32	ILPI Com Fim Lucrativo	Natal, RN	NE	50
33	ILPI Sem Fim Lucrativo	Natal, RN	NE	45
34	ILPI Com Fim Lucrativo	Natal, RN	NE	22
35	ILPI Sem Fim Lucrativo	Natal, RN	NE	15
36	ILPI Sem Fim Lucrativo	Natal, RN	NE	50

\*Cap. - capacidade instalada da ILPI para receber a quantidade de idosos, de acordo com a direção da instituição; Idosos R - número de idosos residentes na ILPI no período de realização da pesquisa; Idosos P - número de idosos pesquisados.

Foi realizado previamente à coleta dos dados um estudo piloto com o objetivo de identificar problemas e dificuldades, além de revisar e direcionar os aspectos da investigação, bem como ajustar o instrumento de coleta de dados.

Para tanto, a coleta foi realizada em duas ILPI no município de natal/RN, nos meses de janeiro a março de 2008, respeitando o delineamento pré-definido para a pesquisa. A realização de um estudo piloto buscava identificar a calibração dos pesquisadores e a adequação da metodologia

escolhida, bem como averiguar a aplicabilidade do protocolo escolhido diante de seu público-alvo.

O questionário aplicado fundamentou-se nas orientações da RDC 283/05 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária<sup>1</sup>, sendo previamente elaborado para a caracterização das ILPI referente aos seguintes aspectos: localização na região brasileira (norte, sul, sudeste, nordeste, centro-oeste), tipo de ILPI (com e sem fins lucrativos), cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF),

infraestrutura e atividades em saúde desenvolvidas com os idosos (atividades preventivas e curativas).

A análise descritiva foi realizada através de frequências absolutas e relativas das variáveis qualitativas. Foi realizado teste de qui-quadrado de Pearson para teste das hipóteses de associação entre as variáveis. No processo da análise estatística foi utilizado o programa “*Statistic Package for Social Sciences (SPSS) for Windows*”, versão 22.0.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (CEP-UFRN), sob o registro do CAAE: 0033.0.051.000-06.

## RESULTADOS

### Características do corpo técnico

Participaram do estudo 36 ILPI, sendo nove privadas (P) (25%) e 27 filantrópicas (F) (75%). Em todas as nove instituições privadas existem a figura do Responsável Técnico (RT), nas filantrópicas somente uma não possuía. Em ambas prevalecem à presença do sexo feminino ocupando este cargo (88,9% - P e 85,2% - F).

Outro aspecto analisado referiu-se à formação dos Responsáveis Técnicos (RT), por tipo de ILPI, conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização da formação dos profissionais responsáveis técnicos das ILPI estudadas.

Nível	Profissão	Tipo de ILPI				Total por categoria	
		Privada		Filantrópica		N	%
		N	%	N	%	N	%
Superior	Enfermeiro	4	44,4	4	14,8	8	22,2
	Assistente Social	1	11,1	4	14,8	5	13,9
	Farmacêutico	1	11,1	1	3,7	2	5,6
	Comunicação Social	1	11,1	0	0,0	1	2,8
	Fisioterapeuta	1	11,1	0	0,0	1	2,8
Técnico ou médio	Auxiliar ou Técnico de Enfermagem	1	11,1	4	14,8	5	13,9
	Técnico em Agropecuária	0	0,0	1	3,7	1	2,8
	Técnico Administrativo	0	0,0	1	3,7	1	2,8

	Freira	0	0,0	2	7,4	2	5,6
	Dona De Casa	0	0,0	3	11,1	3	8,3
<b>Outras profissões/ ocupações</b>	Empresário Ou Industriário	0	0,0	3	11,1	3	8,3
	Aposentado	0	0,0	1	3,7	1	2,8
	Monja	0	0,0	1	3,7	1	2,8
	Secretária	0	0,0	1	3,7	1	2,8
<b>*NRT</b>	Não possui Responsável Técnico	0	0,0	1	3,7	1	2,8

\*NRT-Não possuíam Responsável Técnico

Observa-se que 47,3% das ILPI possuem RT com formação de nível superior, entretanto, cabe ressaltar a formação em comunicação social nesse escopo, que não se caracteriza como uma formação voltada para área da saúde. Nas ILPI com RT de nível médio, que representam 19,5%, destaca-se a presença dos técnicos de enfermagem. Observou-se ainda participação significativa (30,6%)

de profissionais sem nenhuma formação técnica ou superior para o exercício da função de RT.

### Serviços oferecidos

Acerca dos serviços oferecidos, procurou-se identificar quais profissionais realizavam atendimentos dentro das ILPI (Tabela 2).

Tabela 2 - Aspectos do funcionamento por tipo de ILPI relativo ao atendimento profissional.

	TIPOS DE ILPI				TOTAL		X <sup>2</sup> p valor
	PRIVADA		FILANTRÓPICA		n	%	
	n	%	n	%			
<b>Atendim. Médico</b>							
Sim	7	77,8	25	92,6	32	88,8	0,221
Não	2	22,2	2	7,4	4	11,2	
<b>Atendim. Odontologia</b>							
Sim	1	11,1	5	18,5	6	16,6	0,606
Não	8	88,9	22	81,5	30	83,4	
<b>Atendim. Enfermagem</b>							
SIM	9	100,0	15	55,6	24	66,6	0,014
NÃO	0	0	12	44,4	12	33,4	
<b>Atendim. Fonoaudiologia</b>							
SIM	1	11,1	3	11,1	4	11,1	1,00
NÃO	8	88,9	24	88,9	32	88,9	
<b>Atendim. Assist. Social</b>							
SIM	3	33,3	15	55,6	18	50,0	0,248
NÃO	6	66,7	12	44,4	18	50,0	
<b>Atendim. Terap. Ocupacional</b>							
SIM	4	44,4	8	29,6	12	33,3	0,635



NÃO	5	55,6	18	66,7	23	63,9	
<b>Atendim. Fisioterapia</b>							
SIM	5	55,6	16	59,3	21	58,3	0,845
NÃO	4	44,4	11	40,7	15	41,7	
<b>Atendim. Psicológico</b>							
SIM	2	22,2	9	33,3	11	30,5	0,531
NÃO	7	77,8	18	66,7	25	69,5	
<b>Atendim. Educador Físico</b>							
SIM	2	22,2	5	18,5	7	19,4	0,808
NÃO	7	77,8	22	81,4	29	80,5	
<b>Atendim. Nutricionista</b>							
SIM	4	44,4	9	33,3	13	36,11	0,548
NÃO	5	55,6	18	66,7	23	63,89	
<b>Atendim. Farmacêutico</b>							
SIM	1	11,1	1	3,7	2	5,55	0,401
NÃO	8	88,9	26	96,3	34	94,5	

Os atendimentos mais presentes foram do profissional médico (88,8%), seguido do enfermeiro (66,6%). Apenas o atendimento pelo enfermeiro mostrou uma diferença significativa entre as instituições privadas e filantrópicas, sendo presente em 100% das privadas e em apenas 55,6% das filantrópicas.

Os dados coletados apontam para uma baixa atuação

nas ILPI dos seguintes profissionais: farmacêutico (5,5%), psicólogo (30,5%), terapeuta ocupacional (33,3%) e odontólogo (16,6%).

### Infraestrutura

A respeito da infraestrutura, foram avaliadas a presença de aspectos específicos e as condições físicas gerais da ILPI (Tabela 3).

Tabela 3 - Características da infraestrutura por tipo de ILPI.

	TIPO DE ILPI				TOTAL		X <sup>2</sup> p valor
	PRIVADA		FILANTRÓPICA		n	%	
	n	%	N	%			
<b>Presença de lavanderia</b>							
SIM	5	55,6	23	85,2	28	77,7	0,064
NÃO	4	44,4	4	14,8	8	22,3	
<b>Presença de dispensa</b>							
SIM	5	55,6	24	88,9	29	80,5	0,029
NÃO	4	44,4	3	11,1	7	19,5	
<b>Presença de capela</b>							
SIM	9	100	11	40,7	20	55,5	0,022
NÃO	0	0	16	59,3	16	44,5	
<b>Presença de piscina</b>							
SIM	3	33,3	1	3,7	4	11,1	0,014
NÃO	6	66,7	26	96,3	32	88,9	
<b>Presença de área de lazer</b>							
SIM	9	100	25	92,6	34	94,4	0,401
NÃO	0	0	2	7,4	2	5,6	

<b>Presença de farmácia</b>							
SIM	2	22,2	19	70,4	21	58,3	0,011
NÃO	7	77,8	8	29,6	15	41,7	
<b>Presença de sala de fisioterapia</b>							
SIM	0	0	9	33,3	9	25,0	0,046
NÃO	9	100	18	66,7	27	75,0	
<b>Presença de sala de atend. Médico/Enferm.</b>							
SIM	6	66,7	27	100	33	91,6	0,002
NÃO	3	33,3	0	0	3	8,4	
<b>Presença de consultório odontológico</b>							
SIM	1	11,1	5	18,5	6	16,6	0,606
NÃO	8	88,9	22	81,5	30	83,4	
<b>Área acessível para cadeira de rodas</b>							
SIM	8	88,9	19	70,4	27	75,0	0,267
NÃO	1	11,1	8	29,6	9	25,0	
<b>Condições físicas gerais</b>							
Satisfatória	6	66,7	21	77,8	27	75,0	0,505
Não satisfatória	3	33,3	6	22,2	9	25,0	

Ao analisar os itens referentes a infraestrutura mais básica para o funcionamento da ILPI, como a existência de dispensa (80,5%), apresentou diferença estatística significativa entre os tipos de ILPI ( $p < 0,029$ ). Dentro dos aspectos relacionados à infraestrutura para assistência à saúde, a presença de salas para fisioterapia e farmácia apresentam diferenças mais significativas entre ILPI privadas e filantrópicas, sendo as filantrópicas mais bem avaliadas neste aspecto.

Os consultórios médicos e a sala de enfermagem estavam presentes em 91,6% das instituições estudadas, sendo mais presente nas filantrópicas. A presença de capela

(55,5%), prevaleceu principalmente nas instituições filantrópicas (40,7%).

## DISCUSSÃO

O cenário do envelhecimento populacional do Brasil demanda cada vez mais o uso de ILPI como instituições de cuidados de saúde e acolhimento social<sup>17</sup>. Estudos apontam para um perfil de idosos institucionalizados sedentários, com perda da autonomia e a ausência de familiares, além das influências de fatores biológicos, doenças e outras causas externas comuns a essa fase de envelhecimento, destacando a ocorrência de quedas como um dos

agravos à saúde mais importantes<sup>18,19</sup>. Nesse contexto, o conhecimento sobre a estrutura dessas instituições é importante, tanto do ponto de vista sanitário como em relação a qualidade dos serviços prestados<sup>19,20</sup>.

O presente estudo demonstrou que as ILPI brasileiras ainda possuem dificuldades no cumprimento integral dos critérios de estruturação estabelecidos pela legislação vigente. Além disso, a oferta de serviços multiprofissionais é limitada, com dificuldade em abranger as múltiplas necessidades de saúde dos idosos institucionalizados. A maioria dos profissionais que estão sob a responsabilidade técnica dessas instituições, não possuem qualificação adequada para gerenciá-las.

Entre as ILPI estudadas houve predominância de responsáveis técnicos de nível médio ou sem formação. A RDC 283/2005 estabelece que as ILPI devam contar com responsáveis técnicos de nível superior. Apesar de 47% destas instituições atenderem a esse critério, há uma grande parcela que ainda

desenvolvem suas ações sem o mesmo rigor e preocupação.

Esse cenário pressupõe que as ILPI sustentam uma “imagem do passado” sendo vistas apenas como uma obra social, e não como serviço sócio-sanitário e promotor da qualidade de vida. Isso impacta diretamente na assistência prestada por essas instituições, na perspectiva de que o RT é o profissional responsável por organizar o cuidado prestado na instituição, com o dimensionamento de profissionais, estabelecimento de protocolos e acompanhamento de indicadores de qualidade<sup>2</sup>.

Por outro lado, estudo realizado em uma capital do Nordeste brasileiro, apontou que 78% das ILPI possuem RT de nível superior<sup>21</sup>. De forma contrária, outros pesquisadores apontam que não é difícil encontrar nas ILPI profissionais que exercem esse cargo sem graduação ou formação específica na área, mesmo na compreensão que esta formação agrega e consolida conhecimentos técnico-científicos capazes de garantir recursos para o pleno gerenciamento do cuidado<sup>22</sup>.

Em relação aos serviços oferecidos, na maioria das ILPI predomina o atendimento médico e de enfermagem. Esse dado é reforçado por outros estudos onde mesmo com a existência de uma equipe multiprofissional, profissionais de enfermagem<sup>23</sup> e medicina<sup>24</sup> acabam possuindo a maior carga horária, devido a construção histórica, em que são vistas e reconhecidas como profissões que atuam diretamente junto as demandas mais basilares do ser humano<sup>25</sup>.

É imprescindível que exista uma participação representativa de profissionais de diversas áreas da saúde, a fim de prover uma assistência cada vez mais resolutiva e pautada nas necessidades de seus usuários<sup>26</sup>. Porém, é comum se deparar com a fragmentação do cuidado e com gestores acreditando que atender as necessidades básicas de saúde dos idosos é o suficiente, em detrimento da integralidade dos cuidados gerontológicos<sup>27</sup>.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, cita a importância de uma equipe multiprofissional e demonstra que

existe uma carência de assistência multiprofissional e interdisciplinar para a pessoa idosa<sup>28</sup>, retratando a realidade dos achados desse estudo.

Na infraestrutura, a maioria das instituições participantes apresentou condições gerais satisfatórias. Todavia, um quarto das ILPI não possuíam condições estruturais que atendessem adequadamente a legislação vigente. Resultados semelhantes são apresentados por Alves et al<sup>22</sup>, entretanto, vê-se há necessidade de estudos complementares para identificar o cumprimento dos padrões sanitários. Soma-se a isso, o fato de que os componentes de infraestrutura apresentados não são favoráveis ao exercício da multi e interprofissionalidade.

Ainda assim, cabe ressaltar que estrutura de uma organização como as ILPI, de modo geral, não garante que os processos e os resultados sejam satisfatórios<sup>29</sup>. Todavia, constitui-se uma dimensão importante para a efetividade das ações clínicas e sócio comunitárias propostas<sup>30</sup>. Somado a estrutura, ações assertivas realizadas pelos profissionais nesses espaços

também geram impactos positivos, pois, ao utilizar essa ambiência em prol do cuidado do idoso, há o favorecimento do processo adaptativo, melhora das interações e novas possibilidades de intervenções em saúde<sup>16</sup>.

Pode-se apontar como limitação deste estudo, a utilização somente das normas como a RDC como critérios de qualidade, que podem não contemplar todos os aspectos que determinam a excelência de um serviço. Embora, ainda em 2020 a legislação para o funcionamento não foi revista e reformulada.

## CONCLUSÃO

A partir dos resultados, observa-se que em sua maioria, as ILPI atendem as condições estabelecidas pela RDC 283, principalmente nos aspectos de infraestrutura, porém, a formação dos técnicos responsáveis destoa do esperado e acaba por comprometer a avaliação das instituições. As instituições filantrópicas foram melhor avaliadas do que as demais. Outro dado que merece destaque é a presença de equipes

multiprofissionais, o que qualifica e potencializa o cuidado ofertado.

Ademais, é necessário que outros estudos sejam realizados e que outras dimensões sejam incluídas em suas avaliações, como a saúde dos idosos residentes em cada uma instituição, conforme sua natureza e rotinas estabelecidas.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Resolução da Diretoria Colegiada - RDC/ ANVISA N° 283, de 26 de setembro de 2005. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
2. Roquete FF, Batista CCRF, Arantes RC. Demandas assistenciais e gerenciais das instituições de longa permanência para idosos: uma revisão integrativa (2004-2014). *Rev bras geriatr gerontol.* 2017; 20(2):286-299.
3. Rodrigues L, Perrugia L, Rodrigues A, Cláudio L. Idosos em instituições de longa permanência: um discurso da adaptação frente a um novo território. *Unesc rev.* 2018; 2(1):1-5.

4. Oliva-Magaña M, Moreno-Torres A, Blanco-Suárez M, González-Sábado R, Moreno-Oliva L. Estrategia formativa de la autoestima positiva en el adulto mayor institucionalizado del municipio Manzanillo. *Multimed*. 2016; 20(1):1-12
5. Ferreira LL, Cochito TC, Caíres F, Marcondes LP, Saad PCB. Capacidade funcional de idosos institucionalizados com e sem doença de Alzheimer. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014; 17(3):567-73.
6. Leal MCC, Apóstolo JLA, Mendes AMOC, Marques APO. Prevalência de sintomatologia depressiva e fatores associados entre idosos institucionalizados. *Acta Paul Enferm*. 2014; 27(3):208-14.
7. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016; 19(3):507-19.
8. Mourão LF, Xavier DAN, Neri AL, Luchesi KF. Estudo da associação entre doenças crônicas naturais do envelhecimento e alterações da deglutição referidas por idosos da comunidade. *Audiol Commun Res*. 2016; 21:e1657.
9. Shier V, Khodyakov D, Cohen LW, Zimmerman S, Saliba D. What Does the Evidence Really Say About Culture Change in Nursing Homes? *Gerontologist*. 2014; 54(Suppl1):S6-16.
10. Silva JFC, Marques EM, Nobre TTX, Bezerra INM, Lima JCS. Doenças crônicas e sonolência diurna excessiva em pessoas idosas. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2018; 31(3):1-10.
11. Leiva-Saldaña A, Sánchez-Ramos JL, León-Jariego JC, Palacios-Gómez L. Factores predictores de deterioro cognitivo en población mayor de 64 años institucionalizada y no institucionalizada. *En Clin*. 2016; 26(2):129-136.
12. Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria de Políticas de Assistência Social. Portaria n. 73, de 10 de maio de 2001. Define as normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil. *Diário Oficial da União, Brasília*, 14 maio 2001. Seção 1, p. 174-84.

13. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. Características das instituições de Longa Permanência para Idosos. Região Nordeste [Internet]. Brasília (DF): IPEA; 2008 [citado 2018 ago. 3]. 348 p. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Livro\\_\\_CaractdasInstituicoesRegiao\\_Nordeste.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Livro__CaractdasInstituicoesRegiao_Nordeste.pdf)
14. Porto AL, Leal CBM, Rios MA, Fernandes TSS, Fernandes ESF, Ferreira RBS. Características sociodemográficas e custo de hospitalizações por fratura de fêmur em idosos na Bahia. *J Health NPEPS*. 2019; 4(2):297-309.
15. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos - Região Nordeste. Rio de Janeiro: IPEA; 2008.
16. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *BMJ*. 2007; 335(7624):806-8.
17. Vitorelli DLFK, Ribeiro EM, Morais RJH, Siepierski CT, Silva JV, Mendes MA. Instituições de longa permanência como alternativa no acolhimento das pessoas idosas. *Rev salud pública*. 2017; 19(2): 210-214.
18. Fátima L, Vicentini de Oliveira D, Nascimento Júnior JRA, Pivetta NRS, Viana DA, Ruas G. Hábitos de vida associados ao perfil funcional respiratório de idosos institucionalizados. *Saber Científico*. 2018; 7(1):57-67.
19. Carballo-Rodríguez A, Gómez-Salgado J, Casado-Verdejo I, Ordás B, Fernández D. Estudio de prevalencia y perfil de caídas en ancianos institucionalizados. *Gerokomos*. 2018; 29(3):110-116.
20. Andrade FLJP, Lima JMR, Fidelis KNM, Jerez-Roig J, Lima KC. Cognitive impairment and associated factors among institutionalized elderly persons in Natal, Rio Grande do Norte, Brazil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017; 20(2):186-96.

21. Carvalho VL. Perfil das instituições de longa permanência para idosos situadas em uma capital do Nordeste. *Cad Saúde Colet.* 2014; 22(2):184-91.
22. Alves MB, Menezes MR, Felzemburg RDM, Silva VA, Amaral JB. Instituições de longa permanência para idosos: aspectos físico-estruturais e organizacionais. *Esc Anna Nery.* 2017; 21(4):e20160337.
23. Amador LMP, Moreno MCC, González GG. Evaluación de la calidad de la atención en salud y enfermería en un Hogar de Ancianos. *Rev Cubana Enferm.* 2018; 24(2):1-12.
24. Lini EV, Portella MR, Doring M, Santos MIPO. Instituições de longa permanência para idosos: da legislação às necessidades. *Rev Rene.* 2015; 16(2):284-93.
25. Salcher EBG, Portella MR, Scortegagna HM. Cenários de instituições de longa permanência para idosos: retratos da realidade vivenciada por equipe multiprofissional. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2015; 18(2):259-72.
26. Santos ACW, Hammersc KSA, Girondi JBR, Schier J, Ferreira JM, Dacoregio BM, Percepção da equipe multiprofissional sobre o registro no prontuário do residente da instituição de longa permanência para idosos. *Cienc enferm.* 2018; 24(10).
27. Damaceno DG, Chirelli MQ, Lazarini CA. A prática do cuidado em instituições de longa permanência para idosos: desafio na formação dos profissionais. *Rev bras geriatr gerontol.* 2019; 22(1):e180197.
28. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria nº 2.529/GM de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União; Brasília;* 20 out. 2006 [acesso em 2018 Set 23].
29. Donabedian A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed? *JAMA J Am Med Assoc.* 1989; 260(12):1743-8.
30. Saturno-Hernández P. Métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora de la calidad en servicios de



salud. Instituto Nacional de Salud Pública; 2015.

**Conflito de interesses:** Os autores declaram não haver conflito de interesses.

**Participação dos autores:**

- **Concepção:** Wanderley VB, Bezerra INM, Pimenta IDSF, Silva G, Machado FCA, Nunes VMA, Piuvezam G.
- **Desenvolvimento:** Wanderley VB, Bezerra INM, Pimenta IDSF, Silva G, Machado FCA, Nunes VMA, Piuvezam G.
- **Redação e revisão:** Wanderley VB, Bezerra INM, Pimenta IDSF, Silva G, Machado FCA, Nunes VMA, Piuvezam G.

**Como citar este artigo:** Wanderley VB, Bezerra INM, Pimenta IDSF, Silva G, Machado FCA, Nunes VMA, et al. Instituições de longa permanência para idosos: a realidade no Brasil. J Health NPEPS. 2020; 5(1):321-337.

Submissão: 19/11/2019

Aceito: 30/03/2020

Publicado: 01/06/2020