

AVALIAÇÃO QUANTITATIVA DE INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

QUANTITATIVE ASSESSMENT OF LONG-TERM CARE FACILITIES FOR THE
ELDERLY IN THE MUNICIPALITY OF RIO DE JANEIRO

Ciências Sociais Aplicadas, Ciências Humanas • 08/04/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/775587689](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/775587689)

Maria Claudia Angelo de Souza Castelo

Maria Helena Villas Boas¹

RESUMO

Este estudo avaliou quantitativamente 45 Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), em cinco áreas programáticas do município do Rio de Janeiro, considerando três instituições de pequeno, médio e de grande porte. Trata-se de estudo transversal e quantitativo, que utilizou um instrumento, baseado em um roteiro de inspeção, para avaliar a estrutura física e os processos de cuidado ao idoso institucionalizado. Os dados foram analisados por meio de estatísticas descritivas. Foram encontrados níveis variados de conformidade com os critérios estabelecidos pelo roteiro elaborado. Os percentuais de conformidade variaram entre 11,48% e 78,52%, predominando instituições classificadas como de “qualidade moderada”. O instrumento desenvolvido mostrou-se eficaz, na avaliação global das ILPI. A melhoria das condições nessas instituições depende de esforços conjuntos entre órgãos reguladores e gestores, visando à implementação de práticas que priorizem a dignidade e o bem-estar dos idosos.

Palavras-chave: Instituições de Longa Permanência para Idosos. Envelhecimento populacional. Assistência ao idoso. Vigilância sanitária. Qualidade de vida.

ABSTRACT

This study quantitatively assessed 45 Long-Term Care Facilities for the Elderly (LTCFs) across five programmatic areas in the municipality of Rio de Janeiro, considering three small, medium, and large facilities. This is a cross-sectional, quantitative study that used an instrument based on an inspection checklist to evaluate the physical structure and care processes of institutionalized elderly individuals. The data were analyzed using descriptive statistics. Varying levels of compliance with the checklist criteria were observed, with compliance percentages ranging from 11.48% to

78.52%, predominantly in institutions classified as having "moderate quality". The instrument proved effective in the overall assessment of LTCFs. Improving conditions in these institutions depends on joint efforts between regulatory bodies and institutional managers to implement practices that prioritize the dignity and well-being of the elderly.

Keywords: Homes for the aged. Population aging. Elderly care; Health surveillance; Quality of life.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional consolida-se como fenômeno global incontornável, impondo desafios multifacetados à garantia de cuidados integrais e à promoção da qualidade de vida na terceira idade¹. No contexto brasileiro, o incremento da expectativa de vida – com idosos representando 14,2% da população em 2022² – exacerba demandas por políticas públicas capazes de assegurar um envelhecimento digno, particularmente para indivíduos desprovidos de suporte familiar ou condições residenciais adequadas em seus territórios de origem³. Este panorama demanda a formulação de estratégias intersetoriais alinhadas às complexidades demográficas emergentes.

Nesse contexto, as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) constituem instituições fundamentais, provendo assistência especializada a indivíduos em situação de vulnerabilidade sociofamiliar⁴. Contudo, a heterogeneidade na qualidade dos serviços oferecidos por essas entidades configura um eixo crítico, demandando análises sistemáticas e monitoramento contínuo para mitigar disparidades assistenciais⁶.

No estado do Rio de Janeiro, o arcabouço regulatório das ILPI é delineado pela Lei Estadual nº 8.049/2018 e pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) ANVISA nº 502/2021, que estabelecem parâmetros sanitários e assistenciais mínimos para operacionalização dessas instituições^{7,8}. Complementarmente, o Decreto-Rio nº 45.585/2018, ao regulamentar o Código de Vigilância Sanitária do município do Rio de Janeiro (MCRJ), institui a obrigatoriedade de Licenciamento Sanitário de Funcionamento (LSF) anual, conforme Art. 30, inciso I⁹.

A despeito desse aparato normativo, evidências empíricas apontam lacunas persistentes na efetividade das ILPI, com entraves como superlotação, insuficiência de recursos humanos qualificados e deficiências infraestruturais, fatores que comprometem a efetividade dos cuidados prestados¹⁰. Diante desse cenário, torna-se imperativa a implementação de avaliações multidimensionais – abrangendo dimensões estruturais, processuais e de resultados– para orientar aprimoramentos baseados em evidências¹¹.

O presente estudo objetiva analisar a conformidade de ILPI no município do Rio de Janeiro mediante aplicação de um instrumento avaliativo composto por 270 variáveis distribuídas em 17 domínios temáticos, categorizando-as segundo percentuais de adesão a padrões predefinidos. Além de fomentar melhorias qualitativas nas instituições avaliadas, os resultados visam, também, subsidiar a construção de políticas públicas baseadas em evidências e aprimorar mecanismos regulatórios, suprindo lacunas na literatura acadêmica sobre avaliação institucional de ILPI no contexto municipal.

Os impactos prospectivos transcendem o âmbito institucional, contribuindo para a consolidação de um paradigma societário que priorize o envelhecimento digno e a equidade assistencial frente às projeções demográficas brasileira¹.

METODOLOGIA

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e observacional, voltado à avaliação da conformidade regulatória de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) no município do Rio de Janeiro (RJ/Brasil). A pesquisa foi conduzida entre 2023 e 2024, na Gerência de ILPI e Unidades de Acolhimento (GFA/ILPI) da Coordenação de Fiscalização Sanitária de Serviços e Produtos de Interesse à Saúde (CVS), vinculada ao Instituto Municipal de Vigilância Sanitária, Vigilância de Zoonoses e Inspeção Agropecuária (IVISA-Rio) da Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (Parecer nº 7.083.064; CAAE: 79841424600005279), em conformidade com as Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os dados foram anonimizados e armazenados sob protocolo de confidencialidade.

População e Amostra

A população-alvo abrangeu 200 ILPI registradas no Sistema de Informação da Vigilância Sanitária (SISVISA) em 2023. Desse quantitativo, selecionou-se uma amostra intencional estratificada de

45 instituições, distribuídas proporcionalmente por porte (3 de pequeno porte, 3 de médio porte, 3 de grande porte) e 5 grandes áreas programáticas definidas pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, garantindo a heterogeneidade geográfica.

As áreas programáticas no município do Rio de Janeiro são divididas em: Centro (AP 1), Zona Sul e Grande Tijuca (AP 2), Zona Norte (AP 3), Barra da Tijuca e Jacarepaguá (AP 4) e Zona Oeste (AP 5).

A estratificação seguiu os critérios:

1. Pequeno porte: até 20 idosos;
2. Médio porte: 21 a 35 idosos;
3. Grande porte: 36 ou mais idosos.

O recorte de 45 ILPI foi realizado devido a capacidade limitada da gerência quanto aos recursos humanos para operacionalizar a vistoria de todas as unidades, mediante a análise de 270 itens, no período estabelecido.

Instrumento de Coleta de Dados

Para a coleta de dados, utilizou-se um protocolo padronizado de inspeção, elaborado pela GFA/ILPI, que incluiu 270 itens organizados em 17 domínios para avaliação, sendo eles: Documentação; Processo de Trabalho Administrativo Geral; Processo de Trabalho de Cuidado; Práticas Farmacêuticas; Estrutura Física Geral; Posto de Enfermagem; Dormitórios; Banheiros; Cozinha; Refeitório; Cuidados com Roupas; Cuidados de Alimentação e Nutrição; Dispensa; Cuidados com Limpeza; Cuidados Específicos com Idosos;

Tratamento Adequados de Resíduos de saúde; e Atividades de Lazer e Socialização. Cada item avaliado possuía critérios de pontuação binária (sim ou não), facilitando a análise quantitativa.

A construção do instrumento fundamentou-se nas legislações sanitárias vigentes do segmento ILPI, como a Lei Estadual nº 8.049/2018, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) ANVISA nº 502/2021 e a RDC ANVISA nº 222/2018 e na viabilização do seu uso e de sua pertinência por um grupo de 5 peritos especialistas e com vasta experiência na área.

Durante o processo de desenvolvimento da escala, foram realizadas reuniões com especialistas em geriatria, psicologia, fiscalização e administração de serviços de saúde, visando avaliar os critérios inicialmente propostos. Essas discussões colaborativas contribuíram para o refinamento da escala, assegurando que ela fosse abrangente e aplicável em diferentes contextos das ILPI.

Procedimentos de Inspeção

As inspeções foram realizadas por equipes treinadas da vigilância sanitária, entre janeiro/2023 e outubro/2024. Os estabelecimentos que estavam dentro da programação de inspeção de rotina da gerência de ILPI, foram inspecionados por fiscais, os quais registraram a conformidade dos itens em formulários eletrônicos, com respostas binárias (sim/não) para cada critério.

Análise de Dados

Os dados coletados foram organizados em uma planilha de *Excel* para facilitar a análise e a categorização das ILPI. Todas as instituições foram codificadas para garantir o anonimato. A análise

visou identificar padrões e distribuir as instituições em categorias de qualidade com base no desempenho observado em cada variável do estudo.

O percentual de conformidade (PC) de cada ILPI foi calculado pela fórmula:

$$PC = \left(\frac{\text{Itensconformes}}{\text{Totaldeitens}(270)} \right) \times 100$$

A análise priorizou a correlação entre porte institucional (pequeno, médio, grande) e percentual de conformidade, bem como a distribuição geográfica das ILPI por área programática. De acordo com o percentual obtido, cada ILPI foi classificada de acordo com a Tabela 1.

Tabela 1: Qualificação das Instituições de Longa Permanência para Idosos por percentual de conformidade, Rio de Janeiro, RJ, 2024.

Percentual	Classificação
0%	ILPI totalmente desqualificada
1% – 20%	ILPI de muito baixa qualidade
21% – 40%	ILPI de baixa qualidade
41% – 60%	ILPI de moderada qualidade
61% – 80%	ILPI de boa qualidade
81% – 99%	ILPI de muito boa qualidade
100%	ILPI de qualidade máxima

RESULTADOS

As inspeções conduzidas em 45 Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) no município do Rio de Janeiro (RJ/Brasil) evidenciaram heterogeneidade nos níveis de conformidade com os 270 critérios estabelecidos pelo protocolo de avaliação deste estudo. Os percentuais de adesão variaram entre 11,48% e 78,52%, permitindo a estratificação das instituições em categorias qualitativas, conforme detalhado na Tabela 2.

Tabela 2: Distribuição das instituições de longa permanência para idosos por percentual de conformidade (N=45).

ID	Conformidades (T = 270)	Percentual (%)	Classificação
3	212	78,52	ILPI de boa qualidade
17	212	78,52	ILPI de boa qualidade
11	207	76,67	ILPI de boa qualidade
6	205	75,93	ILPI de boa qualidade
20	201	74,44	ILPI de boa qualidade
21	197	72,96	ILPI de boa qualidade
8	193	71,48	ILPI de boa qualidade
12	191	70,74	ILPI de boa qualidade
43	191	70,74	ILPI de boa qualidade
18	189	70,00	ILPI de boa qualidade
13	186	68,89	ILPI de boa qualidade
29	185	68,52	ILPI de boa qualidade
30	175	64,81	ILPI de boa qualidade

40	170	62,96	ILPI de boa qualidade
4	169	62,59	ILPI de boa qualidade
45	169	62,59	ILPI de boa qualidade
41	168	62,22	ILPI de boa qualidade
22	166	61,48	ILPI de boa qualidade
31	166	61,48	ILPI de boa qualidade
25	162	60,00	ILPI de moderada qualidade
1	161	59,63	ILPI de moderada qualidade
16	160	59,26	ILPI de moderada qualidade
24	155	57,41	ILPI de moderada qualidade
33	155	57,41	ILPI de moderada qualidade
14	154	57,04	ILPI de moderada qualidade
26	152	56,30	ILPI de moderada qualidade
35	152	56,30	ILPI de moderada qualidade
27	149	55,19	ILPI de moderada qualidade
36	149	55,19	ILPI de moderada qualidade
15	146	54,07	ILPI de moderada qualidade

44	146	54,07	ILPI de moderada qualidade
42	141	52,22	ILPI de moderada qualidade
7	137	50,74	ILPI de moderada qualidade
23	133	49,26	ILPI de moderada qualidade
32	133	49,26	ILPI de moderada qualidade
34	133	49,26	ILPI de moderada qualidade
9	132	48,89	ILPI de moderada qualidade
39	129	47,78	ILPI de moderada qualidade
37	122	45,19	ILPI de moderada qualidade
2	117	43,33	ILPI de moderada qualidade
38	111	41,11	ILPI de moderada qualidade
10	76	28,15	ILPI de baixa qualidade
5	65	24,07	ILPI de baixa qualidade
28	52	19,26	ILPI de muito baixa qualidade
19	31	11,48	ILPI de muito baixa qualidade

Fonte: elaborado pela autora, 2025.

A maior parcela das instituições analisadas (n=22) situou-se na faixa de 41% a 60% de conformidade, classificadas como de "qualidade moderada". Apenas 19 ILPI (42,2% da amostra) alcançaram a categoria "boa qualidade" (61%-80%), enquanto duas unidades (4,4%) foram enquadradas como "baixa qualidade" (21%-40%) e outras duas (4,4%) como "qualidade muito baixa" (1%-20%).

Tabela 3: Relação de variáveis importantes para o gerenciamento do risco sanitário de acordo com o encontrado nas ILPI, 2024.

Variável	N = 45	%
Registro de avaliação de TO atual (menos de 5 dias)	0	0,00%
POPs para uso de sonda gástrica	5	11,10%
Registro de avaliação de nutricionista atual (menos de 5 dias)	6	13,30%
registro de avaliação assistente social atual (menos de 5 dias)	8	17,80%
Protocolos para avaliação de risco	8	17,80%
Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS)	10	22,20%
Registro de avaliação de fisioterapeuta atual (menos de 5 dias)	10	22,20%
Registro de avaliação enfermeiro atual (menos de 5 dias)	10	22,20%
Registro de avaliação médica atual (menos de 5 dias)	15	33,30%

Alimentação em quantidade satisfatória	18	40,0%
Banheiros são dotados de luz de vigília (luz de emergência)	20	44,40%
Banheiro apresenta vazamentos ou infiltração	24	53,30%
Prontuários instruídos com registros da equipe	28	62,20%
Alimentação em qualidade satisfatória	28	62,20%
Luz de emergência nos corredores de acesso aos sanitários	29	64,40%
Colchões são forrados por material impermeável de fácil higienização e limpeza	31	68,90%
POPs de sanitização alimentos	34	75,60%
Promove a autonomia dos idosos	37	82,20%

Fonte: elaborado pela autora, 2025.

Constata-se que protocolos fundamentais para segurança e cuidado evidenciaram adesão limitada: nenhuma ILPI possuía registros atualizados de avaliação por terapeutas ocupacionais, enquanto POPs para sondas gastrointestinais e Planos de Gerenciamento de Resíduos de Saúde (PGRSS) foram identificados em apenas 11,10% e 22,20% das instituições, respectivamente. Registros multiprofissionais atualizados (médicos, enfermeiros, assistentes sociais) apresentaram frequência inferior a 33,3%, destacando lacunas na documentação de processos assistenciais.

Na dimensão infraestrutural, 53,30% das ILPI apresentavam vazamentos ou infiltrações em unidades sanitárias, e 44,40% careciam de sistemas de iluminação de emergência nesses ambientes. Contudo, práticas como sanitização de alimentos

(75,60%) e uso de colchões impermeáveis (68,90%) demonstraram maior conformidade. A variável mais prevalente foi a promoção da autonomia dos idosos (82,20%), indicando esforços institucionais para preservar a independência funcional dos residentes.

Esses resultados delineiam um cenário de disparidades, no qual iniciativas pontuais coexistem com deficiências estruturais e operacionais críticas, sobretudo na gestão de riscos sanitários e na manutenção predial.

DISCUSSÃO

A avaliação da conformidade sanitária em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) no município do Rio de Janeiro revela um cenário complexo, marcado por desafios que ultrapassam a mera inadequação física e refletem falhas profundas na implementação de políticas públicas e na gestão do cuidado gerontológico.

Dos 45 estabelecimentos analisados, menos da metade (44,44%) alcançou a classificação de "boa qualidade", enquanto 48,89% foram enquadrados como "moderados" e 8,88% situaram-se em categorias críticas ("baixa" ou "muito baixa qualidade"). Esses dados corroboram estudos nacionais que apontam disparidades persistentes na qualidade das ILPI, frequentemente associadas à precariedade estrutural, à insuficiência de recursos humanos qualificados e à dissociação entre normativas legais e práticas cotidianas¹².

A avaliação institucional, embora reconhecida como instrumento estratégico para a efetivação de políticas sociais^{11,13}, enfrenta obstáculos intrínsecos à natureza variável do conceito de

"qualidade". Conforme Uchimura e Bosi (2002), a qualidade em ILPI envolve dimensões objetivas (como infraestrutura e recursos) e subjetivas (como percepções de bem-estar), variando conforme os interesses de atores sociais e contextos específicos¹³. Essa complexidade exige metodologias de avaliação capazes de integrar indicadores quantitativos e qualitativos, algo ainda incipiente no cenário brasileiro, mesmo com a existência de diretrizes como a RDC nº 502/2021⁸.

Apesar dos avanços regulatórios trazidos pela RDC nº 502/2021, o estudo identificou lacunas críticas na validação de instrumentos nacionais para avaliação abrangente dessas instituições. Enquanto Guimarães et al. (2023) destacam a importância de incluir variáveis como depressão, cognição e capacidade funcional dos idosos em avaliações, a maioria das ILPI analisadas não adota protocolos padronizados para monitorar esses aspectos, limitando-se a critérios burocráticos superficiais¹⁴.

No que se refere à segurança do paciente, a ausência de protocolos de avaliação de risco em 82,2% das ILPI é especialmente preocupante. A SBGG (2008) e Guimarães (2023) demonstraram que a implementação de ferramentas para prevenção de quedas e eventos adversos reduz significativamente complicações em idosos institucionalizados^{14,15}.

Contudo, a realidade observada no município do Rio de Janeiro contrasta com essas evidências: apenas 17,8% das instituições alinhavam-se ao Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria GM/MS nº 529/2013¹⁷. Essa discrepância sinaliza a necessidade de modelos de gestão que

integrem auditorias regulares, capacitação contínua e *accountability* institucional¹⁸.

A dimensão estrutural emergiu como um dos pilares mais críticos. Em 53,3% das ILPI, foram identificados vazamentos ou infiltrações em banheiros, condições que violam a NBR 9050 da ABNT, que normatiza acessibilidade e segurança em ambientes coletivos¹⁹. Tais deficiências não apenas comprometem a mobilidade dos residentes, mas elevam riscos de quedas, responsáveis por 70% das internações hospitalares nessa população⁴. A persistência dessas não conformidades evidencia um paradoxo regulatório: embora a legislação avance em especificações técnicas, a fiscalização e a capacitação dos gestores permanecem insuficientes para garantir sua efetividade⁵.

A iluminação de emergência, outro requisito básico de segurança, estava ausente em 44,4% das ILPI. Essa falha, somada à falta de corrimãos e pisos antiderrapantes em parte das instituições, cria ambientes hostis à população idosa, cuja vulnerabilidade física exige adaptações ambientais rigorosas²⁰. A negligência nesses aspectos reflete uma cultura gerencial que prioriza custos operacionais mínimos em detrimento do bem-estar dos residentes, contrariando princípios da Política Nacional do Idoso.

Na gestão de resíduos de serviços de saúde (RSS), 77,8% das ILPI apresentavam práticas inadequadas, descumprindo a RDC nº 222/2018 da Anvisa²¹. O descarte incorreto de perfurocortantes e materiais biológicos, observado em inspeções, está associado a riscos ocupacionais e ambientais, incluindo surtos de hepatite B e C entre profissionais e idosos²². A implementação de Planos de

Gerenciamento de Resíduos (PGRSS), embora obrigatória, esbarra na falta de investimentos em infraestrutura e na carência de treinamento específico para equipes, muitas das quais desconhecem protocolos básicos de biossegurança.

A alimentação e nutrição representaram outro eixo crítico. Esta variável avalia se a alimentação fornecida pela ILPI é baseada em critérios como variedade nutricional, segurança alimentar (higiene e preparo), adequação às necessidades específicas dos idosos (dietas especiais).

Diante disso, apenas 62,2% das ILPI ofereciam dietas qualitativamente adequadas, com relatos de uso excessivo de alimentos ultraprocessados, como presunto e calabresa, e baixa diversidade nutricional. A ausência de cores variadas nas refeições, um indicador-chave de diversidade de micronutrientes conforme o Guia Alimentar para a População Brasileira²³, foi frequente, comprometendo a saúde nutricional de idosos já susceptíveis a deficiências vitamínicas.

A armazenagem inadequada de hortifrutícolas, verificada em 37,8% das ILPI, somada à presença de alimentos com prazo de validade expirado, elevou riscos de toxinfecções alimentares. Tais falhas são agravadas pela escassez de acompanhamento nutricional periódico — presentes em apenas 13,3% das instituições —, profissionais essenciais para elaborar cardápios balanceados e supervisionar práticas de higiene, conforme destacado por Guimarães (2023)¹⁴.

Não obstante, o Art. 44 da RDC nº 502/2021, que exige seis refeições diárias culturalmente adaptadas, mostrou-se letra morta em

diversas instituições, onde a alimentação era monotônica e desrespeitava preferências regionais ou pessoais⁸.

Nos processos de higienização de alimentos, foram identificadas práticas preocupantes: em parte das ILPI, a etapa de pré-lavagem era realizada dentro da mesma cuba usada para lavar utensílios, sem sanitizantes adequados ou conhecimento sobre diluição correta. A ausência de insumos para higienização das mãos em áreas de manipulação de alimentos, observada em algumas instituições, representou uma violação grave, expondo idosos — muitos com comorbidades imunossupressoras — a patógenos evitáveis^{24,25}.

A gestão de cuidados clínicos também revelou fragilidades. Em 88,9% das ILPI, não havia procedimentos operacionais padrão (POPs) para o manuseio de sondas gástricas, um descuido alarmante, considerando que complicações infecciosas relacionadas a dispositivos médicos respondem por 25% das internações em idosos frágeis¹⁴. Nas inspeções, constatou-se que equipes de enfermagem em instituições com pacientes gastrostomizados não recebiam treinamento específico para administração de medicamentos ou higienização das sondas, aumentando riscos de aspiração e infecções.

A manutenção de registros multiprofissionais, essencial para a continuidade do cuidado em populações com comorbidades, mostrou-se deficiente: apenas 22,2% das ILPI atualizavam prontuários de fisioterapeutas e enfermeiros regularmente. A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia enfatiza que a avaliação multidimensional do idoso — envolvendo assistentes sociais, nutricionistas e terapeutas ocupacionais — é fundamental para prevenir declínios funcionais¹⁵. Contudo, a fragmentação das

equipes e a rotatividade de profissionais limitaram a implementação dessas práticas.

A capacitação insuficiente das equipes foi um denominador comum. Em ILPI onde idosos requeriam cuidados especializados, como aqueles com demência ou mobilidade reduzida, os funcionários relatavam falta de treinamento em técnicas de comunicação não violenta ou manejo de comportamentos desafiantes. Essa lacuna contraria recomendações internacionais que destacam a educação permanente como pilar para a qualidade do cuidado em instituições geriátricas¹⁶.

A superlotação, embora não quantificada no estudo, foi inferida a partir de relatos de leitos improvisados em áreas comuns e banheiros compartilhados por múltiplos residentes. Essas condições violam não apenas a RDC nº 502/2021, que estabelece métricas mínimas de espaço por residente, mas também princípios éticos de privacidade e dignidade, essenciais para a saúde psicossocial de idosos institucionalizados⁸.

Oito ILPI (17,78%) apresentaram índices de conformidade inferiores a 40%, sendo classificadas como de "baixa" ou "muito baixa qualidade". Nessas instituições, foram encontradas condições críticas, como ausência de medicamentos essenciais, falta de camas adequadas e exposição de idosos a temperaturas extremas.

A fiscalização, embora prevista na RDC nº 502/2021, mostrou-se insuficiente para induzir melhorias sustentáveis. Dutra (2021) argumentam que inspeções isoladas, sem programas de educação permanente para gestores e equipes, tendem a gerar *compliance* superficial¹⁰. Experiências internacionais, como conselhos

comunitários no Canadá e Suécia, demonstram que a participação de familiares e da sociedade civil no monitoramento das ILPI, amplia a transparência e pressiona por mudanças estruturais¹⁸.

A questão dos recursos humanos permeou todos os eixos analisados. A alta rotatividade de profissionais, associada à falta de vínculos empregatícios estáveis, dificultou a implementação de práticas consistentes. Em algumas ILPI, cuidadores informais — sem formação técnica — eram responsáveis por procedimentos complexos, como administração de insulinas, contrariando recomendações do Conselho Federal de Enfermagem²⁶.

A despeito das normativas, a integração entre ILPI e a rede de saúde pública mostrou-se frágil. Em casos de complicações clínicas, idosos eram frequentemente encaminhados a hospitais sem prontuários atualizados, dificultando o atendimento. A SBGG (2008) defende a criação de protocolos de referência e contrarreferência, mas a falta de articulação intersetorial perpetuou a descontinuidade do cuidado¹⁵.

A dimensão psicossocial do envelhecimento foi negligenciada na maioria das ILPI. Atividades de estimulação cognitiva, socialização e exercício físico eram esporádicas ou inexistentes, mesmo em instituições classificadas como "boas". Essa omissão contraria evidências de que o engajamento em atividades significativas reduz taxas de depressão e declínio funcional em idosos institucionalizados¹³.

A heterogeneidade no perfil das ILPI — incluindo instituições filantrópicas, privadas e públicas — introduziu variações significativas na qualidade. Enquanto ILPI vinculadas a entidades

religiosas ou organizações não governamentais apresentavam melhores indicadores de humanização, as de gestão puramente comercial priorizavam lucratividade, muitas vezes cortando custos em alimentação e recursos humanos. Essa disparidade exige políticas diferenciadas que considerem modelos de financiamento e governança.

Em síntese, os resultados deste estudo expõem uma realidade multifacetada, na qual a precariedade das ILPI reflete não apenas falhas operacionais, mas um descompasso histórico entre legislação e fiscalização. Para avançar, é urgente a criação de instrumentos de avaliação nacionais validados, aliada à implementação de programas de certificação de qualidade, com possíveis parcerias e convênios público-privadas.

Paralelamente, a formação de redes colaborativas entre governo, academia e sociedade civil pode fomentar inovações na gestão do cuidado, assegurando que a institucionalização de idosos não signifique a perda de sua dignidade ou direitos.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo delineiam uma realidade complexa, na qual a precarização das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) transcende falhas pontuais. Essa dissonância histórica não apenas perpetua condições operacionais insatisfatórias, mas também reflete a fragilidade de um sistema que negligencia a intersetorialidade necessária para garantir direitos básicos à população idosa institucionalizada. Diante desse cenário, torna-se imperativa a construção de instrumentos de avaliação nacionalmente validados, capazes de mensurar não apenas

conformidades estruturais, mas também indicadores psicossociais e de qualidade assistencial.

A estratificação das ILPI em categorias de qualidade — proposta neste estudo — demanda ações diferenciadas: instituições classificadas como "boas" ou "muito boas" devem ser mantidas sob monitoramento contínuo, servindo como modelos de referência; aquelas enquadradas como "moderadas" necessitam de vistorias regulares e planos de ação para transição a patamares superiores; ILPI de "baixa qualidade" exigem intervenções imediatas, como capacitação emergencial de equipes e adequação infraestrutural; já as unidades classificadas como "muito baixas" ou "desqualificadas" requerem interdição, dada a exposição intolerável de idosos a riscos sanitários e negligência.

Conforme evidenciado na Tabela 3, parte expressiva das ILPI analisadas opera em condições precarizadas, com falhas críticas como rotatividade profissional, jornadas laborais irregulares e oferta alimentar quanti-qualitativamente insuficiente. Esses achados reforçam a inadequação de modelos de avaliação reducionistas, baseados em checklists simplistas.

A vigilância sanitária desempenha um papel educativo crucial nesse contexto, orientando as instituições na implementação de boas práticas. A comprovação de treinamentos em serviços de alimentação, nutrição e cuidados integrais é essencial, considerando a vulnerabilidade dos idosos, frequentemente associada a comprometimentos cognitivos e de mobilidade.

Diante da crescente demanda por serviços de longa permanência, decorrente do envelhecimento populacional, é fundamental que

gestores públicos e privados atuem proativamente no aprimoramento do suporte a essas instituições. Políticas públicas de incentivo e financiamento, bem como programas de capacitação contínua para profissionais, são estratégias que podem elevar a conformidade com os padrões de qualidade, promovendo ambientes mais seguros e acolhedores.

A melhoria das condições nos serviços depende de esforços conjuntos entre órgãos reguladores e gestores institucionais, visando à implementação de práticas que priorizem a dignidade e o bem-estar dos idosos. A implantação de sistemas de monitoramento regulares e transparentes pode garantir a manutenção e a evolução dos padrões de qualidade, beneficiando não apenas os residentes, mas também suas famílias e a sociedade como um todo.

Estabelecer protocolos claros e objetivos para a identificação, registro e correção de não conformidades é fundamental para qualificar os serviços.

A participação ativa da sociedade civil, dos familiares dos idosos e dos próprios residentes no processo de avaliação e monitoramento da qualidade dos serviços prestados pelas unidades residenciais é essencial. A transparência e a prestação de contas por parte das instituições são fundamentais para garantir a confiança da comunidade e a efetividade das medidas adotadas para melhorar a qualidade dos cuidados aos idosos.

A melhoria da qualidade dos serviços institucionais para idosos requer a adoção de estratégias e mecanismos que promovam a qualificação das instituições, a identificação e correção de não conformidades e a garantia de um ambiente seguro e acolhedor

para os idosos. Somente dessa forma será possível assegurar que os residentes recebem os cuidados necessários para desfrutar de uma vida digna e saudável em suas instituições de longa permanência.

As inspeções sanitárias regulares são fundamentais para garantir que os estabelecimentos atendam aos padrões estabelecidos, protegendo assim a saúde e o bem-estar dos residentes.

As instituições de longa permanência representam não apenas locais de cuidado e acolhimento para uma parcela significativa da população idosa, mas também oportunidades de negócio para empreendedores interessados em oferecer serviços de qualidade nesse segmento. No entanto, a garantia de um atendimento de qualidade vai além do aspecto financeiro, exigindo a criação e o fortalecimento de instrumentos de trabalho que promovam as boas práticas sanitárias nesses estabelecimentos.

A educação sanitária emerge como uma ferramenta fundamental para promover mudanças significativas nas instituições. Investir em educação sanitária para gestores, profissionais, idosos e seus familiares é essencial para promover uma mudança cultural e comportamental em relação ao cuidado dos idosos.

Urge, portanto, a elaboração de um instrumento multidimensional que integre indicadores de gestão, estrutura, práticas assistenciais e resultados em saúde, permitindo planejar intervenções baseadas em evidências e alinhadas às diretrizes da Política Nacional da Pessoa Idosa. Somente assim será possível transformar normas em práticas e assegurar que o acolhimento institucional seja sinônimo de proteção, e não de abandono.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Egito ES. Envelhecimento populacional e políticas públicas. Ciênc Saúde Coletiva. 2006;11(4):957-968.
2. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2022. Rio de Janeiro: IBGE; 2022.
3. Camarano AA. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea); 2010. (Texto para Discussão, n. 3, p. 10-39). Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3206>.
4. Pollo SHL, Assis M. Instituições de longa permanência para idosos – ILPIs: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2008;11(1):29-44. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4038/403838777004.pdf>.
5. Lima RJ. Perfil das Instituições de Longa Permanência Para Idosos (ILPI) na região metropolitana do município de João Pessoa/PB. In: Congresso Internacional de Envelhecimento Humano; 2015; Campina Grande.
6. Rocha JP, Klein OJ, Pasqualotti A. Qualidade de vida, depressão e cognição a partir da educação gerontológica mediada por uma rádio-poste em instituições de longa permanência para idosos. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2014;17(1):115-128.
7. Estado do Rio de Janeiro. Lei nº 8.049, de 17 de julho de 2018. Estabelece normas para o funcionamento de instituições de longa permanência de idosos, no âmbito do estado do rio de janeiro. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro. 2018.

Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/rj/lei-ordinaria-n-8049-2018-rio-de-janeiro-estabelece-normas-para-o-funcionamento-de-instituicoes-de-longa-permanencia-de-idosos-no-ambito-do-estado-do-rio-de-janeiro>.

8. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 502, de 27 de maio de 2021. Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial [Internet]. Brasília: Anvisa; 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2020/rdc0502_27_05_2021.pdf.
9. Município do Rio de Janeiro. Decreto nº 45.585, de 27 de dezembro de 2018. Dispõe sobre o regulamento administrativo do Código de Vigilância Sanitária, Vigilância de Zoonoses e de Inspeção Agropecuária, de que trata a Lei Complementar nº 197, de 27 de dezembro de 2018, no tocante ao licenciamento sanitário e aos procedimentos fiscalizatórios, e dá outras providências. Rio de Janeiro; 2018. Disponível em: https://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/10308893/4266903/57649Dec45585_2018.pdf.
10. Dutra NS, Silva MV. Desafios enfrentados pelos gestores de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). BIUS - Boletim Informativo Unimotrisaúde em Sociogerontologia. 2021;26(20). Disponível em: <https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/BIUS/article/view/9312>.

11. Oliveira MM, et al. Validação do instrumento dos indicadores observáveis da qualidade do cuidado nas instituições de longa permanência para idosos. Rev Baiana Saúde Pública. 2016;40(6). Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2507>.
12. Guimarães MRC, Ferreira RC, Giacomini KC, Vargas AMD. Indicadores para avaliação das instituições de longa permanência para pessoas idosas: desenvolvimento e validação. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2020;23(5):e200265. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200265>.
13. Uchimura KY, Bosi MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. Cad Saúde Pública [Internet]. 2002Nov;18(6):1561–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000600009>
14. Guimarães MRC, Giacomini KC, Ferreira RC, Vargas AMD. Avaliação das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: um panorama das desigualdades regionais. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2023Jul;28(7):2035–50. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023287.15792022>
15. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Quedas em idosos: prevenção. Rio de Janeiro: SBGG; 2014. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/queda-idosos.pdf>.
16. Castle NG, Ferguson JC. What is nursing home quality and how is it measured? The Gerontologist. 2010;50(4):426-42. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geront/gnq052>

17. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2013 abr 2 .Seção 1:1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
18. DeVon HA, Block ME, Moyle-Wright P, Ernst DM, Hayden SJ, Lazzara DJ, Savoy SM, Kostas-Polston E. A psychometric toolbox for testing validity and reliability. J Nurs Scholarsh. 2007;39(2):155-64. doi: 10.1111/j.1547-5069.2007.00161.x. PMID: 17535316.
19. Associação Brasileira de Normas Técnicas (BR). ABNT NBR 9050:2020. Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos [Internet]. Rio de Janeiro: ABNT; 2020
20. Melo EMA, Brito TA, Souza CLC, Costa KNFM, Fernandes MGM, Costa MML. Síndrome da fragilidade e fatores associados em idosos residentes em instituições de longa permanência. Saúde Debate [Internet]. 2018;42(117):468-80. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811710>.
21. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução RDC nº 222, de 28 de março de 2018. Regulamenta as boas práticas de gestão dos resíduos de serviços de saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2018 mar 29. Seção 1:100. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2018/rdc0222_28_03_2018.pdf.

22. Mendonça IVS, Oliveira LP, Gomes SCS, Takayanagui AMM, Caldas A de JM. Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde: uma questão de planejamento. Rev Pesq Saúde. 2017;18(1):7-12. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/7873/4852>.
23. Ministério da Saúde (BR). Guia alimentar para a população brasileira. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf.
24. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução RDC nº 216, de 15 de setembro de 2004. Dispõe sobre o regulamento técnico de boas práticas para serviços de alimentação [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2004 set 16. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0216_15_09_2004.html.
25. Bovi LA. Avaliação microbiológica de alfaces (*Lactuca sativa* L.) colhidas em horta do município de Bauru, São Paulo, Brasil [Internet]. São Paulo: SES-SP; 2023. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/1141125>.
26. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN nº 758, de 29 de julho de 2024. Altera o Código de Processo Ético do Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução COFEN nº 706, de 25 de julho de 2022, e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF): COFEN;

2024 Jul 29. Disponível em:
<https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-758-de-29-de-julho-de-2024/>

27. Oliveira-Figueiredo DST, Silva CS, Nogueira LT, Bezerra VP, Fernandes MGM. Qual é a carga de multimorbidade e os fatores associados à sua ocorrência em pessoas idosas brasileiras? Rev Bras Enferm. 2024;77:e20220809. Disponível em:

[https://www.scielo.br/j/reben/a/4CZqv9MBHCqbsKvZGGB7rNP/?lang=pt.](https://www.scielo.br/j/reben/a/4CZqv9MBHCqbsKvZGGB7rNP/?lang=pt)

28. Batista CC, Oliveira OD, Marrone LCP. Boas escolhas e fatores de risco associados ao envelhecimento saudável: revisão da literatura. Revista Amazonense de Geriatria e Gerontologia [Internet]. 2021 [citado em 2024 fev. 21];12. Disponível em:
[https://www.researchgate.net/publication/367881851_Boas_Esc
olhas_e_Fatores_de_Risco_Associados_ao_Envelhecimento_Sa
udavel_Revisao_da_Literatura.](https://www.researchgate.net/publication/367881851_Boas_Escolhas_e_Fatores_de_Risco_Associados_ao_Envelhecimento_Saudavel_Revisao_da_Literatura)

29. Camarano AA, et al. Condições de funcionamento e infraestrutura das instituições de longa permanência para idosos no Brasil. Comunicados do Ipea [Internet]. 2011;(93) [citado em 2024 fev. 21]. Disponível em:
[https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/5208.](https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/5208)

30. GVIMS/GGTES/ANVISA. Nota Técnica nº 05/2023: Práticas de segurança do paciente em serviços de saúde: prevenção de lesão por pressão. Brasília: ANVISA; 2023. Disponível em:
[https://www.gov.br/anvisa/pt-br/.../nota-tecnica-gvims-ggtes-
anvisa-no-05-2023.](https://www.gov.br/anvisa/pt-br/.../nota-tecnica-gvims-ggtes-anvisa-no-05-2023)

31. Oliveira-Figueiredo DST, et al. What is the burden of multimorbidity and the factors associated with its occurrence in elderly Brazilians? Rev Bras Enferm. 2024;77(1):e20220809.
32. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Diário Oficial da União: seção 1. Brasília; 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
33. 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>.
34. Lemos ND, Medeiros SL. Suporte Social ao Idoso Dependente. In: Freitas EV, et al., editores. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013. p. 2001-10.
35. ABNT NBR 9050:2020. Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Normas Técnicas; 2020.
36. ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011. Diário Oficial da União. Brasília; 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html.
37. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Avaliação multidimensional do idoso 2018: versão atualizada. Curitiba: SESA; 2018. Disponível em:

https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/avaliacaomultiddoidoso_2018_atualiz.pdf.

¹ Professora Doutora. Orientadora.