



Indicadores para avaliação das instituições de longa permanência para pessoas idosas: desenvolvimento e validação

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

Mirna Rodrigues Costa Guimarães¹

Raquel Conceição Ferreira¹

Karla Cristina Giacomini^{2,3}

Andrea Maria Duarte Vargas¹

Resumo

Objetivo: Desenvolver e validar uma matriz de avaliação da qualidade de Instituições de Longa Permanência para pessoas idosas, tendo como referencial teórico o modelo multidimensional integrado de qualidade e atendimento. **Método:** Trata-se de um estudo metodológico que selecionou 66 variáveis contempladas no censo do Sistema Único da Assistência Social, para avaliar as sete dimensões de qualidade propostas pelo modelo. A técnica Delphi modificada foi empregada para a validação com a participação de 15 experts que utilizaram a plataforma on-line *Survey Monkey*[®], até a obtenção de, no mínimo, 75% de consenso. Foram propostos 18 indicadores e necessários dois ciclos de validação até o consenso. **Resultados:** No primeiro ciclo, todos os indicadores foram considerados relevantes, representaram o conceito e demonstraram coerência com a dimensão teórica da qualidade. Houve necessidade de revisão da fórmula de cálculo de dois indicadores, que foi considerada adequada por mais de 75% dos experts no segundo ciclo de validação. **Conclusão:** A matriz mostrou-se válida e poderá ser utilizada no processo de avaliação e monitoramento da qualidade das Instituições participantes do Censo do Sistema Único de Assistência Social, contribuindo para definir prioridades para a permanente melhoria dos cuidados prestados.

Palavras chaves: Controle de Qualidade. Instituições de Longa Permanência para Idosos. Indicadores de Serviços. Serviços de Saúde para Idosos.

Abstract

Objective: Develop and validate a quality assessment matrix for long-term facilities for old people, using the integrated multidimensional model of quality and care as the theoretical framework. **Method:** This is a methodological study that selected 66 variables included in

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

² Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Secretaria Municipal da Saúde. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

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

Financiamento da pesquisa: Programa Pesquisador Mineiro recebido pela autora Raquel Conceição Ferreira. N° do processo: PPM-00686-16.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Raquel Conceição Ferreira
raquelcf@ufmg.br

Recebido: 03/09/2020
Aprovado: 21/01/2021

the census of the Unified System of Social Assistance, to assess the seven dimensions of quality proposed by the model. The modified Delphi technique was used for validation with the participation of 15 experts who used the *Survey Monkey*[®] online platform, until a minimum of 75% consensus was reached. 18 indicators were proposed and two validation cycles were needed until consensus. *Results:* In the first cycle, all indicators were considered relevant, represented the concept and demonstrated consistency with the theoretical dimension of quality. There was a need to review the calculation formula for two indicators, which was considered adequate by more than 75% of experts in the second validation cycle. *Conclusion:* The matrix proved to be valid and can be used in the process of evaluating and monitoring the quality of the facilities participating in the Unified Social Assistance System Census, contributing to define priorities for the permanent improvement of the care provided.

Keywords: Quality Control.
Homes for the Aged.
Indicators of Health Services.
Health Services for the Aged.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial decorrente da diminuição das taxas de fecundidade e do aumento da expectativa de vida associado às melhorias das condições de vida da população¹. Essa acelerada transição demográfica exige atenção em assegurar melhores condições de vida às pessoas idosas^{2,3}.

Dentre os serviços regulamentados de amparo às pessoas idosas, destacam-se as Instituições de Longa Permanência para pessoas idosas (ILPI). Estas instituições incorporam os cuidados voltados à vida social, emocional, às necessidades da vida diária e à assistência à saúde⁴. Embora um censo realizado no território brasileiro tenha evidenciado que menos de 1% da população idosa reside em ILPI⁵, espera-se um aumento da institucionalização como uma consequência do envelhecimento e da mudança nas dinâmicas familiares^{3,6}.

Na literatura, existem diversas pesquisas voltadas à análise das ILPI⁷⁻⁹, no entanto, a maioria desses estudos traz recortes específicos sobre a saúde das pessoas idosas residentes¹⁰. No Brasil, as ILPI são regulamentadas pela Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 283 de 26 de setembro de 2005 (RDC - Anvisa)⁴ que prevê a avaliação dos serviços prestados por meio de alguns indicadores: as taxas de mortalidade e de incidência de doenças diarreicas, de escabiose, desidratação, úlcera de decúbito e desnutrição em pessoas idosas. Esses indicadores de resultado têm sido utilizados em estudos de avaliação que adotam majoritariamente medidas de qualidade focadas em cuidados médicos e condições clínicas dos residentes^{6,7}.

Contudo, qualidade é um conceito multidimensional, de natureza objetiva ou subjetiva, que pode variar de acordo com o interesse de grupos ou atores sociais e com o contexto e os objetivos da avaliação¹¹. Para ILPI, a definição de qualidade é ainda mais complexa porque pode ser confundida com regulação, além de sofrer influência contextual e das condições dos residentes. O Modelo Multidimensional Integrado de Qualidade e Atendimento para instituições voltadas aos cuidados de longa permanência para pessoas idosas¹² é um modelo conceitual, multidimensional desenvolvido especificamente para Instituições voltadas aos cuidados de longa permanência para as pessoas idosas, a partir da atenção centrada na pessoa. Este modelo agrega sete dimensões da qualidade definidas com base nos resultados de grupos focais com profissionais envolvidos no cuidado das pessoas idosas, familiares e pessoa idosa institucionalizada. A adoção deste modelo¹² pode orientar a elaboração de indicadores que busquem uma avaliação mais abrangente da qualidade das ILPI.

No Brasil, desde 2012, o Ministério do Desenvolvimento Social instituiu o Censo do Sistema Único de Assistência Social (Censo SUAS) que inclui a coleta de dados sobre as ILPI brasileiras governamentais e não governamentais (não possuem convênio com o poder público). A geração de dados no âmbito do Censo SUAS tem por objetivo proporcionar subsídios para a construção e manutenção de indicadores de monitoramento e avaliação do Sistema Único de Assistência Social¹³.

Nesse sentido, tendo como referencial teórico o modelo Multidimensional Integrado de Qualidade¹²

e a necessidade de avaliação sistematizada das ILPI¹⁰, este estudo tem como objetivo o desenvolvimento e a validação de uma matriz de avaliação composta por indicadores criados utilizando as variáveis do Censo SUAS. Espera-se que este estudo gere informações interpretáveis e revele aspectos a serem priorizados para a permanente melhoria dos cuidados prestados nas ILPI.

MÉTODO

Trata-se de um estudo metodológico de desenvolvimento de uma matriz de avaliação

composta por indicadores conduzido de novembro de 2019 a março de 2020. Os indicadores foram construídos utilizando variáveis coletadas pelo Censo SUAS, descritas nos instrutivos do Censo, referentes ao ano de 2018, de acesso livre no site do Ministério de Desenvolvimento Social do Brasil¹⁴.

Para o desenvolvimento dos indicadores da Matriz de Avaliação, foram selecionadas 66 variáveis do Censo SUAS, considerando aspectos da qualidade de acordo com as sete dimensões teóricas do modelo Multidimensional Integrado de Qualidade (Quadro 1)¹².

Quadro 1. Dimensões de qualidade do Modelo Multidimensional Integrado de Qualidade e Atendimento e conceitos. Columbia, Missouri, Estados Unidos da América, 1999.

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

Fonte: Rantz et al. (1999).

O Banco de dados do Censo SUAS é alimentado, anualmente, por um agente público, por meio do preenchimento de um questionário eletrônico que contém 586 variáveis agrupadas em seis blocos (identificação; caracterização; características dos usuários; serviços de acolhimento; estrutura física e localização; gestão de pessoas). A matriz de avaliação foi construída a partir do conjunto de indicadores. Para cada um dos indicadores, foram descritos a dimensão da qualidade à qual estaria relacionado, o objetivo, as variáveis do Censo SUAS utilizadas na composição do indicador, a fórmula de cálculo, a forma de apuração, interpretação e justificativa do indicador.

A matriz de avaliação foi validada, por meio da técnica *Delphi* modificada. Essa técnica possibilita que os *experts* expressem suas opiniões sobre um determinado tema, por uma construção participativa, até que exista o consenso, sem contato entre eles¹⁵. Uma variação da técnica *Delphi*, é a técnica “modificada” que propõe um limite de ciclos até o consenso¹⁶.

Para a validação, a matriz de avaliação foi formatada em um *software* de coleta de dados on-line *Survey Monkey*®. Um roteiro foi elaborado para que os *experts* registrassem suas considerações em relação aos indicadores. Previamente ao início dos ciclos de validação, todo o material (matriz de avaliação e roteiro de validação) foi submetido a um pré-teste por dois profissionais com experiência no cuidado da pessoa idosa institucionalizada, solicitando a eles que avaliassem a facilidade de uso da plataforma *Survey Monkey*®, a clareza das orientações para validação e a adequação da formatação da matriz, assim como as questões propostas no roteiro de validação.

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

O roteiro de validação possibilitava que os *experts* manifestassem sua opinião quanto à relevância do indicador, se ele representava o conteúdo da dimensão teórica de qualidade, e sobre a transparência metodológica na construção da fórmula de cálculo¹⁷. Foram elaboradas as seguintes afirmativas 1) O indicador “x” é relevante para a avaliação da

qualidade da ILPI. 2) O indicador “x” possibilita avaliar o seu “objetivo”, 3) O método de cálculo do indicador “x” é facilmente compreensível e reproduzível, 4) O indicador “x” mede aspectos da “dimensão x”. Para cada afirmativa, o *expert* deveria optar por uma das seguintes respostas: 0 discordo, 1 discordo em parte, 2 concordo em parte e 3 concordo. Adicionalmente, para cada indicador, foi incluído um campo com a seguinte orientação: “Por favor, insira neste espaço suas observações, críticas ou sugestões em relação ao indicador avaliado”. O Índice de Validade de Conteúdo adotado foi de, no mínimo, 75% de concordância entre todos os *experts*¹⁸. Este percentual foi computado considerando-se as opções de resposta concordo parcialmente e concordo.

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

Nas etapas seguintes, o relatório com o resultado do ciclo de validação anterior foi consolidado, apresentando o percentual de concordância para cada indicador, bem como o conjunto de comentários obtidos e as justificativas e explicações sobre as mudanças realizadas. Este relatório foi disponibilizado aos *experts* mantendo o anonimato. O estudo está de acordo com a Resolução nº 466/2012 e a Resolução nº 510/2016, e foi apresentado e aprovado pelo comitê de ética e pesquisa por meio do parecer nº 3.143.674.

RESULTADOS

Dois pesquisadores participaram na fase pré-teste. Os comentários recebidos contribuíram para dar maior clareza às informações disponibilizadas na plataforma on-line *Survey Monkey*®. Também com base em sugestões dos pesquisadores, houve a inclusão da descrição de cada dimensão da qualidade na matriz de avaliação antes de cada indicador correspondente. Esta inclusão buscou facilitar a

avaliação dos indicadores pelos experts quanto às questões apresentadas no roteiro de validação.

No 1º ciclo de validação, todos os indicadores foram considerados relevantes e adequados para representar a dimensão da qualidade proposta por mais de 75% dos *experts*, conforme Tabela 1. Quanto ao método de cálculo, os *experts* consideraram que 78% dos indicadores possuíam fórmulas de difícil compreensão; no entanto, reconheceram a transparência metodológica e a possibilidade de reprodução, validando-os no primeiro ciclo de análise, exceto o método de cálculo dos indicadores 1 e 5. Uma nova redação para o método de cálculo dos indicadores considerados de difícil compreensão foi realizada e levada à análise dos experts no 2º ciclo de validação. Quanto aos indicadores 1 e 5, foram elaboradas novas fórmulas de cálculo, dando maior transparência metodológica e possibilidade de reprodução.

Além disso, tendo em vista as considerações feitas pelos experts no 1º ciclo de validação, duas variáveis consideradas semelhantes do indicador 15 foram agregadas. Para o indicador 16, foi sugerida a exclusão da variável “inscrição ou não da Instituição no conselho dos direitos das pessoas idosas” por apresentar baixa representatividade em relação à

dimensão proposta. Além disso, foi inserida a variável “a unidade aceita receber pessoa idosa travesti, transexual, transgênero” na fórmula de cálculo do indicador 1, conforme sugerido por um *expert*.

As alterações realizadas e avaliadas no 2º ciclo de validação foram com relação ao método de cálculo, no que diz respeito, principalmente, à redação da fórmula de cálculo. Os métodos de cálculo dos indicadores, após modificados, foram aprovados por mais de 75% dos *experts* com exceção da exclusão da variável “inscrição ou não da Instituição no conselho dos direitos das pessoas idosas” do cálculo do indicador 16 (Tabela 2). Os *experts* não justificaram o motivo pela não aprovação da proposta feita em relação ao indicador 16, no entanto, como se tratava de um indicador já validado no 1º ciclo de validação, optou-se pela manutenção do método de cálculo apresentado em sua versão inicial.

O Quadro 2 apresenta a Matriz de Avaliação validada, composta por 18 indicadores dispostos na primeira coluna, conforme as respectivas dimensões da qualidade do modelo Multidimensional Integrado de Qualidade¹², as variáveis do Censo SUAS utilizadas e a fórmula de cálculo para apuração do indicador e, por fim, parâmetros para a interpretação dos indicadores.

Tabela 1. Índice de Validade de Conteúdo dos indicadores obtido no 1ª ciclo de validação quanto à relevância, avaliação do objetivo, método de cálculo e mensuração dos aspectos da dimensão da qualidade. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020.

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

*Índice de Validade de Conteúdo < 75%

Tabela 2. Alterações realizadas no método de cálculo dos indicadores com base nas sugestões dadas pelos *experts* no 1º ciclo de validação e Índice de Validade de Conteúdo para este critério obtido no 2º ciclo de validação. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020.

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

*Indicador com IVC < 75%, portanto ainda não considerado com conteúdo válido no 2ª ciclo de validação

Quadro 2. Matriz de Avaliação dimensões da qualidade, indicadores, variáveis do censo SUAS, fórmula de cálculo e parâmetros para interpretação. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2020.

Matriz de Avaliação da qualidade de Instituições de Longa Permanência para pessoas idosas			
Dimensões/ indicadores	Variáveis censo SUAS	Fórmula de cálculo	Parâmetros para interpretação
Dimensão 1			
Foco central nos residentes, familiares e comunidades			
1 Acesso sem diferenciações excludentes	a) A unidade aceita receber pessoa idosa com transtorno mental; b) A unidade aceita receber pessoas idosas refugiados / imigrantes; c) A unidade aceita receber pessoa idosa com trajetória de rua; d) A unidade aceita receber pessoa idosa indígena ou de comunidades tradicionais (exemplo: quilombola, ciganos, ribeirinhos); e) A unidade aceita receber pessoa idosa com deficiência física, sensorial ou intelectual; f) A unidade aceita receber pessoas idosas Travesti, Transexual, Transgênero.	{(número de variáveis afirmativas/6)*100}	Quanto maior melhor
2 Presença de Coordenador na instituição	a) A ILPI possui um coordenador/ responsável técnico de nível superior, com carga horária mínima de 20 horas, com vínculo formal para coordenar a unidade, conforme RDC 283/2005; b) A ILPI possui um coordenador/ responsável técnico na unidade.	{(número de variáveis afirmativas/2)*100}	Quanto maior melhor
3 Valorização da equipe de profissionais	a) Número de profissionais com vínculo de trabalho com a instituição [empregado celetista do setor privado, terceirizado, trabalhador de imprensa/cooperativa/entidade prestadora de serviço, servidor estatutário ou empregado público celetista]; b) Número de profissionais com e sem vínculo de trabalho com a instituição.	{(a/b)*100}	Quanto maior melhor
4 Atenção à família da pessoa idosa	a) Realiza atendimento psicossocial das famílias das pessoas acolhidas (orientação familiar); b) Promove reuniões com grupos de famílias dos usuários; c) Promove contato e participação da família na vida do usuário.	{(número de variáveis afirmativas/3)*100}	Quanto maior melhor
Dimensão 2			
Recursos Humanos			
5 Razão de cuidadores por pessoas idosas	a) Número de cuidadores com carga horária de 40 horas semanais ou mais; b) Número de pessoas idosas residentes.	{(a/b)}	RDC nº 283/2005 estabelece, no mínimo, um cuidador com 40 horas semanais para um grupo de 20 idosos. Melhor resultado $\geq 0,05$
6 Baixa rotatividade de profissionais	a) Número de profissionais que trabalham na instituição por 1 ano ou mais; b) Número total de profissionais que trabalham na instituição.	{(a/b)*100}	Quanto maior melhor

continua

Continuação do Quadro 2

Matriz de Avaliação da qualidade de Instituições de Longa Permanência para pessoas idosas			
Dimensões/ indicadores	Variáveis censo SUAS	Fórmula de cálculo	Parâmetros para interpretação
7 Educação permanente	a) Existência de palestras, oficinas, treinamento e capacitação de trabalhadores na unidade; b) Existência de capacitações sobre a área de geriatria (Envelhecimento ou Direitos e cuidados de pessoas idosas).	{(número de variáveis afirmativas/2)*100}	Quanto maior melhor
Dimensão 3	Envolvimento Familiar		
8 Favorecimento do Vínculo Familiar	a) A unidade promove serviços de convivência e fortalecimento de vínculo para os idosos e seus familiares (peso 0: não; peso 1: sim); b) A unidade acolhe usuários com vínculos de parentesco (peso 0: não; peso 1: sim); c) São permitidas visitas na ILPI (peso 0: não; peso 1: apenas em algumas datas específicas; peso 2: mensal, quinzenal e de 1 a 2 dias ou 3 a 6 dias na semana; peso 3: diariamente).	{(Soma dos pesos das variáveis a, b, c /5)*100}	Quanto maior melhor
Dimensão 4	Cuidado individualizado		
9 Socialização	a) A ILPI promove atividades com a participação da comunidade; b) Acompanha a pessoa idosa para retirada de documentos; c) Realiza passeios com os usuários; d) Promove a participação das pessoas acolhidas em serviços, projetos ou atividades existentes na comunidade.	{(número de variáveis afirmativas/4)*100}	Quanto maior melhor
10 Gestão do cuidado em saúde	a) Uso de Plano Individual de atendimento; b) Uso de prontuário na unidade; c) Realiza relatórios técnicos dos casos em acompanhamento; d) Realiza discussão de casos com outros profissionais da rede.	{(número de variáveis afirmativas/4)*100}	Quanto maior melhor
11 Equipe multiprofissional na área da saúde	a) Presença de psicóloga para o atendimento psicossocial (individualizado ou em grupo na unidade); b) Presença de enfermeiro na unidade; c) Presença de nutricionista na unidade; d) Presença de fisioterapeuta na unidade; e) Presença de médico na unidade.	{(número de variáveis afirmativas/5)*100}	Quanto maior melhor
Dimensão 5	Meio ambiente		
12 Profissionais para atividades de lazer	a) Número de profissional de nível superior para atividades de lazer (educador/ terapeuta ocupacional); b) Número de pessoas idosas residentes.	{(Número de profissionais para atividade de lazer para 12 horas semanais/ número de pessoas idosas residentes)}	RDC nº 283/2005 estabelece, no mínimo, um profissional de 12 horas semanais para atividades físicas, recreativas e culturais para um grupo de 40 idosos. Melhor resultado: $\geq 0,025$.

continua

Continuação do Quadro 2

Matriz de Avaliação da qualidade de Instituições de Longa Permanência para pessoas idosas			
Dimensões/ indicadores	Variáveis censo SUAS	Fórmula de cálculo	Parâmetros para interpretação
13 Estrutura física	a) Existência de dormitórios para, no máximo, 4 pessoas;	{(número de variáveis afirmativas/9)*100}	Quanto maior melhor
	b) Existência de banheiros no mesmo número que dormitórios;		
	c) Existência de área de recreação externa;		
	d) Existência de cozinha para preparo de alimentos, com ou sem despensa;		
	e) Existência de lavanderia;		
	f) Existência de refeitório/sala de jantar;		
	g) Existência de sala de estar, de convivência;		
	h) Existência de sala de administração ou sala para reuniões;		
i) Existência de sala para atividades coletivas.			
14 Acessibilidade	a) Acesso principal adaptado com rampas e existência de rota acessível desde a calçada até o interior da unidade, conforme ABNT;	{(número de variáveis afirmativas/9)*100}	Quanto maior melhor
	b) Acesso principal adaptado com rampas e existência de rota acessível desde a calçada até o interior da unidade;		
	c) Banheiros adaptados para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida;		
	d) Banheiros adaptados para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, conforme ABNT;		
	e) Rota acessível ao banheiro;		
	f) Rota acessível ao banheiro, conforme ABNT;		
	g) Rota acessível aos dormitórios e espaços de uso coletivo;		
	h) Rota acessível aos dormitórios e espaços de uso coletivo, conforme ABNT;		
i) Equipamentos/Mobiliário/materiais adequados para pessoas com deficiência ou dependência (Tecnologias Assistivas).			
Dimensão 6	Moradia		
15 Existência de materiais e equipamentos que incentivam a cultura	a) Presença de acervo bibliográfico; b) Presença de materiais pedagógicos e culturais; c) Presença de materiais esportivos; d) Presença de jogos educativos e de passatempo; e) Presença de televisão.	{(Número de variáveis com respostas afirmativas/5)*100}	Quanto maior melhor
16 Perfil social da instituição.	a) Presença de convênio ou termo de parceria com o poder público; b) Instituição é de natureza governamental; c) Instituição está inscrita no conselho dos direitos das pessoas idosas; d) A instituição recebe provisão de algum ente público para estrutura física, RH, equipamentos/materiais ou transporte; e) Presença de pessoas idosas com Benefício de Prestação Continuada na instituição (com deficiência ou não).	{(Número de variáveis com respostas afirmativas/5)*100}	Quanto maior melhor
17 Taxa de ocupação	a) Número de pessoas acolhidas na unidade; b) Capacidade máxima para atendimento.	{(a/b)*100}	≤100%

continua

Continuação do Quadro 2

Matriz de Avaliação da qualidade de Instituições de Longa Permanência para pessoas idosas			
Dimensões/ indicadores	Variáveis censo SUAS	Fórmula de cálculo	Parâmetros para interpretação
Dimensão 7	Comunicação		
18 Abertura ao diálogo.	a) A unidade organiza ou promove discussões com pessoas idosas sobre as rotinas da unidade; b) A unidade realiza reuniões com os familiares das pessoas idosas.	{(Número de variáveis com respostas afirmativas/2)*100}	Quanto maior melhor

11 de 15

DISCUSSÃO

Este estudo apresenta um importante instrumento de avaliação de qualidade das ILPI, contendo 18 indicadores nas sete dimensões teóricas do modelo Multidimensional Integrado de Qualidade¹², elaborado a partir da percepção dos sujeitos envolvidos no cuidado das pessoas idosas, seus familiares e provedores¹². O estudo selecionou um conjunto de variáveis para representar os conceitos e desenvolver os indicadores, que se constituíram em medidas-síntese com informação sobre as ILPI quanto às dimensões de qualidade.

A matriz elaborada permitirá comparações para a avaliação e o planejamento ao longo do tempo, em ciclos anuais avaliativos, de acordo com o censo SUAS, orientando ações para a melhoria do cuidado. Os indicadores foram considerados relevantes, claros, com fórmula de cálculo compreensível, permitindo a reprodutibilidade. Eles poderão ser analisados e comparados, considerando a ILPI como unidade de análise ou outros níveis de agregação, como por exemplo, municípios, estados ou regiões. A RDC 283/2005, embora seja omissa em algumas definições de cuidado, foi tomada como referência de exigência legal para verificar os indicadores relacionados.

Para medir a Dimensão “Foco Central na Comunidade, Residentes, Familiares e Equipe de Profissionais” foram estabelecidos quatro indicadores. O indicador “Acesso sem diferenciações excludentes” busca revelar o exercício da função acolhedora das ILPI e o seu papel social perante a comunidade, principalmente, porque em vários estados da federação não existem ILPI de natureza pública⁴. Ainda nessa dimensão, o

indicador “Razão de Profissionais com Vínculo de Trabalho” revela o percentual de profissionais que possuem trabalho normatizado na instituição, com carga horária e função regulamentada. A equipe de trabalho é essencial para garantir a qualidade e atender às necessidades individuais de cada pessoa idosa e o trabalho formal representa o respeito e a valorização da equipe¹². O indicador “Atenção à Família da Pessoa idosa” reconhece a importância da participação familiar no cuidado à pessoa idosa. Há evidências que o engajamento ativo familiar esteja associado à atenção à saúde das pessoas idosas com qualidade favorável¹⁹.

A Dimensão “Recursos Humanos” aponta para a necessidade de a ILPI manter um número satisfatório de profissionais, baixa rotatividade, presença de supervisão e treinamentos. Dessa forma, o indicador “Razão de cuidadores por pessoa idosa” observa a existência mínima de cuidadores exigidos pela RDC 283/2005. A RDC define esta razão considerando os níveis de dependência das pessoas idosas para as atividades diárias. Neste estudo, devido à indisponibilidade sobre os níveis de dependência das pessoas idosas no Censo-SUAS, considerou-se a razão de 1 cuidador para cada 20 pessoas idosas ($Razão \geq 0,05$) uma condição mínima exigida pela RDC para indicar a capacidade de provisão da assistência. O indicador “Baixa rotatividade de profissionais” aponta a existência de uma condição que favorece o vínculo entre os profissionais e as pessoas idosas¹², pela permanência do trabalhador na mesma ILPI. Ainda nesta dimensão, buscou-se apurar, por meio do indicador “Educação Permanente”, a existência de ações que qualificam o serviço ofertado pela instituição, por meio do aprofundamento, discussão,

atualização dos conhecimentos, desenvolvimento de competências e habilidades dos profissionais nas áreas relacionadas ao envelhecimento. A atividade de educação permanente é reconhecida como potencial para qualificar a assistência prestada na ILPI⁴. Evidências mostram que intervenções educativas realizadas com equipes de enfermagem focando em habilidades específicas (comunicação com as pessoas idosas; cuidado de pacientes terminais; cuidado de indivíduos com demência) podem melhorar a qualidade do cuidado dos residentes, a capacidade funcional e bem-estar das pessoas idosas²⁰⁻²².

O “*Envolvimento Familiar*” reforça a importância da família como corresponsável pelo cuidado, pelo apoio emocional, instrumental e social. A valorização da participação da família evidencia a preocupação das ILPI com a saúde emocional e mental das pessoas idosas, reconhecendo que a saúde psicossocial pode contribuir para a qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas, além de minimizar a sensação de abandono²³. O indicador “Favorecimento do Vínculo Familiar” observa a existência de ações para o fortalecimento de vínculo entre pessoas idosas e seus familiares, o acolhimento de pessoas com o mesmo grau de parentesco e a frequência de visitas permitidas na instituição.

A Dimensão “*Cuidado Individualizado*” aborda aspectos sobre a oferta de cuidados de saúde necessários e sobre o resgate ou manutenção da pessoa idosa na sociedade. O indicador “Socialização” traz informações sobre a participação da pessoa idosa em ações da comunidade. Há evidências de que as redes de apoio social contribuem para o bem-estar da pessoa idosa²⁴. Outro indicador que compõe essa dimensão é a “Gestão do Cuidado em Saúde”, que busca retratar a disponibilidade de ferramentas e processos de trabalho (plano individual de atendimento, uso de prontuário, relatórios e discussão dos casos) para os cuidados em saúde na instituição. O Plano de Atenção à Saúde atualizado anualmente é uma exigência para funcionamento das ILPI no Brasil, conforme a RDC 283/2005. Este plano deve ser “compatível com os princípios da universalização, equidade e integralidade”; indicar “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”, além

de prever a “atenção integral à saúde da pessoa idosa, abordando os aspectos de promoção, proteção e prevenção” e conter “informações acerca das patologias incidentes e prevalentes nos residentes”. A discussão de casos favorece o plano terapêutico singular adequado às necessidades e ao grau de dependência funcional das pessoas idosas, garantindo a atenção às necessidades essenciais (medicamentos, alimentação, higiene pessoal, mudança de decúbito) e prevenindo agravos à saúde.

O indicador “Equipe Multiprofissional na Área da Saúde” demonstra a disponibilidade de profissionais da saúde com formação diversificada atuando na instituição. A existência de uma equipe multiprofissional pode qualificar o cuidado, ampliando a compreensão dos fenômenos e a interpretação da saúde sob diferentes ângulos da multiplicidade de sua natureza orgânica, social e cultural²⁵. Revisão sistemática indicou que uma equipe multidisciplinar e profissionais especialistas no cuidado à pessoa idosa (enfermeiros ou médicos) podem contribuir para melhorar as respostas em saúde das pessoas idosas nas ILPI²⁶. Contudo, no Brasil, inexistente a exigência legal sobre um quadro mínimo de profissionais. O indicador “Profissionais para Atividades de Lazer” observa a existência de profissionais para atividades físicas, recreativas e culturais na instituição para um número de 40 pessoas idosas, conforme regulamentado pela RDC 283/2005.

A Dimensão “*Meio Ambiente*” diz respeito aos aspectos relativos ao espaço físico, higiene, odores, mobiliários, acessibilidade, iluminação e ventilação. Para medir essa dimensão, foram estabelecidos dois indicadores: “Estrutura Física” e “Acessibilidade”, que abordam requisitos necessários para a moradia e a segurança das pessoas idosas, conforme previsto na RDC. Por sua vez, as informações referentes a odores, higiene, iluminação e ventilação não compuseram indicadores, pois o Censo SUAS não inclui variáveis a esse respeito.

A Dimensão “*Moradia*” envolve aspectos relativos à sensação de viver em um lar, valorizando a presença de pessoas da comunidade, animais de estimação, objetos pessoais e destaca que o lucro não deve ser a prioridade dessas unidades. A importância de criar um ambiente como o lar tem sido um tema recorrente

na literatura²⁷. Foram identificadas algumas variáveis para indicar a orientação dos cuidados para que as pessoas idosas se sintam como em um lar. Contudo, assume-se que estes indicadores não abordam toda a complexidade desta dimensão. O indicador “Perfil social da instituição” busca retratar o apoio recebido pelo poder público, a presença de pessoas idosas com benefício de prestação continuada, inscrição no conselho dos direitos das pessoas idosas, afastando ou não o interesse lucrativo da ILPI. O Indicador “Existência de materiais para cultura e lazer na instituição” demonstra a presença de equipamentos que favorecem a interação entre os residentes, a preservação de hábitos e cultura, como exemplo a leitura. Essas ações favorecem o bem-estar, minimizam o estresse e contribuem para saúde das pessoas idosas²⁸. A “Taxa de Ocupação” busca apresentar as situações que se traduzem em violação de direitos básicos, como a presença de superlotações que são compreendidas como violências perpetradas às pessoas idosas²⁹.

A Dimensão “Comunicação” envolve ações verbais e não-verbais da ILPI com as famílias e com os residentes, visando atender às necessidades das pessoas idosas¹². Por meio do indicador “Abertura ao diálogo” observa-se a presença ou não de discussões sobre as rotinas com as pessoas idosas e a realização de reuniões com seus familiares. Esses esforços se alinham ao plano de cuidados centrado na pessoa e às tendências que apoiam a participação dos pacientes na tomada de decisões e afastam-se dos modelos paternalistas de assistência médica nos quais eles são espectadores passivos^{30,31}. Adicionalmente, a falta de escuta é relatada como uma das formas de violências sofridas pelas pessoas idosas e seus familiares nas ILPI²⁹.

REFERÊNCIAS

1. Santos VP, Lima WR, Rosa RS, Barros IM, Boery RN, Ciosak SI. Perfil de saúde de idosos muito velhos em vulnerabilidade social na comunidade. *Rev Cuid.* 2018;9(3):2322-37. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i3.542>
2. Miranda GM, Mendes AD, Silva AL. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016;19(3):507-19. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>

A validação da Matriz de Avaliação utilizando a técnica Delphi contou com a contribuição dos *experts*, especialmente, quanto à melhoria da clareza e transparência metodológica dos indicadores, atributos fundamentais para a legitimidade dos indicadores na esfera social e política, que permitem maior compreensão por parte da população¹⁷. Os *experts*, profissionais com formação e atuação em diferentes áreas do saber, atestaram a validade dos indicadores, ou seja, reconheceram que eles podem medir aspectos da qualidade propostos pelo modelo Multidimensional Integrado de Qualidade¹². A Matriz de Avaliação construída a partir das variáveis disponíveis nos dados públicos do Censo SUAS, coletados periodicamente, favorecerá a condução de avaliações sistematizadas e contínuas da qualidade das ILPI no território nacional, possibilitando comparações temporais e acompanhamento das políticas e ações implementadas nestes espaços de cuidados. Como limitação deste estudo, destacamos a falta de participação de três *experts* no 2º ciclo de validação e a restrição das informações contidas no Censo SUAS limitando a avaliação de todos os conceitos apresentados na dimensão teórica.

CONCLUSÃO

A matriz mostrou-se válida e poderá ser utilizada no processo de avaliação e monitoramento da qualidade das Instituições de Longa Permanência para pessoas idosas participantes do Censo do Sistema Único de Assistência Social, podendo se estender para as demais instituições existentes, contribuindo para revelar aspectos a serem priorizados para a permanente melhoria dos cuidados prestados.

Editado por: Maria Helena Rodrigues Galvão

3. Travassos GF, Coelho AB, Arends-Kuenning MP. Os idosos no Brasil: transição demográfica, perfil e condição socioeconômica. *Rev Bras Estud Popul.* 2020;37:e0129. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20947/s0102-3098a0129>
4. Brasil. Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária- RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Regulamento Técnico para o Funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Pessoas idosas. *Diário Oficial da União.* Setembro 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html
5. Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para pessoas idosas no Brasil. *Rev Bras Estud Popul.* 2010;27(1):232-5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-309820100001000014>
6. Castle NG, Ferguson JC. What is nursing home quality and how is it measured? *Gerontologist.* 2010;50(4):426-42. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geront/gnq052>
7. Spilsbury K, Hewitt C, Stirk L, Bowman C. The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: a systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2011;48(6):732-50. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.02.014>
8. Oliveira WI, Hernández PJ, Sousa KD, Piuvezam G, Gama ZA. Equivalência semântica, conceitual e de itens do observable indicators of nursing home care quality instrument. *Ciênc Saúde Colet.* 2016;21(7):2243-56. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.08282015>
9. Guimarães LD, Brito TA, Pithon KR, Jesus CS, Souto CS, Souza SJ, et al. Sintomas depressivos e fatores associados em idosos residentes em instituição de longa permanência. *Ciênc Saúde Colet.* 2019;24(9):3275-82. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018249.30942017>
10. Medeiros PA, Fortunato AR, da Fonseca VA, Sperandio FF, Mazo GZ. Instruments developed for the management and care of the Older Adults in long-stay care institutions: a systematic review. *Ciênc Saúde Colet.* 2016;21(11):3597-610. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152111.09912015>
11. Uchimura KY, Bosi ML. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cad Saúde Pública.* 2002;18(6):1561-69. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000600009>
12. Rantz MJ, Zwygart-Stauffacher M, Popejoy L, Grandó VT, Mehr DR, Hicks LL, et al. Nursing home care quality: a multidimensional theoretical model integrating the views of consumers and providers. *J Nurs Care Qual.* 1999;14(1):16-37. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00001786-199910000-00004>
13. Martinelli T, Silva MB, Santos SR. Vigilância socioassistencial na política de assistência social: concepção e operacionalidade. *Rev Katál.* 2015;18(1):104-12. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-498020150001000010>
14. Censo SUAS Bases e Resultados Unidades de Acolhimento. 2017-2018. Brasília: SNAS; 2018 [acesso em 05 de jan. 2021]. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/snas/vigilancia/index2.php>
15. Spínola AD, Galviz-Spinola A. Delfos: proposta tecnológica alternativa. *Scienc Open.com.* 1981:1-9. Disponível em: <https://www.scienceopen.com/document?vid=6b8915c5-2aa7-4c85-8a8f-75cfe7894d84>
16. Silva RF, Tanaka OY. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 1999;33(3):207-16. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62341999000300001>
17. Jannuzzi MP. Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil. *Rev Serv Público.* 2005;56(2):137-60. Disponível em: <https://doi.org/10.21874/rsp.v56i2.222>
18. Pherson SM, Reese C, Wendler MC. Methodology Update: Delphi Studies. *Nurs Res.* 2018;67(5):404-10. Available from: <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000297>
19. Roberts AR, Ishler KJ. Family Involvement in the Nursing Home and Perceived Resident Quality of Life. *Gerontologist.* 2018;58(6):1033-43. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geront/gnx108>
20. Sprangers S, Dijkstra K, Romijn-Luijten A. Communication skills training in a nursing home: effects of a brief intervention on residents and nursing aides. *Clin Interv Aging.* 2015;10:311-9. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/CIA.S73053>
21. Cardoso RD, Sá SP, Domingos AM, Sabóia VM, Maia TN, Padilha JM, et al. Tecnologia educacional: um instrumento dinamizador do cuidado com idosos. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(Suppl 2):839-45. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0129>
22. Testad I, Mekki TE, Forland O, Oye C, Tveit EM, Jacobsen FK. Modeling and evaluating evidence-based continuing education program in nursing home dementia care (MEDCED)—training of care home staff to reduce use of restraint in care home residents with dementia: a cluster randomized controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2016;31(1):24-32. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25845462/>

23. Puurveen G, Baumbusch J, Gandhi P. From Family Involvement to Family Inclusion in Nursing Home Settings: a Critical Interpretive Synthesis. *J Fam Nurs*. 2018;24(1):60-85. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1074840718754314>
24. Gouveia OM, Matos AD, Schouten JM. Redes sociais e qualidade de vida dos idosos: uma revisão e análise crítica da literatura. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(6):1030-40. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.160017>
25. Monique SG, da Costa MD. Formação Profissional da Equipe Multiprofissional em Saúde: a compreensão da intersectorialidade no contexto do SUS. *Texto Contexto Enferm*. 2017;16(2):454-69. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3215/321554297014.pdf>
26. Barker RO, Craig D, Spiers G, Kunonga P, Hanratty B. Who Should Deliver Primary Care in Long-term Care Facilities to Optimize Resident Outcomes?: a Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc*. 2018;19(12):1069-79. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.07.006>
27. Rijnaard MD, Van HJ, Janssen BM, Verbeek H, Pocornie W, Eijkelenboom A, et al. The factors influencing the sense of home in nursing homes: a systematic review from the perspective of residents. *J Aging Res*. 2016;1-10. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27313892/>
28. Rocha IA, Braga LA, Tavares LD, Andrade FB, Ferreira Filha OM, Dias MD, et al. A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(5):687-94. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000500006>
29. Poltronieri BC, Souza ER, Ribeiro AP. Análise do tema violência nas políticas de cuidado de longa duração ao idoso. *Ciênc Saúde Colet*. 2019;24(8):2859-70. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018248.25192017>
30. da Fonseca IB, Cassiana MB. Processo de enfermagem em instituição de longa permanência para pessoas idosas: revisão integrativa. *Enferm Foco*. 2019;10(5):191-6. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1097711>
31. Batchelor F, Hwang K, Haralambous B, Fearn M, Mackel P, Nolte L, et al. Facilitators and barriers to advance care planning implementation in Australian aged care settings: a systematic review and thematic analysis. *Australas J Ageing* 2019;38(3):173-81. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30873713/>