

QUALIDADE DO CUIDADO EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS NO BRASIL

Wagner Ivan Fonseca de Oliveira¹; Zenewton André da Silva Gama²

1. Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte; e-mail: wagner.fonseca@ifrn.edu.br

2. Universidade federal do Rio Grande do Norte; e-mail: zasgama@gmail.com

RESUMO

O aumento da demanda por Instituições de Longa Permanência para Idosos em países em desenvolvimento como o Brasil não se associa necessariamente a investimentos no atendimento das expectativas e direitos dos usuários e suas famílias. O estudo objetivou avaliar ILPI brasileiras com base na dimensão da qualidade do cuidado Atenção Centrada nas Pessoas. Realizou-se uma avaliação transversal em 31 ILPI mediante a aplicação do *Observable Indicators of Nursing Home Care Quality Instrument* (IOQ), que contém 30 indicadores de estrutura e processo, agrupados em sete dimensões: (1) Comunicação; (2) Cuidados; (3) Aparência; (4) Odores; (5) Ambientes básicos; (6) Acesso e (7) Ambiente Familiar, e são medidos por observação direta. Três perfis de avaliadores (profissionais de saúde, reguladores e potenciais consumidores) coletaram os dados para análise da situação das ILPI avaliadas. Em geral, foi constatado piores resultados relacionados ao processo (média=2,7), enquanto os dados de estrutura obtiveram média de 3,5, mediante escala de 1 a 5 pontos por indicador. As dimensões melhores avaliadas estiveram associadas aos “Odores (média= 4,1)” e “Gestão da Aparência dos Idosos (média=3,9)”, ao passo que as dimensões prioritárias para receberem intervenções de melhoria foram “Prestação de Cuidados (média=2,0)” e “Ambiente Familiar (média= 2,5)”, em escala de 1 a 5. A qualidade das ILPI brasileiras foi possível de ser avaliada por diferentes entes sociais e apresentou grande margem de melhoria quanto a Atenção Centrada nas Pessoas. O caminho para a melhoria do cuidado aos idosos que cada vez mais demandam este tipo de serviços ainda parece ser muito longo, necessitando mudanças urgentes nas políticas sociais e de saúde, assim como no gerenciamento da qualidade destas instituições, para transformar as ILPI em serviços mais adequados às necessidades e expectativas da população idosa e de seus familiares.

Palavras-chave: Qualidade dos Cuidados de Saúde, Atenção Centrada nas Pessoas, Instituição de Longa Permanência para Idosos, Indicadores de qualidade.

INTRODUÇÃO

Os países em desenvolvimento com acelerado envelhecimento populacional se depararam com a necessidade urgente de desenvolver alternativas de assistência social aos idosos. No entanto, apesar da crescente relevância das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), que

prestam serviços de apoio social e de saúde, o desenvolvimento de indicadores ainda é uma prioridade global para a qualidade do cuidado neste contexto (TOLSON et al., 2011).

A importância de avaliar e melhorar a qualidade das ILPI tem sido reconhecida e incentivada em muitos países desde uma clássica publicação do Instituto de Medicina dos Estados Unidos há 30 anos (COMMITTEE ON NURSING HOME REGULATION, 1986). Apesar de ter havido melhorias, denúncias frequentes de baixa qualidade dos serviços prestados nestas instituições, incluídos os cuidados de saúde, tem sido uma preocupação persistente dos clientes, seus familiares, profissionais de saúde e reguladores da área.

Uma alternativa para avaliar o cuidado prestado em ILPI é o instrumento *Observable Indicators of Nursing Home Care Quality Instrument* (IOQ), que foi desenvolvido nos Estados Unidos (RANTZ et al., 2006) e também aplicado no Canadá, na Islândia e na Coreia do Sul. O IOQ foi traduzido e adaptado para o uso no Brasil e, estando disponível para avaliação e análise da situação das ILPI brasileiras (OLIVEIRA et al., 2016). O IOQ mede a qualidade do cuidado baseada na dimensão Atenção Centrada na Pessoa, que tem sido destacada internacionalmente como um objetivo de qualidade dos serviços de saúde, especialmente, nos Estados Unidos e Reino Unido, e tem sido enfatizada por organizações internacionais, como o Instituto de Medicina (COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA, 2001), a Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000) e a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (ARAH et al., 2006). No Brasil, este objetivo equivale conceitualmente às dimensões “Respeito ao Direito das Pessoas” e “Aceitabilidade”, inclusas no modelo teórico brasileiro de avaliação do desempenho dos serviços de saúde, o chamado PROADESS (VICAVA et al., 2011).

De acordo com a Aliança Internacional das Organizações dos Pacientes, o elemento mais comum nas definições da Atenção Centrada na Pessoa, também chamada de Atenção Centrada no Paciente, é o respeito pelas necessidades, desejos, referências e valores dos pacientes (INTERNATIONAL ALLIANCE OF PATIENTS' ORGANIZATIONS, 2007). Recentes pesquisas têm apresentado diversos benefícios relacionados a esta dimensão, amplamente caracterizadas pelo aumento da qualidade e segurança nos cuidados à saúde, diminuição dos custos e aumento na satisfação tanto da equipe de trabalho quanto dos usuários (INTERNATIONAL ALLIANCE OF PATIENTS' ORGANIZATIONS, 2007; LONGTIN et al., 2010; STEWART et al., 2000). No âmbito do cuidado a condições crônicas muito prevalentes nos idosos, estudos indicam que prestar uma Atenção Centrada na Pessoa possibilita a melhora do monitoramento da doença, padrões de

funcionalidade, qualidade de vida e taxas de mortalidade (STEWART, M. et al, 2000; BAUMAN; FARDY; HARRIS, 2003; STEWART, 2001).

Portanto, diante da necessidade de monitorar qualidade das ILPI e da importância estratégica de melhorar a centralidade da atenção nos idosos residentes nestes contextos, desenvolvemos um estudo com o objetivo de avaliar a qualidade do cuidado prestado por ILPI brasileiras com base na dimensão Atenção Centrada na Pessoa.

METODOLOGIA

Delineamento e contexto

O desenho metodológico utilizado foi observacional transversal. O estudo foi realizado no período de setembro a outubro de 2014, no estado do Rio Grande do Norte (RN), região Nordeste do Brasil.

Participantes

A população de estudo foi caracterizada por todas as ILPI localizadas no estado do Rio Grande do Norte que tivessem pelo menos cinco idosos residentes. Conforme dados da Subcoordenadoria da Vigilância Sanitária (SUVISA/RN), em julho de 2014, o Estado possuía 38 instituições, sendo nenhuma pública, 11 (29,0%) de natureza privada e as demais filantrópicas. Quanto à localização, 17 (44,7%) encontravam-se em Natal, município que é capital do Estado do RN. Em relação ao tamanho, 13 (34,2%) eram de pequeno porte, residindo até 15 idosos, 22 (57,9%) de médio porte, comportando de 16 a 49 idosos e 3 (7,9%) de grande porte, com 50 ou mais idosos.

Variáveis do estudo

A variável dependente e objeto de estudo é a qualidade do cuidado nas Instituições de Longa Permanência para Idosos medida mediante o instrumento IOQ durante uma visita de 30-40 minutos por diferentes pares de avaliadores. As variáveis independentes são o porte das ILPI (pequeno, médio e grande porte); Localidade (Capital ou Interior) e natureza das instituições (privada ou filantrópica).

Instrumento de avaliação

Foi utilizado o instrumento dos Indicadores Observáveis da Qualidade do Cuidado nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (IOQ) adaptado ao contexto nacional. A versão brasileira do IOQ contém 30 indicadores (itens) agrupados em sete dimensões: (1) Comunicação Interpessoal (6 indicadores); (2) Prestação de Cuidados (6 indicadores); (3) Gestão da Aparência dos Idosos (2 indicadores); (4) Odores (2 indicadores); (5) Adequação dos Ambientes Básicos (5 indicadores); (6) Acesso aos Ambientes (4 indicadores); e (7) Ambiente Familiar (5 indicadores). Cinco dimensões são alusivas ao processo de trabalho (1-3; 6; 7) e duas à estrutura (4; 5). Para cada item ou indicador avaliado, atribui-se pontuação de 1 a 5, em ordem crescente de qualidade.

Coleta de dados

Buscando avaliar a viabilidade do instrumento com diferentes perfis de interessados, a coleta de dados foi realizada por seis avaliadores de três perfis diferentes de interessados externos que não tinham relação com as instituições: dois profissionais de saúde, dois reguladores da vigilância sanitária (inspetores governamentais) e dois potenciais consumidores das ILPI.

Os indicadores são medidos por observação direta. As visitas às ILPI foram realizadas no período de setembro de 2014, para avaliação das ILPI localizadas no interior do estado, e em outubro de 2014, para as ILPI localizadas na capital do estado e regiões circunvizinhas. A coleta foi realizada durante uma única visita de 30 a 40 minutos.

Antes de iniciar as observações dos indicadores de qualidade, cada avaliador explorou os ambientes das ILPI, principalmente os espaços de áreas comuns e corredores. Em seguida, um membro da equipe de trabalho local fez uma apresentação mais detalhada dos espaços e processos da instituição, e após esta apresentação, iniciou-se a aplicação do IOQ. Foi assegurada a independência dos avaliadores durante todo o preenchimento do instrumento.

Análise de dados

A análise situacional sobre a qualidade das ILPI foi realizada através da estatística descritiva e inferencial, calculando medidas de tendência central e dispersão, assim como estimativas pontuais e intervalares (Intervalo de Confiança de 95% - IC95%) da conformidade dos indicadores do IOQ no total e por cada instituição. O desempenho da instituição foi calculado em dois passos: (1) cálculo da média da pontuação dos 30 indicadores segundo cada avaliador, ou seja, soma dos pontos atribuídos a cada indicador (1-5) dividido pelo total de 30 indicadores; (2) cálculo da média entre os resultados do passo 1 de cada um dos seis avaliadores.

Para comparar as instituições, o desempenho foi plotado em um gráfico de barras de erro em ordem crescente de conformidade com os indicadores. Por outro lado, para analisar as eventuais diferenças segundo o tipo de instituição, primeiramente os desempenhos das instituições foram dicotomizados no percentil 70, separando boa qualidade (desempenho \geq percentil 70) e má qualidade (desempenho $<$ percentil 70). Em seguida, utilizou-se o teste Exato de Fisher para avaliar a associação da variável qualidade do cuidado e as variáveis Natureza da Instituição (privada ou filantrópica) e Localidade da ILPI (capital ou interior), e o teste do Qui-Quadrado de Pearson (ou Razão de Verossimilhança, quando apropriado) para verificar a relação da qualidade do cuidado com o porte das instituições (pequeno, médio e grande). O nível de significância adotado foi de 5%, rejeitando as hipóteses nulas quando o p-valor foi inferior a 0,05.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), sob o número do parecer 611.458.

RESULTADOS

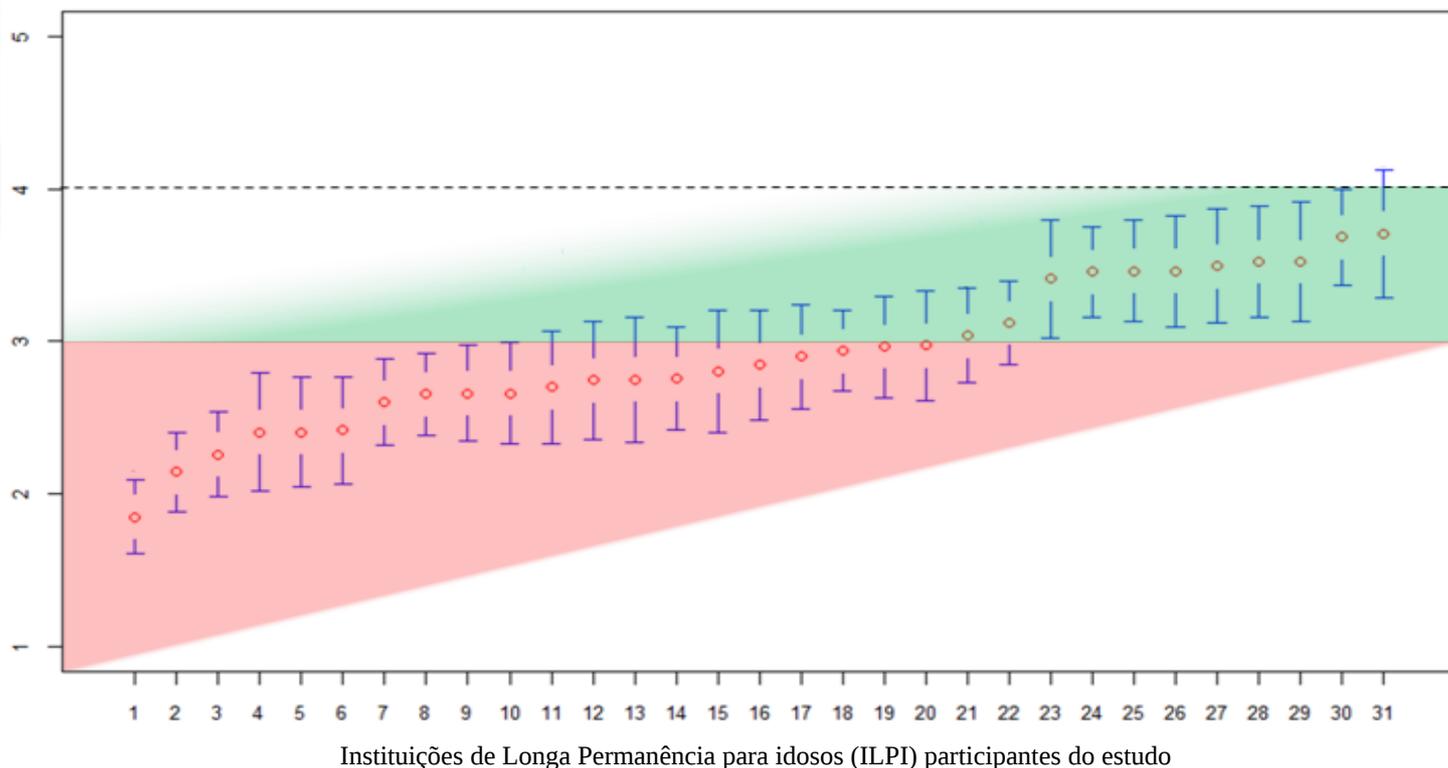
Características da amostra

Das 38 Instituições de Longa Permanência para Idosos do Rio Grande do Norte (RN), 37 eram elegíveis (uma foi excluída por ter menos de cinco residentes), porém seis destas instituições não aceitaram participar do estudo. Todas as que recusaram participar eram localizadas na capital do Estado, sendo quatro instituições de natureza privada. Assim, 31 das 37 instituições elegíveis (83,8%) participaram do estudo, sendo que 24 eram de natureza filantrópica (77,4%) e 28 (90%) de pequeno ou médio porte. Em média, havia 27 idosos (desvio padrão: 16,9) nas instituições.

Qualidade do Cuidado nas ILPI

No que se refere ao desempenho do conjunto de ILPI avaliadas, a média geral foi de 87,4 (DP=16,1), numa amplitude possível de 30 a 150, considerando as pontuações mínimas e máximas referente aos 30 indicadores do IOQ. Detectou-se variabilidade importante entre as diferentes ILPI avaliadas, onde a melhor avaliada teve 111 pontos e a pior avaliada 56 pontos. Nenhuma instituição teve média de desempenho aprovado (média ≥ 4 por indicador), nove delas tiveram desempenho intermediário ($3 < \text{média} < 3,9$) e 22 tiveram desempenho claramente insuficiente (média < 3) em relação aos critérios de qualidade medidos pelo instrumento numa escala de 1 a 5 (**figura 1**).

Figura 1- Análise situacional das 31 ILPI avaliadas mediante o instrumento dos Indicadores Observáveis da Qualidade mediante a média dos três pares de avaliadores considerando uma escala de 1 a 5 pontos, Rio Grande do Norte, Brasil, 2014.



As dimensões mais bem avaliadas estiveram associadas aos “Odores” e “Gestão da Aparência dos Idosos”, ao passo que as dimensões prioritárias para receberem intervenções de melhoria foram “Prestação de Cuidados” e “Ambiente Familiar”. Piores resultados estiveram relacionados às dimensões associadas ao processo de trabalho, com média de 2,7 por indicador, enquanto as relacionadas à estrutura obtiveram média de 3,5, considerando uma escala de resposta de 1 a 5. Resultados complementares foram apresentados na **tabela 1**.

Tabela 3. Avaliação do desempenho das 31 ILPI considerando a média das dimensões e indicadores mediante a observação por três pares de avaliadores a partir do Instrumento dos Indicadores Observáveis da Qualidade do Cuidado nas ILPI (IOQ), Rio Grande do Norte, Brasil, 2014.

Dimensões do IOQ (média na escala de 1-5)	Itens do Instrumento dos Indicadores Observáveis da Qualidade do Cuidado (IOQ) associados às respectivas dimensões.	Média por indicador
Comunicação Interpessoal (3,1)	1. As conversas entre os residentes e a equipe de trabalho eram amigáveis?	3,0
	2. Quando a equipe de trabalho se dirigia aos residentes, chamava-os pelo nome?	3,2
	3. Os residentes e a equipe de trabalho conheciam uns aos outros e pareciam confortáveis entre si (por exemplo, sorriso, contato visual, toque, etc.)?	3,2
	4. Os residentes e a equipe de trabalho interagiam uns com os outros de forma positiva (Por exemplo, conversas, humor, toque, contato visual, etc.)?	2,9
	5. A equipe de trabalho parecia ser amável (compassiva, calorosa, gentil)?	3,0
	6. A equipe de trabalho tratava os residentes com dignidade e respeito?	3,5
Prestação de Cuidados (2,0)	7. Foram vistos enfermeiros nas áreas comuns da instituição? (Observe os crachás ou pergunte à equipe de trabalho).	1,2
	8. O(s) enfermeiro(s) pareciam conhecer os residentes para gerenciar os seus cuidados? (Pode ser necessário perguntar à equipe de trabalho).	1,7

	9. A equipe de trabalho ajudava os residentes com a alimentação?	1,6
	10. Os residentes eram incentivados a se deslocarem pela instituição de forma independente, com ou sem dispositivo de auxílio, tais como bengalas, andadores ou cadeiras de rodas?	3,0
	11. A equipe de trabalho ajudava alguns residentes a caminhar ou se locomover pela instituição?	2,0
	12. A equipe de trabalho se comunicava com os residentes confusos de forma positiva (por exemplo, falar, tocar, sentar-se com eles, etc.)?	2,5
Gestão da aparência dos Idosos (3,9)	13. Os residentes estavam vestidos e limpos?	3,9
	14. Os residentes aparentavam estar bem cuidados (barba feita, cabelo penteado, unhas limpas e aparadas)?	3,8
Odores (4,1)	15. Odores de urina ou fezes eram perceptíveis na instituição?	4,0
	16. Outros odores desagradáveis eram perceptíveis na instituição?	4,2
Adequação dos Ambientes Básicos (3,4)	17. Os corredores e áreas comuns estavam sem obstáculos à locomoção?	3,4
	18. Os quartos dos residentes, corredores e áreas comuns estavam limpos?	3,6
	19. O prédio, o terreno e os móveis da instituição estavam em bom estado?	3,5
	20. Os corredores estavam bem iluminados?	3,4
	21. Os quartos dos residentes estavam bem iluminados?	3,2
Acesso aos Ambientes (2,7)	22. Os residentes confusos têm um lugar seguro para passear na área interna da instituição? (Pode ser necessário perguntar à equipe de trabalho).	2,9
	23. Os residentes confusos têm um lugar seguro para passear na área externa da instituição? (Pode ser necessário perguntar à equipe de trabalho).	2,5
	24. Os residentes confusos têm acesso à área externa da instituição? (Pode ser necessário perguntar à equipe de trabalho).	2,2
	25. Os outros residentes têm acesso à área externa da instituição? (Pode ser necessário perguntar à equipe de trabalho).	3,2
Ambiente Familiar (2,5)	26. Os quartos dos residentes estavam personalizados com mobiliário, imagens e outros objetos pessoais?	2,4
	27. Havia animais de estimação (cães, gatos, pássaros, etc.) e/ou plantas naturais na instituição?	2,8
	28. Os animais e/ou plantas naturais estavam em boas condições?	3,0
	29. Havia uma aparência familiar na instituição?	2,7
	30. Visitantes foram vistos na instituição (familiares, voluntários, membros da comunidade, etc.)?	1,7
	TOTAL	2,9

Quanto aos itens ou indicadores específicos (**tabela 1 e figura 1**), considerando o total de ILPI, foram considerados aprovados os itens 16, “Outros odores desagradáveis eram perceptíveis na instituição?” (média=4,2), e 15, “Odores de urina ou fezes eram perceptíveis na instituição?” (média=4), sendo estes vinculados à estrutura das ILPI. Os demais indicadores foram reprovados (média 3-3,9) ou reprovados e críticos (média<3) e os piores avaliados, ou aqueles que são prioritários para intervenção de melhoria, estiveram predominantemente ligados à dimensão “Prestação de Cuidados”, caso dos Itens 7, “Foram vistos enfermeiros nas áreas comuns da instituição?” (média=1,2), 8, “O(s) enfermeiro(s) pareciam conhecer os residentes para gerenciar os seus cuidados?” (média=1,7), e 9, “A equipe de trabalho ajudava os residentes com a alimentação?” (média=1,6). Também chamou a atenção o Item 30, “Visitantes foram vistos na instituição” (média=1,7), expondo baixas médias equivalentes aos indicadores anteriores.

Em relação aos fatores potencialmente associados ao desempenho das ILPI, somente a localização apresentou uma relação significativa ($p=0,003$), onde 90% (18) das instituições interioranas foram classificadas com má qualidade, enquanto 36,4% (4) das instituições da capital apresentaram resultados equivalentes. A porcentagem de instituições com boa qualidade não foi significativamente diferente ao considerar a “natureza” (filantrópica 20,8% e privada 57,1%; $p=0,150$) nem o “porte” (pequeno 25%, médio 22,6% e grande porte 0%; $p=0,293$) não sendo significativamente associadas à qualidade do cuidado.

DISCUSSÃO

Este estudo é consistente com a agenda global para a melhoria da qualidade do cuidado em ILPI, segundo a Associação Internacional de Geriatria e Gerontologia (TOLSON et al., 2011), e contribui para o monitoramento do cuidado nas ILPI brasileiras por comprovar a confiabilidade de um instrumento potencialmente útil focado na importante dimensão da qualidade Atenção Centrada na Pessoa. Este é o primeiro estudo com esta abordagem no Brasil, favorecendo uma visão crítica para a comunidade nacional e internacional sobre a situação de indicadores de estrutura e processo neste país em desenvolvimento e as oportunidades de melhoria prioritárias que devem ser consideradas pelos gestores de saúde, reguladores, administradores dos estabelecimentos, profissionais envolvidos e pelos próprios consumidores destes serviços.

Neste estudo, pode ter havido um efeito *Hawthorn* e superestimação do nível de qualidade, pois as instituições receberam um aviso prévio para a visita com pelo menos uma semana de antecedência, o que pôde ter mascarado o real estado da instituição. Todavia, para facilitar a equiparação das condições, todas foram avisadas com o mesmo protocolo e antecedência.

O instrumento adaptado (IOQ) limita-se a avaliar a qualidade do cuidado nas ILPI a partir de dados referentes à estrutura e processo alusivos à dimensão da Atenção Centrada na Pessoa. Mesmo não havendo uma avaliação das demais dimensões da qualidade em saúde - Efetividade, Eficiência, Segurança, Oportunidade e Equidade-, estudos evidenciam relação positiva da Atenção Centrada na Pessoa com os clássicos resultados de saúde (STEWART, 2001).

Este estudo comprovou a utilidade do IOQ para reguladores, profissionais de saúde e potenciais consumidores interessados nos serviços das ILPI. No âmbito brasileiro, os reguladores podem utilizar este instrumento em inspeções sanitárias sobre estes serviços, pois a atual filosofia da Agência Nacional de Vigilância Sanitária tem interesse no controle dos riscos mediante análise

crítica de processos assistenciais mediante uma cultura de monitoramento avaliativo (ANVISA, 2011). Quanto ao uso por profissionais de saúde, no contexto de crescente foco na redução de custos em cuidados de saúde e necessidade de valor agregado aos serviços, torna-se imperativo que a qualidade do cuidado seja capaz de ser avaliada (por avaliadores externos e internos) de forma rápida e eficaz, corroborando com a proposta do IOQ, que possibilita uma avaliação em aproximadamente 30-40 minutos por instituição. E sobre a utilização por potenciais consumidores, o IOQ pode ajudar idosos ou familiares que têm pouco conhecimento sobre as Instituições de Longa Permanência para Idosos, auxiliando a tomadas de decisões para si ou membros da família embasadas na qualidade dos cuidados das ILPI avaliadas.

Maiores pontuações estiveram associadas às dimensões “Odores” e “Adequação dos Ambientes Básicos”, alusivas à estrutura, e “Gestão da Aparência dos Idosos”, resultados que podem estar relacionados a uma preocupação em aparentar boa qualidade para o público externo ou interno em detrimento de outros interesses dos usuários. Por outro lado, os piores resultados alusivos à dimensão “Prestação de Cuidados” expõem a necessidade de preenchimento de requisitos fortemente dependentes das equipes de trabalho das instituições para uma atenção humanizada ao idoso.

Os indicadores piores avaliados revelam a ausência de política nacional para a disponibilidade de profissionais de saúde neste tipo de serviços, particularmente enfermeiros. E ainda quando existem profissionais da enfermagem, há um distanciamento entre eles e os idosos, mostrando que não se conhecem de forma suficiente. Inclusive nas horas de alimentação foi visto um cuidado insuficiente, pois havia pouca ajuda para os idosos se alimentarem, estando atrelado a um baixo quantitativo de cuidadores. Identificou-se também a ausência de percepção da equipe de trabalho e gestores quanto a importância de atribuir ao idoso poder de decisão e influência sobre o que concerne à sua vida, principalmente, aos residentes funcionalmente dependentes. Esta lacuna associa-se a uma baixa autoestima e qualidade de vida dos idosos residentes nas ILPI (BODNER, 2009). Ademais, a falta de recursos financeiros nas ILPI contribui para a baixa qualidade quanto à dimensão Prestação de Cuidados, haja visto que mesmo nas ILPI filantrópicas, onde os recursos são mais escassos, a maior parte destes é destinado ao pagamento da equipe de trabalho, correspondendo à cerca de 52% do total dos gastos das ILPI brasileiras (CAMARANO; KANSO, 2010).

Ressalta-se, também, a baixa pontuação média alusiva à dimensão “Ambiente Familiar”, um resultado contraditório com as propostas de mudanças culturais defendidas em países desenvolvidos que primam pela “desinstitucionalização” das ILPI e promovem ambientes familiares

e personalizados, renunciando o atual modelo tecnicista de cuidado destacado por componentes clínicos individuais. Agrega-se, ainda, fatores culturais, como a marginalização sofrida pelos idosos perante uma sociedade capitalista que desvaloriza as contribuições a ele advindas, bem como sua experiência de vida. Muitas instituições negam a autonomia destes por instituir atividades diárias repetitivas e rígidas, rigorosamente planejadas e estabelecidas para supostamente atender aos objetivos oficiais da instituição e não dos maiores interessados, que são os idosos e seus familiares. Assim, nega-se a estas pessoas a própria cidadania e o respeito, desconsiderando que são indivíduos com diferentes necessidades e expectativas, favorecendo a uma baixa qualidade do cuidado quanto ao objetivo de centrar a atenção nas pessoas (JONAS-SIMPSON et al., 2006). É importante destacar também que paralelo a não se criar um ambiente familiar, também se identifica certo abandono familiar com a ausência de visitantes nas instituições avaliadas, algo que pode ser um fator externo ligado à família ou mesmo interno, pela instituição não propiciar ambientes apropriados para este convívio.

Os dados do estudo refletem a primazia dos administradores das ILPI pelos aspectos estruturais e uma aparência de boa qualidade relacionada quase que exclusivamente à estrutura física. Esse pode ser um resultado do próprio modelo de fiscalização adotado pela Vigilância Sanitária brasileira, através da RDC N°. 283/2005 (BRASIL, 2005), que historicamente tem enfatizado indicadores de estrutura nas suas regulamentações, não inspecionando processos assistenciais. Porém, mesmo referentes a indicadores de estrutura, os resultados não foram tão satisfatórios (média 3,75), devido também à pequena atenção do governo a este tipo de serviço prestado aos idosos, concentrando os avanços obtidos a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 no âmbito da fiscalização, enquanto a manutenção e o incentivo têm assumido um caráter residual.

A análise quanto às variáveis independentes consideradas evidenciou diferenças significativa entre as instituições da capital e interior, provavelmente refletindo a variabilidade social e econômica destes contextos. O IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) da Capital apresenta classificação alta (0,76), porém a média dos demais municípios interioranos tem classificação inferior [0,66 (BRASIL, 2013)]. Estes fatores associados com as diferenças culturais, ambientais, de acesso à educação e disponibilidade de recursos entre a Capital e às cidades interioranas podem ter contribuindo para um maior risco serviços de má qualidade na população interiorana.

Pode-se concluir que o IOQ fora reconhecido como um instrumento útil para o contexto brasileiro, sendo sugerido seu uso para monitorar a qualidade do cuidado nas ILPI e identificar oportunidades de melhorias. Sua aplicabilidade foi comprovada para diferentes entes sociais, tais como reguladores, profissionais de saúde e potenciais consumidores, que por sua vez revelaram de forma consistente importantes oportunidades de melhoria nas ILPI brasileiras. O caminho para a melhoria do cuidado aos idosos que cada vez mais demandam este tipo de serviços ainda parece ser muito longo, necessitando mudanças urgentes nas políticas sociais e de saúde, assim como no gerenciamento da qualidade destas instituições, para transformar as ILPI em serviços mais adequados às necessidades e expectativas da população idosa e de seus familiares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANVISA. Indicador nacional das infecções relacionadas à assistência à saúde. **Bol. Inf. Secur. Paciente Qual. Serv. Saúde**, v. 1, n. 1, p. 1-12, 2011.

ARAH, O. A. et al. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. **Int. J. Qual. Health Care**, v. 18, p. 5-13, 2006. Suplemento 1.

BAUMAN, A. E.; FARDY, H. J.; HARRIS, P. G. Getting it right: why bother with patient-centred care? **Med. J. Aust.**, v. 179, n. 5, p. 253-6, 2003.

BODNER, E. On the origins of ageism among older and younger adults. **International Psychogeriatrics**, v. 21, n. 06, p. 1003-1014, 2009.

BRASIL, A. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil 2013. **Acesso em:** 02 JAN. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 27 set. 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html>. Acesso em: 2 jan. 2014.

CAMARANO, A. A; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Rev. Bras. Estud. Popul.**, v. 27, n. 1, p. 232-35, 2010.

COMMITTEE ON NURSING HOME REGULATION, INSTITUTE OF MEDICINE (US). **Improving the quality of care in nursing homes**. Washington, D.C.: National Academy Press, 1986.

COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA, INSTITUTE OF MEDICINE (US). **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century**. Washington, D.C.: National Academy Press; 2001.

INTERNATIONAL ALLIANCE OF PATIENTS' ORGANIZATIONS. **What is Patient-Centred Health Care?** A Review of Definitions and Principles. 2^a Ed. London: IAPO; 2007.

JONAS-SIMPSON, C. et al. The experience of being listened to: a qualitative study of older adults in long-term care settings. **Journal of Gerontological Nursing**, v. 32, n. 1, p. 46-53, 2006.

LONGTIN, Y. et al. Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. **Mayo Clin. Proc.**, v. 85, n. 1, p. 53-62, 2010.

OLIVEIRA, W. I. F. D. et al. Equivalência semântica, conceitual e de itens do Observable Indicators of Nursing Home Care Quality Instrument. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2243-2256, 2016.

STEWART, M. et al. The impact of patient-centered care on outcomes. **J. Fam. Pract.**, v. 49, n. 9, p. 796-804, 2000.

STEWART, M. Towards a global definition of patient centred care. **BMJ**, v. 322, n. 7284, p. 444-5, 2001.

TOLSON, D. et al. International Association of Gerontology and Geriatrics: a global agenda for clinical research and quality of care in nursing homes. **J Am Med Dir Assoc**, v. 12, n. 3, p. 184-9, Mar 2011.

VIACAVA, F. et al. PROADESS: Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro: indicadores para monitoramento. **Rio de Janeiro: Fiocruz**, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2000: health systems: improving performance**. Geneva: World Health Organization, 2000.