

ARTIGO ORIGINAL

SUFICIÊNCIA DE FINANCIAMENTO DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA AS PESSOAS IDOSAS: DESAFIOS ÀS OFERTAS, GESTÃO E POLÍTICAS DE CUIDADOS

SUFFICIENCY OF FINANCING FOR NURSING HOMES: CHALLENGES TO CARE, MANAGEMENT AND POLICIES

Maria Teresa Branco¹ Letycia Parreira de Oliveira² Keila Cristina Félis³ Jheniffer Sousa Macedo⁴
 Adailton Mendonça⁵ Henrique Salmazo da Silva⁶

¹ Graduada em Medicina. Universidade Católica de Brasília. E-mail: branco.mtm@gmail.com

² Graduada em Enfermagem. Doutoranda em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília. E-mail: letyciaparreira@gmail.com

³ Graduada em Enfermagem. Doutoranda em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília. E-mail: keilafelis@unicerrado.edu.br

⁴ Graduada em Enfermagem. Mestre em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília. E-mail: jheniffer.sousa@gmail.com

⁵ Graduado em Enfermagem. Mestre em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília. E-mail: adailtonmendonca@hotmail.com

⁶ Graduado em Gerontologia. Doutor em Neurociências e Cognição pela Universidade Federal do ABC. Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Católica de Brasília (UCB). E-mail: henriquesalmazo@yahoo.com.br

Resumo

Introdução: No Brasil, dentre as modalidades de cuidados de longa duração, as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) ocupam lugar de destaque por ser a segunda modalidade de cuidados mais prevalente depois da família. Observa-se que o financiamento das instituições se caracteriza como o grande calcanhar de Aquiles da gestão desses locais em função da escassez de políticas de financiamento dos cuidados. **Objetivo:** Compreender, pela ótica dos gestores e responsáveis técnicos de ILPIs brasileiras, como o financiamento das instituições se associa ao desenvolvimento das ofertas assistenciais e gestão do cuidado. **Materiais e Métodos:** Trata-se de estudo transversal, exploratório e quantitativo, em que foram aplicados formulários construídos e disponibilizados por meio da ferramenta do *Google Forms* com questões relativas às características e financiamento das ILPIs, bem como a compreensão da RDC nº 502/2021. Foram investigados 90 Responsáveis Técnicos e gestores durante o segundo semestre de 2021. **Resultados e Discussão:** Pouco menos da metade participantes classificaram o financiamento da instituição como insuficiente, elegendo as categorias “muito pouco a mais ou menos” para cobrir os gastos da instituição. Houve associações entre percepção de suficiência de financiamento das instituições, suficiência de recursos humanos ($p<0,001$), à adequação da estrutura física ($p=0,028$) e a variáveis associadas à elaboração do plano de atenção à saúde da RDC nº 502/2021. **Conclusão:** O financiamento das ILPI se associou às condições estruturais, de recursos humanos e de atenção em saúde prevista pela RDC nº 502/2021. Dessa forma, investir no financiamento das instituições garantirá a melhor oferta dos cuidados.

PALAVRAS-CHAVE

Idosos. Instituição de Longa Permanência para Idosos. Gestão. Políticas de Cuidados em Saúde.

Abstract

Introduction: In Brazil, among the modalities of long-term care, Long-Term Institutions for the Older adults occupy a prominent place as they are the second most prevalent type of care after the family. It is observed that the financing of institutions is characterized as the great Achilles heel of the management of this equipment due to the scarcity of care financing policies. **Objective:** To

understand, from the perspective of managers and technical managers of Brazilian LTCFs, how the financing of institutions is associated with the development of assistance offers and care management. **Materials and Methods:** This is a cross-sectional, exploratory, and quantitative study, in which forms constructed and made available through the Google Forms tool were applied with questions relating to the characteristics and financing of ILPIs, as well as the understanding of RDC nº 502/2021. 90 Technical Managers and managers were investigated during the second half of 2021. **Results and Discussion:** Just under half of the participants classified the institution's financing as insufficient, choosing the categories "very little more or less" to cover the institution's expenses. There were associations between the perception of sufficiency of institutions' financing, sufficiency of human resources ($p<0.001$), the adequacy of the physical structure ($p=0.028$) and variables associated with the preparation of the RDC health care plan nº 502/2021. **Conclusion:** The financing of LTCFs was associated with the structural, human resources and health care conditions provided for by RDC nº 502/2021. Therefore, investing in the financing of institutions will guarantee the best provision of care.

KEYWORDS

Older adults. Long-term Care Institution Facilities. Management. Health Care Policies.

1 Introdução

O envelhecimento populacional no Brasil tem avançado rapidamente nas últimas décadas, com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022) indicando que a população de idosos (pessoas com 60 anos ou mais) passou a ser responsável pela parcela 15,6% da população, um aumento de 56% em relação a 2010, além de um aumento no índice de envelhecimento, que chegou a 80 no ano de 2022 (80 pessoas idosas para cada 100 crianças de 10 a 14 anos), um aumento de cerca de 80% quando comparado com o ao de 2010. Essa transição demográfica traz inúmeros desafios para a oferta dos cuidados de longa duração à população que envelhece, especialmente aos que são desenvolvidos por Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs).

No Brasil, as ILPIs constituem a modalidade assistencial mais ofertadas após os cuidados familiares. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) as define como estabelecimentos destinados a atender necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social de pessoas idosas que não possuem vínculo familiar adequado ou condições de prover a própria subsistência. O desafio de garantir padrões de qualidade na prestação desses cuidados, conforme a Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 502/2021, é permeado principalmente pela escassez de fontes de financiamento para provisão dos cuidados (Anvisa, 2021).

No Censo conduzido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e divulgado por Camarano (2010), 65% das instituições brasileiras das 3.588 instituições arroladas eram filantrópicas, apresentando grande parte da receita proveniente dos usuários. Poucas instituições apresentavam convênio com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) ou se classificavam como públicas. Mais recentemente, em pesquisa conduzida por Domingues *et al.* (2021), por meio do banco de dados do SUAS de 2019, identificaram-se 7.029 ILPIs no Brasil, e, desse total, 4.232 estabelecimentos localizavam-se na região Sudeste, 1.874 na região Sul, 493 na região Nordeste, 351 na região Centro-Oeste e 79 na região Norte do país, com um significativo aumento entre as instituições privadas, suplantando a disposição dos serviços públicos de cuidados de longa duração.

Outros estudos, como os desenvolvidos por Watanabe (2020), indicaram que a principal fonte de financiamento das ILPIs brasileiras é centrada nos usuários, especialmente com a retenção de aposentadorias ou benefício de prestação continuada. Conforme os dados apresentados, a instabilidade de financiamento parece cursar com a escassez de oferta de profissionais de saúde e de atividades personalizadas e individualizadas.

Portanto, o financiamento das ILPIs brasileiras parece ser o grande calcanhar de aquiles da gestão desses equipamentos em função da escassez de políticas públicas para esse segmento. Além da baixa cobertura de aporte financeiro às ILPIs, concedidos pelo Estado brasileiro por meio do SUAS, inexistem ações programáticas e integrais de saúde dedicadas às pessoas idosas que vivem nessas instituições. Esse cenário torna-se mais desafiador se considerada a elevada prevalência de morbididades, síndromes demenciais, síndrome da fragilidade e limitações funcionais entre as pessoas idosas institucionalizadas brasileiras (Horta *et al.*, 2021).

Outros países, apesar do avanço das legislações e do acompanhamento da realidade das ILPIs, também enfrentam dificuldades sobre a provisão dos cuidados. Alguns debatem a instalação de impostos, seguros pagos pelos cidadãos ou o planejamento financeiro antecipado, também pautado no usuário (Lord *et al.*, 2020; Wang *et al.*, 2021; Werner *et al.*, 2022). Outros discutem formas de aporte financeiro concedidos pelo próprio Estado, além da ampliação de cuidados comunitários, preventivos e pautados na capacidade da família em prover os cuidados (Wener *et al.*, 2022). Parece não existir uma solução única ou unilateral, mas, talvez, a que mais se ajuste às necessidades, condições e formas de lidar com os gastos crescentes dos cuidados às pessoas com limitações e demandas por cuidados (Lord *et al.*, 2020). Os princípios da justiça social e equidade têm sido levados em consideração. Resta saber, em países como o Brasil, como configurar alternativas de financiamento das ILPIs que considerem o cenário de desigualdades sociais, variabilidades territoriais e de fragmentação das políticas destinadas às pessoas idosas.

Nesse contexto, o objetivo deste estudo foi compreender, pela ótica dos gestores e responsáveis técnicos de ILPIs brasileiras, as condições de financiamento das instituições e como essas se associavam com o desenvolvimento das ofertas assistenciais e da gestão do cuidado. Os dados apresentados podem oferecer pistas de como a condição de financiamento se associa com variáveis organizacionais, assistenciais e de gestão das instituições.

2 Métodos

Trata-se de um estudo transversal, exploratório e quantitativo, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade (CAAE 396488200.0.0000.0029).

Participantes da Pesquisa

Foi investigada uma amostra composta por gestores ou responsáveis técnicos de ILPIs públicas, particulares e filantrópicas. O tamanho amostral final foi estimado considerando o número de instituições arroladas no censo do SUAS de 2015/2016 (Brasil, 2018) utilizando a fórmula $n = N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p) / Z^2 \cdot p \cdot (1-p) + e^2 \cdot (N-1)$, onde “n” é a amostra calculada, “N” é a população, “Z” a variável normal padronizada associada ao nível de confiança, “p” a verdadeira probabilidade do evento ($P=[1-P]=0,5$, suposição de variação máxima), e “e” o erro amostral.

Com base nas 1.280 instituições pesquisadas pelo Censo SUAS (Brasil, 2018), e utilizando-se erro amostral de 5% e um nível de confiança de 95%, almejava-se investigar uma amostra de 296 responsáveis técnicos e/ou gestores. Após a realização dos convites, participaram 90 responsáveis técnicos e gestores provenientes de diferentes regiões do país.

Dessa forma, a amostra final foi composta por 90 gestores e/ou responsáveis técnicos das ILPIs, dos sexos feminino e masculino, e com acesso à internet, provenientes de instituições que deveriam atender aos seguintes requisitos: (a) estar no mesmo espaço físico há, pelo menos, dois anos; (b) dispor de um Responsável

Técnico pelo trabalho; e (c) concordar em participar do estudo com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os critérios de inclusão dos gestores e responsáveis técnicos foram ter disponibilidade de responder ao questionário e dispor dos dados da gestão da instituição. Os critérios de exclusão foram participantes em férias ou afastados no período da coleta de dados.

Instrumentos

Neste estudo, foi utilizado um instrumento autoaplicável, composto por 9 variáveis e 35 questões (objetivas e discursivas), disponibilizado por meio de formulário eletrônico na plataforma *Google Forms*, para o gestor e o responsável técnico.

As questões compreenderam informações sobre o perfil da instituição; região; cidade; estado; formação do gestor ou responsável técnico; número de pessoas idosas atendidas; grau de dependência dos usuários; critérios de admissão dos usuários; fontes de financiamento e avaliação da suficiência de financiamento para provimento das necessidades das instituições; número de profissionais e formação; regime de trabalho da equipe; avaliação sobre o cumprimento dos itens da RDC nº 502/2021 quanto ao atendimento, condições arquitetônicas, limpeza, alimentação e elaboração do plano de atenção em saúde.

O grau de execução do Plano de Atenção em Saúde por meio da questão “No que se refere ao Plano de Atenção à Saúde”, avalie quais são os itens que a sua instituição possui mais FACILIDADE em cumprir [1= muito pouco; 2= pouco; 3= mais ou menos; 4= muito; 5 muitíssimo] com relação aos domínios: 1) Elaborar, a cada dois anos, o Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes, em articulação com o gestor local de saúde; 2) Prever a atenção integral à saúde do idoso, abordando os aspectos de promoção, proteção e prevenção; 3) Dispor de informações acerca das patologias incidentes e prevalentes nos residentes; 4) Avaliar anualmente a implantação e efetividade das ações previstas no plano, considerando, no mínimo, os critérios de acesso, resolubilidade e humanização; 5) Comprovar a vacinação obrigatória dos residentes, conforme estipulado pelo Plano Nacional de Imunização de Ministério da Saúde; 6) Respeitar os regulamentos de vigilância sanitária quanto à guarda e administração dos medicamentos, sendo vedado o estoque de medicamentos sem prescrição médica; 7) Dispor de rotinas e procedimentos escritos, referente ao cuidado com o idoso; 8) Em caso de intercorrência médica, encaminhar de imediato o idoso ao serviço de saúde de referência previsto no Plano de Atenção e comunicar a sua família ou representante legal; e 9) Dispor de um serviço de remoção destinado a transportar o idoso.

Cada questão foi analisada separadamente para fins de descrição dos componentes em que as instituições possuem mais facilidade em cumprir e, posteriormente, as pontuações foram somadas (de 9 a 45 pontos), de modo que as instituições foram classificadas conforme a mediana (abaixo da mediana; igual ou acima da mediana). Elegeram-se a média por ser uma mediana de tendência central que considera a pontuação da amostra.

O instrumento foi elaborado a partir dos roteiros de inspeção da Anvisa, de forma a atender aos domínios da RDC nº 502/2021.

Procedimento

A amostra para este estudo foi recrutada utilizando a técnica de amostragem por bola de neve, uma abordagem não probabilística e de conveniência. Nesse método, os participantes iniciais são escolhidos por meio de critérios específicos e, em seguida, convidam novos participantes de suas redes de contatos que, por sua vez, convidam outros, e assim por diante, como uma bola de neve que cresce à medida que rola colina abaixo.

Essa abordagem foi escolhida por várias razões. Primeiramente, dada a natureza específica do público-alvo – gestores e responsáveis técnicos de ILPI – e, posteriormente, em função da dificuldade potencial de alcançá-los diretamente. Dessa forma, a técnica de bola de neve permite acessar uma rede mais ampla de participantes por meio das conexões dos participantes iniciais.

Os convites foram realizados entre maio e dezembro de 2021 por telefone, e-mail, *WhatsApp* e *YouTube*. Os participantes preencheram o formulário eletrônico, cujas respostas eram obrigatórias e sem tempo máximo de preenchimento. As respostas eram automaticamente salvas em planilha *google* para acesso dos pesquisadores.

Análise de dados

Os dados foram tabulados e registrados no Epidata e, posteriormente, analisados pelo *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0. Foi realizada análise exploratória visando obter estatísticas descritivas das variáveis. As variáveis categóricas foram apresentadas por meio de frequências absolutas e relativas, e as contínuas, por médias e desvio-padrão. Para as variáveis categóricas, as diferenças estatísticas foram avaliadas pelo teste Qui-quadrado, com correção pelo exato de Fisher. Para as variáveis contínuas, aplicou-se a Análise da Variância, ou análises não paramétricas, segundo o padrão de distribuição. Os pressupostos de normalidade dos dados foram avaliados pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Foi utilizado o nível de significância padrão 0,05 valor-p e intervalo de confiança de 95%.

3 Resultados

Conforme apresentado na Tabela 1, das 90 instituições investigadas, mais da metade localizava-se na região Sudeste, caracterizaram-se como privadas sem fins lucrativos, apresentavam registro atualizado, documento de regimento interno e plano de trabalho com as atividades. Os documentos menos disponíveis nas instituições foram o Laudo de Habitabilidade e o Sistema de Notificação Compulsória (Tabela 1).

Mais da metade dos participantes referiram que o espaço físico era totalmente adaptado à oferta de atividades aos residentes, e apenas a minoria mencionou que as fontes de financiamento eram “totalmente” suficientes para cobrirem os gastos, indicando que maior parte das instituições possuem algum problema com relação à gestão de recursos financeiros. A principal fonte de financiamento das instituições, aquela que cobre mais de 51% dos gastos da instituição, foi proveniente da retenção de maior parte do benefício ou aposentadoria do usuário, seguida pelo pagamento direto do usuário (Tabela 1).

Com relação ao perfil dos profissionais RT e dos gestores de ILPIs investigados, a maioria foi composta por pessoas do sexo feminino (84,4%), com pós-graduação (43,3%) e com cargo relacionado a gestão da ILPI, cujo tempo de atuação variou entre um e seis anos (54,4%). O regime de trabalho mais prevalente foi o registro CLT (83,3%) e aproximadamente 63% dos gestores e RT investigados referiram que os recursos humanos são insuficientes para suprir as ofertas de cuidados aos residentes.

Tabela 1 - Dados das Instituições de Longa Permanência para Idosos investigadas (N=90). Brasil, 2021.

Região do Brasil	VARIÁVEIS	
	n	%
Norte	0	0,0
Nordeste	13	14,4
Centro-Oeste	24	26,7
Sudeste	46	51,1
Sul	7	7,8
Distribuição da ILPI investigada segundo a Natureza da instituição		
Pública	8	8,9
Privada com fins lucrativos	23	25,6
Privada sem fins lucrativos	31	34,4
Filantrópica sem convênio com SUAS	10	11,1
Filantrópica com convênio com SUAS	24	26,7
Outro	1	1,1

VARIÁVEIS		
Documentação relacionada ao funcionamento da ILPI		
Laudo de habilidade	20	22,2
Vistoria do Corpo de Bombeiros	70	77,8
Alvará da Vigilância Sanitária	67	74,4
Plano de trabalho com as atividades institucionais	78	86,7
Estatuto social	66	73,3
Regimento interno	84	93,3
Registro da entidade social	57	63,3
Registro atualizado de cada idoso	87	96,7
Plano de atenção à saúde	72	80,0
Cadastro no Conselho Municipal do Idoso ou COMAS	71	78,9
Sistema de Notificação Compulsória de agravos*	38	42,2
Estrutura física e imóvel: "O sr.(a) considera que a estrutura física da instituição e o imóvel são adequados para oferta da assistência aos residentes?"		
Totalmente	46	51,1
Parcialmente	32	35,6
Mais ou menos	8	8,9
Pouco	0	0,0
Muito pouco	4	4,4
Qual a principal fonte de financiamento da instituição?		
Convênio SUAS	14	15,6
Mantenedora	10	11,1
Não se aplica	1	1,1
Outros	14	15,6
Pagamento direto pelo usuário	21	23,3
Retenção de 71-100% do benefício ou aposentadoria do usuário	6	6,7
Retenção de até 70% do benefício ou aposentadoria do usuário	24	26,7
A instituição possui outras fontes secundárias de financiamento?		
Convênio SUAS	11	12,2
Pagamento direto pelo usuário	13	14,4
Retenção de até 70% do benefício ou aposentadoria do usuário	32	35,6
Retenção de 71%-100% do benefício ou aposentadoria do usuário	0	0,0
Mantenedora	13	14,4
Outros	30	33,3
Não se aplica	21	23,3
Você considera que as fontes de financiamento são suficientes para cobrirem os gastos?		
Mais ou menos	15	16,7
Muito pouco	14	15,6
Parcialmente	37	41,1
Pouco	11	12,2
Totalmente	13	14,4

Fonte: Elaboração dos autores.

*Conforme estabelecido no Decreto nº. 49.974-A, de 21 de janeiro de 1961. Portaria nº 1.943, de 18 de outubro de 2001.

Observou-se, quanto ao perfil dos atendidos e as formas de acesso, que 67,8% das instituições apresentaram critérios de não admissão, e a prevalência foi de doenças psiquiátricas, doenças infectocontagiosas e grau de dependência III. Constituíam como formas de ingresso as indicações do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) ou Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), e a demanda espontânea, bem como do Ministério Público. Em relação ao grau de dependência, a maioria dos idosos apresentam todos os graus de dependência (Tabela 2).

Tabela 2 - Dados dos residentes: ingressos nas ILPIs. Brasil, 2021.

VARIÁVEIS		
	n	%
Como é o ingresso dos residentes na instituição?		
Via Ministério Público	39	43,3
CRAS ou CREAS	54	60,0
Lista de espera	24	26,7
Demanda espontânea	52	57,8
Outros	11	12,2
A instituição possui critérios de não admissão para os residentes?		
Sim	61	67,8
Não	29	32,2

Se sim, quais?		
Público LGBTQIA+	1	1,6
Doenças de Alzheimer e outras	3	4,8
Doenças psiquiátricas	31	50,0
Doenças infectocontagiosas	31	50,0
Grau de dependência I	0	0,0
Grau de dependência II	3	4,8
Grau de dependência III	28	45,2
Sem benefícios/aposentadoria	8	12,9
Outros	12	19,4
Grau de dependência dos residentes		
Grau I	34	37,8
Grau II	36	40,0
Grau III	24	26,7
Possui todos os graus	58	64,4

Fonte: Elaboração dos autores.

Grau I - Idosos independentes mesmo que usem equipamentos de autoajuda;

Grau II - Idosos com dependência em até três atividades da vida diária, tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada;

Grau III - Idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou comprometimento cognitivo.

Conforme apresentado nas Tabelas 3 e 4, a percepção de suficiência de financiamento das instituições esteve associada ao número considerável de recursos humanos ($p<0,001$), à adequação da estrutura física ($p=0,028$) e às variáveis associadas à elaboração do plano de atenção à saúde da RDC nº 502/2021, como: elaboração do plano bianual do plano integral de atenção em saúde ($p=0,004$), previsão da atenção integral à saúde do idoso ($p=0,009$), dispor de informações acerca das patologias incidentes e prevalentes nos residentes ($p=0,006$), avaliação anual da implantação das ações ($p=0,033$), dispor de rotinas e procedimentos escritos sobre os cuidados ($p=0,010$), encaminhamento a serviço de referência ($p=0,024$).

Tabela 3 – Suficiência de financiamento das Instituições de Longa Permanência no Brasil segundo as condições de financiamento, localidade, natureza e grau de dependência dos residentes, Brasil, 2021.

Financiamento Categorizado				
	Muito Pouco, Pouco ou Mais ou Menos (n=40) N (%)	Parcialmente ou Totalmente (n=50) N (%)	Total	P valor
O sr.(a) considera que os Recursos Humanos são suficientes?				<0,001
Mais ou Menos	9 (81,8)	2 (18,2)	11	
Muito Pouco	4 (100)	0	4	
Parcialmente	14 (40)	21 (60)	35	
Pouco	5 (83,3)	1 (16,7)	6	
Totalmente	8 (23,5)	26 (76,5)	34	
O sr.(a) considera que a estrutura física da instituição e o imóvel são adequados para oferta da assistência aos residentes?				0,028
Mais ou Menos	5 (62,5)	3 (37,5)	8	
Muito Pouco	4 (100)	0	4	
Parcialmente	16 (50)	16 (50)	32	
Pouco	0	0	0	
Totalmente	15 (32,6)	31 (67,4)	46	
Plano de Atenção de Saúde -> Mediana				0,046
Abaixo da mediana	22 (56,2)	17 (43,6)	39	
Acima da mediana	18 (35,3)	33 (64,7)	51	
Região do Brasil				0,769
Centro-Oeste	11 (45,8)	13 (54,2)	24	
Nordeste	5 (38,5)	8 (61,5)	13	
Sudeste	22 (47,8)	24 (52,2)	46	
Sul	2 (28,6)	5 (71,4)	7	
Natureza da ILPI				0,115
Pública	7 (77,8)	2 (22,2)	9	
Privada com fins lucrativos	6 (26,1)	17 (73,9)	23	
Filantrópica com convênio SUAS	12 (48)	13 (52)	25	
Privada sem fins lucrativos	11 (44)	14 (56)	25	
Filantrópica sem convênio SUAS	4 (50)	4 (50)	8	
Principal fonte de financiamento				0,140
Convênio SUAS ou Mantenedora	11 (45,8)	13 (45,2)	24	
Outros	6 (42,9)	8 (57,1)	14	
Pagamento direto pelo usuário	5 (23,8)	16 (76,2)	21	
Retenção de Benefício	17 (56,7)	13 (43,4)	30	

Financiamento Categorizado				
	Muito Pouco, Pouco ou Mais ou Menos (n=40) N (%)	Parcialmente ou Totalmente (n=50) N (%)	Total	P valor
Grau de Dependência				0,616
Grau I	2 (66,7)	1 (33,3)	3	
Grau II	1 (100)	0	1	
Possui todos os graus	30 (41,1)	43 (58,9)	73	
Grau I e II	6 (54,5)	5 (45,5)	11	
Grau II e III	1 (50)	1 (50)	2	

Fonte: Elaboração dos autores.

Grau I - Idosos independentes mesmo que usem equipamentos de autoajuda;

Grau II - Idosos com dependência em até três atividades da vida diária, tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada;

Grau III - Idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou comprometimento cognitivo.

Tabela 4 – Suficiência do grau de financiamento das Instituições de Longa Permanência no Brasil segundo as ofertas assistenciais e cumprimento do art. 6º da RDC nº 502/2021, Brasil, 2021.

Suficiência de Financiamento					
	Muito Pouco, Pouco ou Mais ou Menos (n=40)		Parcialmente ou Totalmente (n=50)		P valor
	Média (DP)	Mediana	Média (DP)	Mediana	
Qual o número total de residentes que podem ser acolhidos na ILPI?	46,23 (33,55)	32,50	42,01 (32,99)	29,00	0,314
Quantos residentes a sua instituição possui no momento?	34,87 (25,24)	27,00	33,48 (26,57)	22,50	0,532
Qual o número de idosos acolhidos com o grau de dependência I?	11,20 (8,58)	9,50	10,18 (10,01)	7,50	0,240
Qual o número de idosos acolhidos com o grau de dependência II?	15,15 (11,71)	15,00	14,14 (12,76)	10,00	0,556
Qual o número de idosos acolhidos com o grau de dependência III?	9,38 (12,48)	5,00	8,612 (14,56)	4,00	0,817
A ILPI possui Cuidadores? Quantos?	9,40 (9,04)	7,00	10,04 (9,67)	6,50	0,675
A ILPI possui Técnicos de Enfermagem? Quantos?	4,80 (6,79)	3,50	4,44 (5,60)	3,00	0,540
A ILPI possui Profissionais de Limpeza? Quantos?	3,67 (2,44)	3,00	4,00 (3,79)	2,00	0,623
A ILPI possui profissionais da cozinha/alimentação? Quantos?	3,25 (2,36)	2,00	3,08 (2,28)	2,50	0,829
A ILPI possui Enfermeiro(a)? Quantos?	1,65 (1,95)	1,00	1,30 (1,40)	1,00	0,235
A ILPI possui Fisioterapeuta? Quantos?	0,67 (0,65)	1,00	0,92 (0,72)	1,00	0,100
A ILPI possui Assistente Social? Quantos?	0,75 (0,63)	1,00	0,68 (0,84)	1,00	0,345
A ILPI possui Psicólogo(a)? Quantos?	0,52 (0,50)	1,00	0,54 (0,57)	0,50	0,974
Cumprimento do art. 6º da RDC nº 502/2021					
Observar os direitos e garantias dos idosos, inclusive o respeito à liberdade de credo e a liberdade de ir e vir, desde que não exista restrição determinada no Plano de Atenção à Saúde.	4,25 (1,00)	4,50	4,46 (0,73)	5,00	0,386
Preservar a identidade e a privacidade do idoso, assegurando um ambiente de respeito e dignidade.	4,32 (0,97)	5,00	4,58 (0,64)	5,00	0,208
Promover ambiência acolhedora.	4,35 (1,02)	5,00	4,62 (0,60)	5,00	0,307
Promover a convivência mista entre os residentes de diversos graus de dependência.	4,07 (1,11)	4,00	4,54 (0,64)	5,00	0,038
Promover integração dos idosos, nas atividades desenvolvidas pela comunidade local.	3,77 (0,97)	4,00	4,12 (0,89)	4,00	0,108
Favorecer o desenvolvimento de atividades conjuntas com pessoas de outras gerações.	3,90 (1,25)	4,00	4,12 (0,98)	4,00	0,558
Incentivar e promover a participação da família e da comunidade na atenção ao idoso residente.	4,00 (1,13)	4,00	4,22 (0,97)	5,00	0,387
Desenvolver atividades que estimulem a autonomia dos idosos.	4,00 (1,13)	4,00	4,28 (0,88)	5,00	0,284
Promover condições de lazer para os idosos tais como: atividades físicas, recreativas e culturais.	3,97 (1,12)	4,00	4,28 (0,90)	5,00	0,208
Desenvolver atividades e rotinas para prevenir e coibir qualquer tipo de violência e discriminação contra pessoas nela residentes.	4,14 (1,09)	4,50	4,56 (0,67)	5,00	0,079
Cumprimento da elaboração do Plano de Atenção à Saúde					
Elaborar, a cada dois anos, o Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes, em articulação com o gestor local de saúde.	2,75 (1,35)	3,00	3,58 (1,31)	4,00	0,004
Prever a atenção integral à saúde do idoso, abordando os aspectos de promoção, proteção e prevenção.	3,45 (1,31)	4,00	4,18 (0,80)	4,00	0,009

	Suficiência de Financiamento				
	Muito Pouco, Pouco ou Mais ou Menos (n=40)		Parcialmente ou Totalmente (n=50)		P valor
Disponer de informações acerca das patologias incidentes e prevalentes nos residentes.	3,37 (1,40)	4,00	4,20 (0,80)	4,00	0,006
Avaliar anualmente a implantação e efetividade das ações previstas no plano, considerando, no mínimo, os critérios de acesso, resolubilidade e humanização.	3,15 (1,49)	3,00	3,84 (1,01)	4,00	0,033
Comprovar a vacinação obrigatória dos residentes conforme estipulado pelo Plano Nacional de Imunização de Ministério da Saúde.	4,22 (1,18)	5,00	4,62 (0,60)	5,00	0,155
Respeitar os regulamentos de vigilância sanitária quanto à guarda e administração dos medicamentos, sendo vedado o estoque de medicamentos sem prescrição médica.	4,12 (1,20)	4,50	4,48 (0,73)	5,00	0,237
Disponer de rotinas e procedimentos escritos, referente ao cuidado com o idoso.	3,92 (1,26)	4,00	4,56 (0,64)	5,00	0,010
Em caso de intercorrência médica, encaminhar de imediato o idoso ao serviço de saúde de referência previsto no Plano de Atenção e comunicar a sua família ou representante legal.	4,10 (1,19)	4,00	4,60 (0,70)	5,00	0,024
Disponer de um serviço de remoção destinado a transportar o idoso.	3,20 (1,53)	3,00	3,48 (1,31)	4,00	0,455

Fonte: Elaboração dos autores.

4 Discussão

No presente estudo, observou-se que 85,6% das instituições referiram que as fontes de financiamento vão de parcialmente a pouco suficientes para cobrir os gastos das instituições, e a principal fonte de financiamento esteve centrada no usuário, seja pelo pagamento ou pela retenção da aposentadoria ou benefício. Observou-se, ainda, que a pouca suficiência de financiamento mostrou-se associada a piores condições estruturais, à menor disponibilidade de recursos humanos e ao menor cumprimento do plano de atenção em saúde previstos pela RDC nº 502/2021.

Conforme pesquisa do Censo SUAS conduzida por Duarte, Watanabe e Lebrão (2018), entre os anos de 2015 e 2016, grande parcela das ILPIs investigadas também apresentava financiamento instável (centrada no usuário), e a maioria era subsidiada pelos usuários por meio de pagamento direto ou retenção do benefício ou aposentadoria. O subfinanciamento crônico e instável, apresentado pelas autoras, cursava com o predomínio de instituições filantrópicas destinadas a pessoas idosas de baixa renda, o que invariavelmente se associava à insuficiência de recursos humanos e dificuldades em remunerar ou manter uma equipe multiprofissional e de saúde. Além do mais, as dificuldades relatadas quanto ao atendimento das necessidades de saúde das pessoas idosas institucionalizadas foram: dificuldades de acesso a especialistas e a exames complementares (falta de vagas, demanda de atendimento), falta de profissionais de saúde na instituição e falta de apoio da família.

Ao ter a principal fonte financeira centrada no usuário, criam-se barreiras de acesso às pessoas com recursos limitados e, ao mesmo tempo, interrupção de receita com o óbito ou transferência. No presente estudo, é possível que a adoção desse modelo esteja associada ao perfil das instituições investigadas, com grande prevalência de instituições filantrópicas ou privadas sem fins lucrativos, e apenas 1/4 das instituições enquadradas como privada com fins lucrativos (Silva; Gutierrez, 2018). Adicionalmente, observou-se pouca participação do Estado nas receitas. As instituições com fonte primária e secundária de financiamento associada ao convênio SUAS foi de 15,6% e 12,2%. Paradoxalmente, a grande parcela do ingresso das instituições se dava por meio do CRAS ou CREAS, o que denota que o SUAS esteve envolvido na demanda por acolhimento, mas pouco contribuía financeiramente. Embora não tenha sido investigado o montante de recursos recebidos e de que forma a instituição integrava esses recursos na receita, os dados indicam que as ILPIs, por serem enquadradas no SUAS, precisam de mais aporte financeiro por parte desse sistema (Giacomin, 2023).

Outro dado que chamou a atenção, e pode ter relação tanto com a receita quanto com as dificuldades de oferta de assistência em saúde, é o alto índice de instituições que referiram critérios para a não admissão de residentes. Observou-se que 2/3 das instituições estabeleciam critérios de não admissão, sendo os mais prevalentes a presença de doenças psiquiátricas, doenças infecciosas e possuir grau de dependência III. Trata-se de um mecanismo de seleção que pode ter relação com o que as instituições conseguem ofertar. Contudo, assim como a fonte de financiamento, o uso desses critérios segrega o acesso de usuários que precisam de assistência de saúde e cuidados de longo prazo (Henning, 2017). Além da demanda de saúde, em si, uma instituição destacou que não admitia público LGBTQIA+, o que indica a necessidade de trabalhar com os profissionais sobre o atendimento humanizado e sensibilizado às diversas orientações sexuais e papéis de gênero na velhice (Torelli; Bessa; Graeff, 2023).

Em algumas regiões do país, como em um município de São Paulo, as instituições contam com um convênio híbrido das Secretarias de Saúde e do Desenvolvimento Social, o que possibilita custeio de profissionais da saúde para atender as pessoas idosas com maior complexidade assistencial de saúde. Outra configuração, também disponível nesse município, é a existência de instituições equipadas para atender pessoas idosas grau III, contando com maior contingente de cuidadores e equipes de enfermagem (White *et al.*, 2019).

Das 90 ILPIs investigadas no presente estudo, a maioria está localizada na região Sudeste e nenhuma localizada na região Norte. Conforme levantamento conduzido por Domingues *et al.* (2021), a região Norte do país apresenta o menor número de ILPIs e, apesar de ser a maior região em extensão territorial, é a menos povoada. Além do mais, é uma população formada por muitos povos indígenas. É possível que esse baixo quantitativo de ILPI nessa região seja reflexo, também, das condições sociais e determinantes sociais de saúde, em que há insuficiência de saneamento e de aplicação de outras políticas públicas. Levantamentos anteriores confirmaram a concentração das ILPIs na região Sudeste, especialmente em municípios com 300 mil habitantes ou mais e com maior densidade populacional (Camarano, 2010).

Os dados apresentados no presente estudo mostram que a maioria dos gestores indicaram que as instituições apresentavam espaço físico adequado para a oferta da assistência aos residentes. Contudo, à luz da suficiência de financiamento, os gestores reportaram piores estruturas físicas no grupo com insuficiência de financiamento. Esses dados indicam que instalações adequadas cursam com o aporte financeiro. Conforme a RDC nº 502/2021, a manutenção de boas instalações são fundamentais para o bem-estar e a segurança das pessoas idosas, e uma infraestrutura insuficiente pode ter implicações negativas para a saúde e a qualidade de vida dos residentes. É possível que instituições com pior funcionamento não consigam fazer manutenções nos imóveis e/ou eleger espaços adaptados às atividades-fim, fatores que devem ser mais bem investigados (Maleiro, 2016).

Destaca-se que o financiamento esteve associado também às ofertas de saúde e aos recursos humanos, o que pode ter relação com o custeio do aporte técnico para a assistência aos idosos institucionalizados. Embora não tenha tido associações entre o número de profissionais disponíveis nas ILPIs com a suficiência de financiamento, houve associação entre suficiência de financiamento e recursos humanos. Uma das hipóteses é de que não basta ter os profissionais, mas é necessário considerar como eles se organizam para prover os cuidados. Isso fica evidente nas associações entre suficiência de financiamento e as variáveis relacionadas ao Plano de Atenção em Saúde e o cumprimento da convivência mista entre os residentes, presente no inciso 4 do art. 4º da RDC nº 502/2021 (Werner *et al.*, 2022).

Dessa forma, os achados apresentados apontam para a urgência de revisão e fortalecimento das políticas públicas voltadas ao financiamento, sustentabilidade e custeio das ILPIs brasileiras. Contudo, é importante considerar que o custeio dos cuidados de longa duração nas instituições também desafia outros países, inclusive com legislações e aparato técnico-científicos mais avançados ou situados em economias em crescimento, como o Brasil. Em países como a Índia e a África do Sul, as ILPIs também lutam com questões de

financiamento insuficiente e dependência de pagamentos diretos dos usuários, o que impacta a qualidade dos cuidados. Por outro lado, em países desenvolvidos, como Alemanha, Canadá e Suécia, as ILPIs muitas vezes recebem maior suporte governamental (Mcgilton *et al.*, 2020). Essa abordagem resulta em uma qualidade mais uniforme de cuidados, destacando o impacto positivo de um forte envolvimento do setor público. Entretanto, mesmo nesses países, desafios, como a crescente demanda por cuidados de longa duração e a necessidade de modelos sustentáveis de financiamento, são questões em debate (Parker; Scott; Geddes, 2020).

Em outros países, como nos Estados Unidos, a situação das ILPIs, da mesma forma que no Brasil, apresenta desafios semelhantes, especialmente no que diz respeito ao financiamento insuficiente e à necessidade de uma reforma abrangente. Embora nesse país existam o *Medicare* e o *Medicaid*, o acesso aos cuidados é segmentado e enfrentam-se desafios quanto à sustentabilidade e qualidade dos cuidados, indicando que o equilíbrio entre financiamento público e privado é complexo. Discute-se, nesse país, portanto, a implementação de um benefício federal de cuidados de longo prazo e melhorias nas condições de trabalho para os cuidadores (Harris, 2023). Conforme Werner *et al.* (2022), essas discussões tornam-se fundamentais para promover a equidade e a justiça nos cuidados de longo prazo, especialmente se for considerado que a própria década do envelhecimento saudável (2020-2030) estabelece um dos seus quatro pilares – a provisão de cuidados de longa duração.

Segundo Wang *et al.* (2021), o financiamento das ILPIs na maioria dos países, como Estados Unidos, Reino Unido, Canadá, Alemanha, Japão, Holanda, Cingapura, França e China, enfrenta pressões, e muitas nações procuram novas abordagens para aliviar esses desafios. Para muitos países, especialmente os países em desenvolvimento, os atuais mecanismos de financiamento dos cuidados continuados são inadequados para satisfazer as necessidades das pessoas idosas. Em geral, nesses casos, as políticas de cuidados não seguem o mesmo ritmo do envelhecimento populacional, gerando grandes descompassos entre demandas e necessidades. Alguns indivíduos precisam recorrer a programas de seguro de cuidados de longa duração e ao planejamento financeiro antecipado para se prepararem para os custos associados aos cuidados na terceira idade.

No entanto, é importante reconhecer que nem todos têm a capacidade financeira de participar desses programas ou de economizar o suficiente para cobrir os custos dos cuidados de longa duração. Por essa razão, é fundamental que o setor público desempenhe um papel ativo na criação de um mecanismo de financiamento adequado para garantir uma fonte sustentável de financiamento. Isso pode incluir a implementação de políticas de seguros de cuidados de longa duração acessíveis e a criação de programas de assistência financeira para aqueles que não têm recursos para se preparar adequadamente para os custos dos cuidados na velhice (Cadigan, 2015; McGilton *et al.*, 2020).

O estudo realizado por Lord *et al.* (2020) destaca a importância do financiamento adequado para as ILPIs, uma vez que a pressão financeira pode levar ao fracasso organizacional e ao fechamento dessas instituições. A utilização da ferramenta Altman Z-Score para prever o fechamento de empresas é uma abordagem interessante para avaliar a situação financeira das instituições, e ressaltam os autores que o fechamento das ILPIs pode ter implicações significativas no acesso aos cuidados, especialmente à medida que a população envelhece e a dependência dessas instituições aumenta. Além disso, a questão das dificuldades financeiras e do encerramento dessas instituições também pode se tornar uma questão de equidade nos cuidados de saúde, especialmente com o aumento do número de minorias raciais/étnicas que ingressam nessas instituições. É crucial que as decisões políticas identifiquem as ILPIs com maior risco de fechamento e tomem medidas para salvá-las, a fim de garantir a continuidade do acesso aos cuidados.

Nesse contexto, devem ser discutidas formas de provisão de recursos que se adequem à realidade brasileira. Observa-se que um regime contributivo proveniente dos usuários, como é visto na Holanda e no Japão, talvez não se aplique totalmente em função da distribuição de renda e do cenário de desigualdade

social brasileira. Parcerias público-privadas, como são observadas em Portugal, poderiam ser alternativas, mas resta saber de que modo seriam operacionalizadas em um país continental como o Brasil, com diversidades quanto aos acessos, necessidades e realidades de envelhecimento e velhice (Ikegami, 2019).

Discute-se, atualmente, a elaboração de uma política de cuidados continuados, contudo, o cenário ideal ao contexto brasileiro seria o delineamento de um sistema de informação e mapeamento das necessidades, demandas e condições de funcionamentos das ILPIs brasileiras, de forma a apresentar um diagnóstico abrangente e contextualizado sobre as condições de funcionamento das instituições (Silva; Gomes, 2021).

Talvez esse seja o primeiro passo a ser dado para ampliar a capacidade de delinear e promover políticas públicas que dialoguem com as necessidades das instituições. Outro passo seria a integração entre o SUS e o SUAS nas instituições e estabelecer tecnologias de gestão da atenção que pudessem maximizar os recursos, aumentar a capacidade técnica assistencial e diminuir custos associados a práticas iatrogênicas, rotatividade de profissionais e acidentes (Johannessen *et al.*, 2020).

Apesar de os achados ressaltarem associações entre o impacto da suficiência de financiamento e variáveis de organização das instituições, o presente estudo apresenta algumas limitações. Uma limitação crítica deste estudo é o método de amostragem por bola de neve utilizado para recrutar os participantes, o que pode ter gerado viés de seleção e, em consequência, diminuição da diversidade da amostra. Desse modo, reconhece-se que os dados apresentados não são generalizáveis para a população total de gestores e responsáveis técnicos de ILPIs brasileiras. Apesar disso, utilizou-se essa técnica de amostragem em função do difícil acesso de participantes dentro do contexto dessas instituições. Contudo, embora a pesquisa tenha sido amplamente divulgada, a participação era voluntária e o período de coleta de dados ocorreu durante a pandemia da Covid-19, fatores que podem ter contribuído para que, mesmo utilizando a técnica de seleção de bola de neve, o número amostral ficasse abaixo do estimado inicialmente (n=296).

Outra limitação refere-se à concentração da amostra na região Sudeste e a ausência de representação da região Norte, o que pode indicar uma realidade que não capturou possíveis variabilidades culturais, sociais e organizacionais das instituições, além de um possível viés de seleção devido a maneira como foi realizada a amostragem dos participantes, não sendo permitido que seja feita uma generalização dos resultados obtidos. Sugere-se, nos próximos estudos, o uso de técnicas probabilísticas de seleção amostral conjugadas com delineamentos que permitam o seguimento das instituições.

Apesar dessas limitações, o presente estudo oferece contribuições importantes ao mapeamento de como o financiamento se associa ao funcionamento das instituições. Ressalta-se a necessidade de estabelecimento de estratégias permanentes e abrangentes para os cuidados de longa duração, bem como a elaboração de indicadores para organizar e atender à população idosa. Torna-se evidente a necessidade de ampliar a cobertura do financiamento dos cuidados de longa duração no Brasil.

5 Conclusão

A suficiência de financiamento das instituições mostrou-se associada às condições estruturais, de recursos humanos e ao cumprimento de variáveis do plano de atenção em saúde previstas pela RDC nº 502/2021. Dessa forma, investir no financiamento das ILPIs brasileiras pode auxiliar no cumprimento dessa Resolução, o que garantirá a melhor oferta dos cuidados. Caberá ao Estado brasileiro, em conjunto com esforços da acadêmica, profissionais e especialistas, delinear alternativas para ampliação do funcionamento às instituições.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Resolução de 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. Brasília, DF: Anvisa, 2021. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2020/rdc0502_27_05_2021.pdf. Acesso em: 13 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Secretaria Especial de Desenvolvimento Social. **CENSO SUAS - Bases e Resultados: Unidades de Acolhimento (2017-2018)**. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social - SNAS, 2018.

CADIGAN, Rebecca Orfaly *et al.* Private investment purchase and nursing home financial health. **Health Services Research**, Chicago, v. 50, n. 1, p. 180–196, 2015. doi: 10.1111/1475-6773.12212. Epub 2014 Aug 7. PMID: 25104476; PMCID: PMC4312184

CAMARANO, Ana Amélia (org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livro_cuidados.pdf. Acesso em: 7 set. 2023.

DOMINGUES, Marisa Accioly Rodrigues da Costa *et al.* Methodological description of mapping Brazilian Long-Term Care Facilities for older adults. **Geriatrics, Gerontology and Aging (Online)**, [s. l.], v. 15: p. 1–5, 2021, Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/biblio-1349083>. Acesso em: 4 out. 2021

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; WATANAME, Helena Akemi Wada; LEBRÃO, Maria Lúcia. **Estudo das condições sociodemográficas e epidemiológicas dos idosos residentes em instituições de longa permanência para idosos registradas no Censo SUAS**. Brasil: Ministério da Saúde, 2018.

GIACOMIN, Karla C. Brazilian National Front for strengthening long-term care facilities for older people: a necessary and efficient social movement. *In*: PATELAROU, Evridiki (ed.). **Population Medicine**, World Congress on Public Health, 17, v. 5, n. Supplement, 2-6 May 2023. p. 177.

HARRIS, Emily. Nursing Homes Required to Reveal Ownership Status Under Proposed Rule. **JAMA**, Chicago, v. 329, n. 11, p. 875, 2023. doi:10.1001/jama.2023.2891

HENNING, Carlos Eduardo. Gerontologia LGBT: velhice, gênero, sexualidade e a constituição dos “idosos LGBT”. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 23, n. 47, p. 283–323, jan./abr. 2017. doi: 10.1590/S0104-71832017000100010

HORTA, Natália de Cássia *et al.* Brazilian National Front for Strengthening long-term care facilities for older people: history and activities. **Geriatrics, Gerontology and Aging (Online)**, [s. l.], v. 15, p. 1–8, 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>. Acesso em: 20 ago. 2023.

IKEGAMI, Naoki. Financing Long-term Care: Lessons From Japan. **International journal of health policy and management** Kerman (Iran), v. 8, n. 8, p. 462–466, 2019. doi: 10.15171/ijhpm.2019.35. PMID: 31441285; PMCID: PMC6706968.

JOHANNESSEN, Terese *et al.* Exploring challenges in quality and safety work in nursing homes and home care – a case study as basis for theory development. **BMC Health Services Research**, London, v. 20, n. 1, p. 277, 2020. doi:10.1186/s12913-020-05149-x

LORD, Justin *et al.* Predicting nursing home financial distress using the Altman Z-Score. **Inquiry: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing**, [s. l.], v. 57, p. 0046958020934946, 2020. doi:10.1177/0046958020934946

MALEIRO, Maricelma Rita. As Instituições de Longa Permanência para Idosos sob a perspectiva de um novo modelo. **Revista Jurídica da Escola Superior do Ministério Público de São Paulo**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 89–117, 2016.

MCGILTON, Katherine S. *et al.* Exploring a Common Data Element for International Research in Long-Term Care Homes: A Measure for Evaluating Nursing Supervisor Effectiveness. **Gerontology & Geriatric Medicine**, [s. l.], v. 6, p. 1–9, 2020. doi:10.1177/2333721420979812

PARKER, Charlie; SCOTT, Sam; GEDDES, Alistair. **Snowball Sampling**. London: SAGE Publications Limited, 2020.

SILVA, Henrique Salmazo da Silva; GOMES, Renato (orgs.). **Manual de Fiscalização das Instituições de Longa Permanência para os Conselhos Estaduais e Municipais da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2021.

SILVA, Henrique Salmazo da Silva; GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello . A educação como instrumento de mudança na prestação de cuidados para idosos. **Educar em Revista**, Curitiba, v. 34, n. 67, p. 283–296, fev. 2018.

TORELLI, Wellington R. Navarro; BESSA, Thaíssa Araujo de; GRAEFF, Bibiana. . Preconceito contra pessoa idosa LGBTQIA+ em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI): uma revisão de escopo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 3123–3135, nov. 2023. 28(11), 3123–3135. doi: 10.1590/1413-812320232811.02132023

WANG, Jianyun *et al.* Long-Term Care Financing. In: GU, Danan; DUPRE, Matthew E. (eds). **Encyclopedia of Gerontology and Population Aging**, Springer, Cham. 2021. p. 3008-3019. doi: 10.1007/978-3-030-22009-9_1116

WATANABE, H. A.W **Instituição de Longa Permanência para Idosos**. Apresentação Técnica. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2020. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5229018/mod_resource/content/1/ILPI%20e%20inqu%C3%A9rito.pdf. Acesso em: 17 de novembro de 2020.

WERNER, Rachel M. *et al.* Reforming Nursing Home Financing, Payment, and Oversight. The **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 386, n. 20, p. 1869–1871, 2022. doi:10.1056/NEJMp2203429

WHITE, Diana L. *et al.* The Resident VIEW in Nursing Homes. **Gerontology & Geriatric Medicine**, [s. l.], v. 5, p. 233372141987797, jan. 2019. doi:10.1177/2333721419877975

Submissão: 19/04/2024

Aceite: 12/06/2024

Como citar o artigo:

BRANCO, Maria Teresa *et al.* Suficiência de financiamento das instituições de longa permanência para as pessoas idosas: desafios às ofertas, gestão e políticas de cuidados. **Estudos interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 29, e139729, 2024. DOI: 10.22456/2316-2171.139729

