

Mapeamento de um modelo de qualidade para Instituições de Longa Permanência para Idosos

Mapping a quality model for homes for the aged

*Mapeo de un modelo de calidad para instalaciones de
cuidados de larga duración para personas mayores*

Aletea Ferreira Prado de Figueiredo
Antônio Paulo Gomes Chiari
Maria Inês Barreiros Senna
Isadora Lemos de Figueiredo
Andréa Maria Duarte Vargas
Raquel Conceição Ferreira

RESUMO: O envelhecimento populacional e a transição epidemiológica levaram a um aumento da institucionalização como alternativa de vida para os idosos. Torna-se necessária a discussão de um modelo de qualidade das ILPI, contextualizado à realidade brasileira para o avanço do processo de avaliação de suas atividades, para além dos aspectos normativos e regulatórios, buscando-se maximizar saúde e qualidade de vida dos residentes. O objetivo deste estudo, de caráter qualitativo, foi apreender o significado de qualidade da ILPI do ponto de vista dos idosos residentes, cuidadores de idosos e responsáveis técnicos de algumas ILPI privadas e filantrópicas de grande, médio e pequeno porte situadas em Belo Horizonte, MG, Brasil. É preciso compreender como funcionam esses equipamentos, buscando parâmetros que possibilitem a oferta de soluções mais favoráveis à vida em moradias institucionais, transformando o cenário atual onde ainda são comparadas aos antigos asilos. A busca por ambiências que as tornem lugares desejáveis poderá diminuir o impacto da mudança de moradia, caracterizando-as como dignas para idosos em qualquer nível de dependência.

Palavras-chave: Modelo de qualidade; Instituições de Longa Permanência; Idosos.

ABSTRACT: *Population aging and the epidemiological transition have led to an increase in institutionalization as a lifestyle alternative for the elderly. It is necessary to discuss a model of LTCF quality, contextualized to the Brazilian reality to advance the process of evaluating their activities, in addition to the normative and regulatory aspects, seeking to maximize health and quality of life for residents. The objective of this qualitative study was to apprehend the meaning of quality of the LTCF from the point of view of the elderly residents, caregivers of the elderly and technical managers of some large and medium and small private and philanthropic ILPI located in Belo Horizonte, MG, Brazil. It is necessary to understand how this equipment works, looking for parameters that make it possible to offer solutions that are more favorable to life in institutional homes, transforming the current scenario where they are still compared to the old homes. The search for ambiences that make them desirable places may reduce the impact of the change in housing, characterizing them as worthy for the elderly at any level of dependency.*

Keywords: *Quality model; Long Term Institutions; Seniors.*

RESUMEN: *El envejecimiento de la población y la transición epidemiológica han propiciado un aumento de la institucionalización como alternativa de estilo de vida para las personas mayores. Es necesario discutir un modelo de calidad LTCF, contextualizado a la realidad brasileña para avanzar en el proceso de evaluación de sus actividades, además de los aspectos normativos y regulatorios, buscando maximizar la salud y la calidad de vida de los residentes. El objetivo de este estudio cualitativo fue aprehender el significado de calidad del LTCF desde el punto de vista de los ancianos residentes, cuidadores de ancianos y gerentes técnicos de algunos ILPI privados y filantrópicos grandes y medianos y pequeños ubicados en Belo Horizonte, MG., Brasil. Es necesario entender cómo funciona este equipamiento, buscando parámetros que permitan ofrecer soluciones más favorables a la vida en los hogares institucionales, transformando el escenario actual donde aún se encuentran frente a los hogares antiguos. La búsqueda de ambientes que los conviertan en lugares deseables puede reducir el impacto del cambio de vivienda, caracterizándolos como dignos para las personas mayores en cualquier nivel de dependencia.*

Keywords: *Modelo de calidad; Instituciones a largo plazo; Mayores.*

Introdução

O envelhecimento populacional e a transição epidemiológica que ocorreram em várias partes do mundo têm conduzido a um aumento da institucionalização como uma alternativa de vida para os idosos. No Brasil, as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) foram definidas como instituições governamentais ou não-governamentais, de caráter residencial destinadas à moradia coletiva de pessoas a partir de 60 anos de idade, com ou sem suporte familiar. Tal conceito e a descrição do padrão mínimo de funcionamento das ILPI estão na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC n.º 283/2005) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (Brasil, 2005).

Com base nessa RDC, um Instrumento de Avaliação com foco em indicadores de estrutura foi desenvolvido para regular anualmente os serviços nas ILPI. A mesma resolução determina que a realização continuada de avaliação do desempenho e padrão de funcionamento da instituição é uma das competências das ILPI e recomenda a observação de seis indicadores entre os idosos residentes: 1) taxa de mortalidade; 2) incidência de doença diarreica aguda, 3) incidência de escabiose; 4) incidência de desidratação; 5) prevalência de úlcera de decúbito; e 6) desnutrição (Brasil, 2005).

Esses indicadores têm sido utilizados em estudos de avaliação de ILPI, que adotam majoritariamente medidas de qualidade focadas em cuidados médicos e condições clínicas dos residentes (Castle, & Ferguson, 2010; Spilsbury, Hewitt, Stirk, & Bowman, 2011). Embora importantes, tais abordagens podem não capturar a qualidade como definida pelos residentes e por aqueles que trabalham no cuidado ao idoso (Spilsbury, Hewitt, Stirk, & Bowman, 2011). Adicionalmente, revisões sistemáticas da literatura têm evidenciado enorme variabilidade nos indicadores de qualidade para avaliar as ILPI (Rantz, & Zwygart-Atauffacher, 2006; Hawes, & Phillips, 2007; Castle, & Ferguson, 2010; Spilsbury, Hewitt, Stirk, & Bowman, 2011). Possivelmente, há ausência de um conceito de qualidade adotado pelos pesquisadores.

Qualidade é um conceito multidimensional, de natureza objetiva ou subjetiva, que pode variar de acordo com o interesse de grupos ou atores sociais e com o contexto e os objetivos da avaliação (Uchimura, & Bosi, 2002). Para uma ILPI, a definição de qualidade é ainda mais complexa porque pode ser confundida com regulação, e ainda sofrer influência contextual e das condições dos residentes.

A diversidade de idosos demanda desde o cuidado paliativo para aqueles em quadros terminais até estímulos sociais para os independentes e autônomos, conferindo alta complexidade ao cuidado (Nakrem, Vinsnes, Harkless, Paulsen, & Seim, 2012). Assim, indicadores de qualidade podem ter diferentes significados dependendo das circunstâncias (Nakrem, Vinsnes, Harkless, Paulsen, & Seim, 2009). Os estudos identificados sobre modelos conceituais de qualidade de ILPI foram desenvolvidos principalmente nos Estados Unidos, Reino Unido e Canadá. Glass (1991), baseado em revisão da literatura, desenvolveu modelo de avaliação de qualidade com quatro dimensões: intervenção pessoal, ambiente físico, nutrição/alimentação e relações com a comunidade.

A “atenção centrada na pessoa” tem sido utilizada como referência para o cuidado nas ILPI e abrange aspectos clínicos, questões sociais/culturais e apresentam como elemento comum o respeito às necessidades, desejos, referências e valores dos pacientes (Ekman, *et al.*, 2011; IAPO, 2007). Rantz e Zwygart-Stauffacher (1999) elaboraram um modelo conceitual, multidimensional, específico para ILPI, a partir da atenção centrada na pessoa, que agrega dimensões definidas com base nos resultados de grupos focais, com profissionais envolvidos no cuidado ao idoso, familiares e idosos institucionalizados. A dimensão Recursos Humanos se refere à existência de um quadro de profissionais adequadamente treinados, para dar respostas às necessidades e desejos das pessoas idosas, com pouca rotatividade. A dimensão Cuidado aborda o cuidado básico e individualizado para minimizar possíveis incidentes e limitações devido à idade, oferta de boa alimentação e promoção de uma variedade de atividades de socialização e ocupacionais, favorecendo a participação dos idosos. O Envolvimento Familiar avalia a presença e participação da família no cuidado e na vida da pessoa idosa institucionalizada. A Comunicação envolve ações verbais e não-verbais da ILPI com as famílias e com os residentes visando a atender às necessidades dos idosos. A dimensão Ambiente se refere à limpeza, iluminação, acessibilidade, disponibilidade de equipamentos e móveis adequados e confortáveis. A dimensão Lar aborda as características da ILPI que favoreçam o sentimento de pertencimento ao local, de tal modo que o idoso se sinta como em sua própria casa (Rantz, *et al.*, 1999).

A discussão de um modelo de qualidade das ILPI contextualizado à realidade brasileira se torna necessária para o avanço do processo de avaliação, para além dos aspectos normativos e regulatórios, buscando maximizar saúde e qualidade de vida dos residentes.

Como desdobramento, este modelo conceitual pode orientar o desenvolvimento de ferramentas de avaliação que favoreçam a implementação de modelos de qualidade nos cenários dos cuidados de longa duração (Uchimura, & Bosi, 2002). Optou-se por discutir o conceito de qualidade a partir da percepção dos idosos e dos profissionais envolvidos com o cuidado, tendo em vista a importância das experiências inerentes à vivência nestes serviços na compreensão dos significados. O objetivo do estudo foi apreender o significado de qualidade da ILPI do ponto de vista dos idosos residentes, cuidadores de idosos e responsáveis técnicos.

Método

Foi conduzido um estudo qualitativo para compreender o significado de qualidade de ILPI, a partir da experiência, perspectivas, crenças e atitudes dos sujeitos. Este estudo foi reportado de acordo com o *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007). Os sujeitos de estudo foram pessoas idosas, cuidadores e responsáveis técnicos de ILPI privadas e filantrópicas de grande, médio e pequeno porte (de acordo com capacidade máxima das ILPI), localizadas em Belo Horizonte, Brasil. As instituições foram selecionadas por conveniência, da lista das ILPI registradas no município.

O recrutamento foi realizado inicialmente por contato telefônico com o responsável técnico das ILPI selecionadas. Naquele momento foi informado o objetivo do estudo, feito o convite para participar e realizado o agendamento da entrevista também com idosos e cuidadores de idosos. Em cada ILPI, os cuidadores entrevistados foram selecionados de acordo com o mesmo turno de trabalho da entrevista com o responsável técnico. Os idosos entrevistados incluíram aqueles sem doença mental, demência, depressão ou outra enfermidade que impedissem a comunicação, conforme informações dos responsáveis técnicos. As entrevistas foram realizadas na própria ILPI, em espaço com a maior privacidade possível, e sem que um sujeito estivesse presente durante a entrevista de outro. Inicialmente, o entrevistador se apresentou ao entrevistado, explicando o objetivo e o método do estudo. Os entrevistados foram também esclarecidos sobre a confidencialidade e o sigilo das informações fornecidas.

Entrevistas não-estruturadas, em português, com duração média de 40 minutos, foram conduzidas com cada sujeito da pesquisa durante os meses de agosto e setembro/2018. A entrevistadora introduziu o tema por meio da questão norteadora: “O

que o(a) senhor(a) considera uma ILP ideal?” buscando deixar o entrevistado livre para discorrer sobre a temática como em uma conversa informal, assumindo postura de ouvinte e com mínima interferência (Batista, Matos, & Nascimento, 2017). Todas as entrevistas foram realizadas por uma mesma pesquisadora, e gravadas. Duas estudantes de Iniciação Científica foram responsáveis pela observação e registro no caderno de campo. A produção de dados e análise foram realizadas simultaneamente e continuou até que novas entrevistas não adicionassem informações novas (estratégia de saturação).

Assim, o número de entrevistados no estudo foi definido por esta estratégia (Charmaz, 2014). O participante validou a síntese dos dados apresentados pelo entrevistador após o fim da entrevista.

As entrevistas foram transcritas e analisadas segundo a análise de conteúdo (Graneheim, & Lundman, 2004). Foram realizadas leituras exaustivas do material visando a uma compreensão profunda do conteúdo das falas. Posteriormente, foram identificadas as unidades de significado (palavras, frases ou parágrafos relacionados entre si por meio de seu conteúdo) representadas nas falas e as unidades de significado condensadas (resumo da unidade de significado sem alteração de conteúdo). A seguir, as unidades de significado condensadas foram interpretadas, classificadas por categorias, e agrupadas por temas. Quatro pesquisadoras, três com ampla experiência em pesquisa qualitativa, fizeram a categorização separadamente e, em seguida, as categorias foram definidas por meio de um consenso. Foi realizada uma análise independente do material obtido das entrevistas com os cuidadores, idosos e responsáveis técnicos. Em seguida, uma nova análise identificou a convergência dos temas, gerando uma síntese comum.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (CAAE: 84042618.0.0000.5149). Todos os respondentes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e discussão

Foram entrevistados onze cuidadores, dez responsáveis técnicos e sete pessoas idosas em 10 ILPI (seis filantrópicas e quatro privadas). As instituições eram de médio (cinco), de pequeno (três), e de grande porte (duas), exclusivamente femininas (seis) e mistas (quatro). Todos os cuidadores entrevistados eram do sexo feminino, com média de idade de 42 anos e tempo médio de trabalho na ILP de sete anos.

Quanto à escolaridade, um cuidador estudou quatro ou menos anos de estudo, seis estudaram de cinco a oito anos e três estudaram 12 ou mais anos. A média de idade dos responsáveis técnicos foi de 42 anos e nove eram mulheres; sete concluíram especialização, dos quais quatro na área de cuidado ao idoso. Os idosos tinham em média 78 anos de idade e estavam institucionalizados há, em média, sete anos. Somente um dos idosos entrevistados era do sexo masculino.

A percepção dos respondentes fez emergir uma tipologia ideal de ILPI que tem a pessoa idosa como foco principal de sua ação. O indivíduo idoso deve ser considerado ator e sujeito ativo das relações, corresponsável pelo cuidado. Da pesquisa, emergiram seis temas definidores da qualidade de vida e bem-estar de idosos residentes em instituições (Figura 1). Os temas *Ambiência*, *Cuidado Ofertado* e *Equipe e Processo de Trabalho* estão no contexto interno das ILPI e relacionam-se diretamente às condições de vida dos idosos. Compõem uma dimensão do respeito que se tem aos indivíduos institucionalizados, considerando-se a identidade e a subjetividade dos mesmos. Os temas *Família*, *Comunidade* e *Estado* referem-se ao contexto externo às ILPI. Estão relacionados à dimensão do suporte que instituições e idosos devem receber destes três entes sociais. O alcance da qualidade pressupõe uma inter-relação entre estes seis componentes no atendimento às necessidades físicas e psicossociais dos idosos, considerando suas habilidades, referências históricas, sentimentos e crenças.

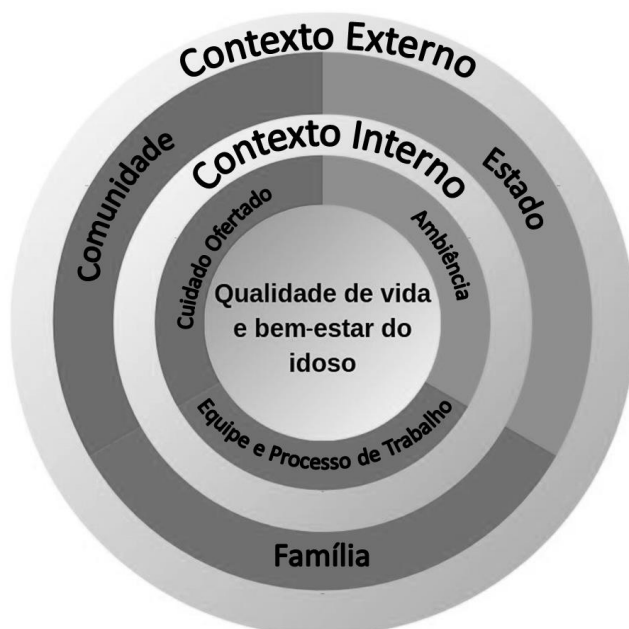


Figura 1: Modelo representativo da qualidade da ILPI de acordo com as perspectivas de cuidadores, responsáveis técnicos e pessoas idosas. Elaborado pelos autores

Um importante componente da qualidade emergiu nas questões da ambiência, que deve ser entendida como o tratamento dado ao espaço. Espaço não só no aspecto físico, mas também no aspecto intersubjetivo, como espaço social de relações interpessoais, que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva (Brasil, 2004). Para os participantes na pesquisa, a estrutura física deve estar adequada e adaptada tanto às necessidades funcionais e de saúde das pessoas idosas, quanto a seus desejos e expectativas. Para tal, deve haver a disponibilidade de recursos materiais necessários aos cuidados, assim como uma forma de organização que permita aos idosos sentirem-se em casa, com liberdade e possibilidades de exercerem sua autonomia. Esses aspectos contribuirão para que a instituição se assemelhe a um lar para a pessoa idosa, outro componente da qualidade citado pelos respondentes. A importância de criar um ambiente como o lar tem sido um tema recorrente na literatura (Edvardsson, & Innes, 2010; Van der Elst, Casterlé, & Gastmans, 2012; Rijnaard, *et al.*, 2016). Nesta pesquisa, na opinião dos cuidadores e dos responsáveis técnicos, este ponto aparece como um dilema institucional: é um objetivo a ser cumprido, mas de difícil operacionalização. As duas categorias de entrevistados reconheceram todos os fatores que influenciam o sentimento de estar em casa entre idosos institucionalizados descritos em recente revisão sistemática (Rijnaard, *et al.*, 2016): 1) fatores psicológicos (senso de reconhecimento; preservação de hábitos e valores; autonomia e senso de controle); 2) fatores sociais (interação e relacionamento com funcionários; moradores; familiares; amigos; animais de estimação); 3) ambiente (espaço privado e compartilhado, para interações entre os residentes; espaços personalizados com pertences pessoais; ambientes agradáveis; existência de espaços ao ar livre; localização). No entanto, reconhecem dois principais limitadores para que eles sejam alcançados: as dificuldades orçamentárias e as regras de comportamento e de convivência definidas por cada ILPI. Uma cuidadora relatou: “*Eu acho que, às vezes [...] você coloca regras demais, para aquele idoso seguir. [...] Tem instituição que vira num quartel (C1)*”. Os idosos também têm uma visão clara dos fatores determinantes de uma boa ambiência. Apesar de valorizarem os pequenos confortos, como por exemplo: “[...] *o banho [que] aqui é uma beleza (...) o sabonete cheiroso...*” (I1), “*o quarto ventilado*” (I2), ressentem-se de não estarem na própria casa. Demonstrem uma certa resignação com o fato de estarem institucionalizados. Para eles, não há dilema: a ILPI não é como a casa de cada um: “*Algumas coisas podiam ter aqui, mas já que não pode, paciência com o que tem.*” (I3).

O segundo componente da qualidade nas ILPI foi o cuidado ofertado. Os participantes consideraram que o cuidado se dá nas relações interpessoais afetivas e respeitadas entre profissionais e idosos, e quando a ILPI motiva e cria oportunidades para o idoso participar em atividades significativas que valorizam os desejos, as próprias aptidões e competências, a cultura e a história de vida dos idosos. Dessa forma, o cuidado engloba, além da abordagem terapêutica e da busca de resultados clínicos, a promoção de qualidade de vida, bem-estar, e manutenção/recuperação da autonomia e independência funcional. O cuidado terapêutico deve ser individualizado e adequado às necessidades e ao grau de dependência funcional dos idosos, garantindo a atenção às necessidades essenciais (medicamentos, alimentação, higiene pessoal, mudança de decúbito) e prevenindo agravos à saúde. O cuidado na visão dos participantes condiz com os princípios do cuidado centrado na pessoa: 1) assegurar que as pessoas sejam tratadas com dignidade, compaixão e respeito; 2) oferecer cuidado, apoio ou tratamento coordenado; 3) oferecer cuidado, apoio ou tratamento personalizado; 4) apoiar as pessoas para que reconheçam e desenvolvam suas aptidões e competências, a fim de terem uma vida independente e plena (Collins, 2014).

As atividades oferecidas dentro das instituições foram citadas por todos os respondentes de todas as três categorias como um aspecto bastante relevante do cuidado prestado pelas ILPI. Quase sempre foi um dos primeiros itens lembrados pelos interlocutores, sendo a variedade e o número de atividades considerados critérios de qualidade de uma instituição. Alguns idosos, no entanto, relataram não gostar de participar destas atividades na intensidade em que as mesmas acontecem. Muitas vezes elas se tornam não prazerosas, até mesmo com a conotação de uma obrigação:

“Ah, meu Deus! Por que que eu tenho que fazer isso, por que que eu tenho que fazer aquilo, eu não sou funcionária, eu já tô com 93 anos! Pra que que eu vou mais estudar, pra mim trabalhar? Não! Eu quero é viver!” (I4).

Alguns responsáveis técnicos consideraram esta questão, ponderando que a oferta de atividades não pode se transformar numa obrigação de fazer para os idosos. Um deles relatou que, muitas vezes, os cuidadores optam pela conduta mais fácil e menos trabalhosa, sem levar em conta a vontade e a real necessidade do idoso.

Nesse sentido, a participação do idoso em atividades lúdicas pode ser, para o cuidador, um momento de pausa em uma rotina desgastante de trabalho.

Os participantes apontaram também o papel fundamental desempenhado pelos cuidadores na qualidade do cuidado. O cuidado compassivo e centrado no relacionamento entre cuidador e usuário é uma política que tem recebido atenção em vários países (Dewar, & Christley, 2013; Kajonius, & Kazemi, 2016). Estudo sueco realizado com 95.000 idosos mostrou que variáveis de processo (respeito na relação entre idosos e cuidadores e acesso à informação) justificariam os 40% a 48% da variância na satisfação dos idosos com o cuidado (Kajonius, & Kazemi, 2016). A interação entre os idosos e os cuidadores e a percepção das pessoas idosas de terem sido tratadas com respeito demonstraram afetar a adesão ao uso de medicamentos e dietas e ser um idoso fisicamente ativo (Forbes-Thompson, & Gessert, 2005). A interação idoso-cuidador foi também apontada como fonte vital para promover bem-estar físico, emocional, funcional, social e espiritual entre idosos institucionalizados (Haugan, Hanssen, & Moksnes, 2013). Essas interações são facilitadas quando os profissionais que cuidam dos idosos gostam do seu trabalho e constroem uma relação sincera e afetuosa, buscando respeitar os desejos dos idosos, reservando tempo para ouvi-los (Collins, 2014; Van der Elst, Casterlé, & Gastmans, 2012). Neste sentido, a prática de forçar a participação do idoso em qualquer atividade não desejada não pode ser aceita.

O plano de cuidado atualizado foi elencado, pelas referências técnicas, como necessário para a qualidade, possivelmente por estar vinculado à exigência, no Brasil, do Plano de Atenção à Saúde para cada ILPI, que deve ser avaliado anualmente (Brasil, 2005). Planos de cuidados identificam necessidades pessoais e de cuidado em saúde dos idosos, os profissionais que devem ofertar os serviços, a frequência das ofertas, equipamentos e recursos a serem disponibilizados, as necessidades e preferências com relação à alimentação, e definem metas pessoais e de saúde. Podem ser usados pelos profissionais para planejar suas tarefas diárias e pelos gestores para criar planos operacionais (por exemplo, protocolos de cuidados) que alinham com os planos de cuidados dos idosos (Batchelor, *et al.*, 2019). Revisão de literatura evidenciou que diferentes tipos de planos de cuidados têm em comum a abordagem direcionada à pessoas que receberá o cuidado: 1) apoiar sua autonomia; 2) reconhecer a personalidade; 3) basear-se em pontos fortes e capacidades dos indivíduos ao invés de suas fraquezas e incapacidades (Lepore, *et al.*, 2018).

A legislação brasileira fornece suporte para o plano de cuidados centrado na pessoa. Esses esforços políticos se alinham às tendências que apoiam a participação do paciente na tomada de decisões e afastam-se dos modelos paternalistas de assistência médica nos quais os pacientes têm sido espectadores passivos (Resnick, Quinn, & Baxter, 2004).

Estudos têm mostrado evidências que o envolvimento dos indivíduos no planejamento dos cuidados resulta em melhoria da saúde (Mallers, Claver, & Lares, 2014), maior independência na realização de atividades da vida diária (Boltz, Resnick, Chippendale, & Galvin, 2014) e considerações mais holísticas sobre as necessidades dos indivíduos (Alakeson, 2013). Adicionalmente, levar em conta as preferências dos idosos ajuda-os a se sentirem capazes de fazer escolhas. A manutenção do controle pessoal contribui para a saúde e o bem-estar à medida que se envelhece (Lepore, *et al.*, 2018). Neste estudo, no entanto, cuidadores e idosos não citaram nem a existência, nem a participação na elaboração e na execução de planos de cuidado.

Equipe e processo de trabalho foi a terceira categoria evidenciada na pesquisa. Com aspectos referentes à composição da equipe e ao processo de trabalho, a qualidade foi vinculada à atuação de uma equipe multiprofissional variada, que poderia dar melhores respostas às complexas necessidades de saúde física, mental e social dos idosos. Os idosos valorizaram principalmente a variedade de profissionais envolvidos nas atividades nas ILPI e as demonstrações de carinho e atenção nas rotinas do cuidado geral e do cuidado em saúde. Cuidadoras e responsáveis técnicos foram além e abordaram também questões relativas à formação dos profissionais, envolvimento e processo de trabalho.

No Brasil, a RDC não estabelece um quadro mínimo de profissionais, devendo a ILPI indicar os recursos de saúde disponíveis, em todos os níveis de atenção, sejam eles públicos ou privados, bem como os serviços de referência para os casos com necessidade (Brasil, 2005). Para garantir maior acesso a cuidados em saúde, as ILPI buscam a rede de serviços públicos, parcerias com universidades ou utilizam a rede privada de saúde, quando a família ou o próprio idoso possui recursos financeiros. Seja qual for a forma de assistência em saúde, percebeu-se, nesta pesquisa, uma sensação de segurança de todos os grupos entrevistados, em relação à composição das equipes das ILPI participantes.

Uma revisão sistemática indicou que uma equipe multidisciplinar e profissionais especialistas no cuidado ao idoso (enfermeiros ou médicos) podem contribuir para melhorar respostas em saúde dos idosos.

Os autores discutiram, porém, que os estudos possuem vieses e evidenciaram grande variabilidade na composição da equipe multidisciplinar (desde uma equipe com médico e enfermeiros até arranjos com inclusão de profissionais de outras áreas). Ainda há necessidade de evidências fortes que definam os efeitos da composição das equipes de profissionais de saúde que favorecem a qualidade das ILPI (Barker, Craig, Spiers, Kunonga, & Hanratty, 2018).

A qualidade foi também vinculada a existência de razão satisfatória entre o número de cuidadores e o número de idosos. De acordo com a legislação, o número de cuidadores deve ser dimensionado, segundo o grau de dependência das pessoas idosas, sendo de no mínimo um cuidador para cada 20 idosos com grau de dependência I (independente) por turno/dia, um cuidador para cada dez idosos com grau de dependência II (dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária) e um cuidador para cada seis idosos com grau de dependência III (dependência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e/ou possui comprometimento cognitivo) (Brasil, 2005).

Uma alta razão de idosos/cuidador, associada às situações de cuidado de idosos dependentes, tem sido associada à sobrecarga e ao adoecimento dos cuidadores, tendo, como consequência, uma redução da qualidade do cuidado (Freitas, Ferreira, RC, Magalhães, Moreira, & Ferreira, EF, 2009; Gratão, *et al.*, 2013).

Os participantes também apontaram que a baixa rotatividade dos profissionais favorece a qualidade do cuidado. A forma de atuação das instituições de ensino-parceiras, com rotatividade de alunos, estagiários e professores, foi citada como um fator gerador de confusão para os idosos:

“[...] porque a cada seis meses muda. Então às vezes aquele idoso que é acompanhado, assim [...] às vezes tem um médico que é bom, aí muda um, que muda toda a conduta. Aí deixa o idoso confuso. Quando ele já acostuma com o médico lá, aí chega, vem outra equipe. Aí confunde muito a cabeça deles por isso.” (C2)

Uma revisão de 38 estudos concluiu pela existência de ampla e convincente evidência do efeito negativo da rotatividade dos profissionais na qualidade do cuidado, considerando indicadores clínicos (taxas de doenças infecciosas, hospitalizações por quadros agudos). Segundo os autores inexistiu uma relação linear entre rotatividade e qualidade do cuidado e que algum nível de renovação dos profissionais não é necessariamente problemático. As evidências indicam que taxas de rotatividade excedendo 50% são problemáticas e estão associadas aos seguintes fatores: baixa motivação dos profissionais, alta sobrecarga de trabalho, ambientes de trabalho estressantes com baixa comunicação (Castle, & Engberg, 2006).

Outro aspecto do processo de trabalho da equipe de profissionais considerado como determinante da qualidade referiu-se à integração da equipe. O trabalho ideal dos profissionais foi comparado a uma engrenagem, na qual há uma articulação e uma soma de esforços para um mesmo objetivo: qualidade de vida e bem-estar dos idosos. A colaboração interprofissional estaria baseada na construção de percepções comuns, na busca por eficácia das relações de trabalho. No entanto, as cuidadoras ressentem-se por serem pouco consideradas nos momentos de discussão de casos e nos processos de busca por melhores condutas para o cuidado de idosos específicos:

“[...] a gente nunca participa dessas reuniões dos médicos não. [...] Nós estamos ali doze horas com o idoso. Às vezes o que a gente fala não é acolhido.” (C2).

A elaboração de estratégias para a colaboração interprofissional foi previamente apontada como um desafio e fundamental para a busca da qualidade do cuidado (Müller, *et al.*, 2018).

A formação dos profissionais também foi relatada como fator relevante para a qualidade do cuidado. Evidências mostram que intervenções educativas realizadas com os cuidadores e com as equipes de enfermagem podem melhorar a capacidade de estes trabalhadores envolverem-se na realização de atividades de vida diária, com efeitos positivos na capacidade funcional e bem-estar dos idosos (Finnema, *et al.*, 2005; Testad, *et al.*, 2010; Sprangers, *et al.*, 2015; Testad *et al.*, 2016). Revisão de literatura ressaltou que os programas com maior sucesso articularam diferentes metodologias (por exemplo, atividades práticas no serviço, auditoria, *hand on*) em conjunto com o ensino tradicional (Spector, Orrell, & Goyder, 2013).

Entre as cuidadoras ficou evidente a realidade da formação em serviço, algumas vezes associada a uma trajetória dentro da mesma instituição:

“[...] aqui é um lugar que me acolheu. Esses meus 25, 30 anos [de trabalho], mais ou menos, né? Porque eu comecei aqui como auxiliar de lavanderia. Minha mãe trabalhava aqui...” (C3).

O termo “capacitação” aparece na fala dos responsáveis técnicos. No entanto, nenhuma experiência concreta foi relatada pelos membros deste grupo. Foi explicitada a preocupação de um responsável técnico com o fato de alguns cuidadores optarem por condutas consideradas de mais fácil execução, mas que anulam a subjetividade dos idosos. Esta mesma situação foi evidenciada por estudo realizado em instituições filantrópicas da cidade de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais, estando relacionada a profissionais sem formação adequada que tendem a reproduzir procedimentos incorporados de uma experiência prática desvinculada de um processo de formação orientada (Freitas, Ferreira, RC, Magalhães, Moreira, & Ferreira, EF, 2009).

Neste cenário de necessidade de elaboração de projetos de educação permanente, o uso da ferramenta de teleconsultoria pode ser promissor no contexto das ILPI brasileiras. Esta tecnologia tem sido recomendada pela Sociedade para Cuidados de Longa Duração para contribuir em processos de cuidado do idoso institucionalizado, por meio da publicação de protocolos para uso desta ferramenta. Os autores descreveram que o uso da teleconsultoria deve ser adaptado a cada realidade e apontam a necessidade de mais estudos sobre as estratégias e processos para melhores respostas no contexto do cuidado de longa duração (Gillespie, *et al.*, 2019; Longtin, *et al.*, 2010).

Os participantes reconheceram a necessidade da participação da família como corresponsável pelo cuidado, pelo apoio emocional, instrumental e social. A literatura enfatiza que a manutenção da relação com a família é fator de proteção para a saúde mental das pessoas idosas (Glass, 1991; Rantz *et al.*, 1999). A maior parte dos entrevistados, no entanto, relata a fragilidade desse apoio. Os idosos sentem falta da família e demonstram resignação com o fato de estarem numa instituição:

“[...] eu não queria ficar de jeito nenhum, queria ir embora, chorei muito, mas chorei muito mesmo, mas agora eu vejo, é melhor eu ficar aqui do que [ficar com] a minha irmã; [se] eu tiver que ficar lá, vai ser

muito pior pra mim. [...] Eu tô aqui e creio que vou ficar aqui a minha vida toda, porque... eu não tenho... Pra morar, tinha que ser com minha filha, mas eu não acho certo, porque é casada, tenho dois netos [...] Eu vou, passeio lá, almoço, ela sai comigo, a gente dá uma volta de carro, ela sempre me dá atenção. Mas quando tá viajando, eu fico aqui, porque [...] com quem que eu vou sair? (I4).

Se a ausência da família não aparece como uma questão própria, é relatada como um sofrimento de algum companheiro de instituição:

[...] ela... já tá bem velhinha, chega de noite ela quer ir embora pra casa dela, mas ela não dá conta de dá o passo... e quer ir embora, e quer ir embora, quer ir embora... (I5).

A participação da comunidade também foi vista como potencialmente capaz de ampliar a interação social e o cuidado aos idosos. O trabalho voluntário nas instituições, assim como a presença de estudantes e estagiários, permite a expansão do escopo de atividades desenvolvidas (ocupacionais, lazer, cultura, cuidado em saúde) e a ampliação do atendimento por profissionais inexistentes no quadro de pessoal da ILPI. Na visão dos idosos, não é importante apenas a entrada de indivíduos e instituições voluntárias para dentro das ILPI. É necessário que também o idoso tenha a possibilidade de conviver com a comunidade externa onde a ILPI se localiza. *Viver é passear, bater papo, sentar na praça, essas coisas, não ter compromisso com nada [...]* (I4). Esta possibilidade contribuiria para o combate ao “afastamento do sujeito asilado do mundo exterior” (Costa, Mercadante, 2013, p. 215).

O papel do Estado foi expresso em dois aspectos: o dever de manutenção de uma rede de serviços de saúde; a responsabilidade reguladora e fiscalizadora sobre as instituições. A existência de uma rede de serviços de saúde que acolha os idosos nas suas necessidades de saúde foi considerada um aspecto da qualidade, como já relatado na literatura (Braithwaite, 1998). A rede de suporte em saúde foi apontada como necessária para dar resposta às intercorrências clínicas mais complexas que necessitam de encaminhamento para serviços de média e alta complexidade e que não podem ser abordadas no ambiente da ILPI.

O papel do Estado via órgãos reguladores, embora potencial colaborador para a qualidade do cuidado numa ILPI, deve ser ressignificado, não se restringindo à *verificação de documentos* (RT1). Essa percepção revela os limites dos sistemas regulatórios, afirmando que precisariam *chegar perto do idoso* (RT1) e pode revelar também que a ação destes órgãos tem sido focada em regras e abordagens formais, legalistas, punitivas e orientadas para a sanção. A concepção de qualidade dos órgãos reguladores deve ser ampliada, avançando para uma abordagem mais solidária e desenvolvimentista, adaptada ao contexto de cada ILPI. Já em 1998, um estudo australiano discutiu criticamente os fundamentos regulatórios necessários para a melhoria contínua na qualidade da assistência domiciliar de enfermagem. Os autores concluíram que a qualidade do diálogo regulatório afeta os resultados dos cuidados: o diálogo desrespeitoso e a intolerância à violação das leis pioram as coisas; o diálogo confiante, o elogio, melhoram a conformidade (Braithwaite, 1998). Para além da regulação, é necessário que o Estado assuma seu papel orientador e informador, o que desencadearia um importante incremento na qualidade das instituições.

Considerações finais: em busca da qualidade

A qualidade da ILPI na perspectiva dos interlocutores é multidimensional e a organização de todas as dimensões identificadas deve estar centrada no indivíduo idoso. Todas as dimensões estão imbricadas em um processo de interdependência e são garantidoras do respeito à identidade e subjetividade dos idosos. Todas as ações da ILPI devem ter como objetivo a manutenção da autonomia e da independência, a qualidade de vida e o bem-estar dos idosos. A concepção de qualidade identificada nesta pesquisa coloca o indivíduo idoso em posição central na constituição da ILPI. No entanto, as falas desvelam uma realidade de marginalidade destes indivíduos no contexto de organização das instituições. Elaboração dos planos de cuidados em saúde, planejamento de atividades terapêuticas e recreativas, definição das normas de funcionamento parecem não contar com a participação dos idosos nem de suas famílias. Como promover qualidade se os principais interessados não participam da organização de suas próprias vidas? Como equacionar uma das dimensões da qualidade, que é a maior semelhança possível de uma ILPI a um lar, se os moradores não possuem autonomia para decisão? Como não tornar a ILPI residência em ILPI ambulatório?

Abordar um problema complexo, como melhorar a qualidade dos cuidados para os residentes de ILPI, requer estratégias multifacetadas, que devem ir além da abordagem regulatória básica de definir e medir o alcance de padrões mínimos. A avaliação sistemática do serviço prestado pode contribuir para uma melhoria constante da qualidade e deve considerar aspectos referentes às suas múltiplas dimensões. Esta pesquisa buscou contribuir neste processo por meio do mapeamento de um modelo de qualidade de ILPI baseado na percepção dos principais atores envolvidos no delineamento e execução das rotinas dentro das instituições. A organização de uma ILPI deve respeitar, manter e valorizar a singularidade do indivíduo idoso e, ao mesmo tempo, promover a sensação de pertencimento a uma nova coletividade. Não é uma tarefa fácil! Mas ela só terá êxito com a participação dos idosos, os maiores interessados, e suas famílias, nas rotinas de decisões dentro das instituições.

Referências

- Alakeson, V. (2013). The individual as service integrator: experience from the personal health budget pilot in the English. *J Integ Care*, 21(4), 188-197. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: <https://doi.org/10.1108/JICA-04-2013-0013>.
- Barker, R. O., Craig, D., Spiers, G., Kunonga, P., & Hanratty, B. (2018). Who should deliver primary care in long-term care facilities to optimize resident outcomes? A systematic review. *JAMDA*, 19(12), 1069-1079. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: doi: 10.1016/j.jamda.2018.07.006.
- Batchelor, F., Hwang, K., Haralambous, B., Fearn, M., Mackel, P., Nolte, L., *et al.* (2019). Facilitators and barriers to advance care planning implementation in Australian aged care settings: A systematic review and thematic analysis. *Australas J Ageing*, 38(3), 173-181. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: DOI: 10.1111/ajag.12639.
- Batista, E. C., Matos, A. L., & Nascimento, A. B. (2017). A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. *Rev Interd Cient Apl*, 11(3), 23-38. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: <https://rica.unibes.com.br/rica/article/view/768/666>.
- Boltz, M., Resnick, B., Chippendale, T., & Galvin, J. (2014). Testing a family-centered intervention to promote functional and cognitive recovery in hospitalized older adults. *J Am Geriatr Soc*, 62(12), 2398-2407. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: DOI: 10.1111/jgs.13139.
- Braithwaite, J. (1998). Regulation and quality in aged care: a cross-national perspective. *Australasian J Ageing*, 17(4), 172-176. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.1998.tb00068.x>.
- Brasil (2004). *Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf.

- Brasil. (2005). RDC 283, 26 de setembro, 2005. *Dispõe sobre as normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos*. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html.
- Castle, N. G., & Engberg, J. (2006). Organizational characteristics associated with staff turnover in nursing homes. *Gerontologist*, *46*(1), 62-73. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: DOI: 10.1093/geront/46.1.62.
- Castle, N. G., & Ferguson, J. C. (2010). What is nursing home quality and how is it measured? *Gerontologist*, *50*(4), 426-442. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: DOI: 10.1093/geront/gnq052.
- Charmaz, K. (2014). *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide through Qualitative Analysis*. London, England: SAGE.
- Collins, A. (2014). *Measuring what really matters: towards a coherent measurement system to support person-centered care*. London, England: Health Foundation.
- Costa, M. C. N. S., & Mercadante, E. F. (2013). O Idoso residente em ILPI (Instituição de Longa Permanência do Idoso) e o que isso representa para o sujeito idoso. *Revista Kairós- Gerontol*, *16*(1), 209-222. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/17641/13138>.
- Dewar, B., & Christley, Y. (2013). A critical analysis of compassion in practice. *Nurs Stand*, *28*(10), 46-50. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: DOI: 10.7748/ns2013.11.28.10.46.e7828.
- Edvardsson, D., & Innes, A. (2010). Measuring person-centered care: a critical comparative review of published tools. *Gerontologist*, *50*(6), 834-846. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: DOI: 10.1093/geront/gnq047.
- Ekman, I., Swedberg, T. C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., *et al.* (2011). Person-centered care - ready for prime time. *Eur J Cardiovasc Nurs*, *10*(4), 248-251. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: <http://cnu.sagepub.com/content/10/4/248>.
- Finnema, E., Dröes, R. M., Ettema, T., Ooms, M., Adèr, H., Ribbe, M., *et al.* (2005). The effect of integrated emotion-oriented care versus usual care on elderly persons with dementia in the nursing home and on nursing assistants: a randomized clinical trial. *Int J. Geriatr Psychiatry*, *20*(4), 330-343. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: <https://doi.org/10.1002/gps.1286>.
- Forbes-Thompson, S., & Gessert, C. E. (2005). End of life in nursing homes: connections between structure, process, and outcomes. *J Palliat Med*, *8*(3), 545-555. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: <https://doi.org/10.1089/jpm.2005.8.545>.
- Freitas, M. T. F., Ferreira, R. C., Magalhães, C. S., Moreira, A. N., & Ferreira, E. F. (2009). Care process in long term care facilities: elderly caregivers' views. *Rev Bras Enferm*, *62*(6), 870-875. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: https://www.researchgate.net/publication/41124260_Care_process_in_long_term_care_facilities_elderly_caregivers%27_views.
- Gillespie, S. M., Moser, A. L., Gokula, M., Edmondson, T., Rees, J., Nelson, D., *et al.* (2019). Standards for the use of telemedicine for evaluation and management of resident change of condition in the nursing home. *J Am Med Dir Assoc*, *20*(2), 115-122. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: DOI: 10.1016/j.jamda.2018.11.022.

- Glass, A. P. (1991). Nursing home quality: a framework for analysis. *J Appl Gerontol*, 10(1), 5-18. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: <https://doi.org/10.1177/073346489101000102>.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24(2), 105-112. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: DOI: 10.1016/j.nedt.2003.10.001.
- Gratão, A. C. M., Talmelli, L. F. S., Figueiredo, L. C., Rosset, I., Freitas, C. P., & Rodrigues, R. A. P. (2013). Functional dependency of older individuals and caregiver burden. *Rev Esc Enferm USP*, 47(1), 137-144. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: <https://www.scielo.br/pdf/reusp/v47n1/a17v47n1.pdf>.
- Haugan, G., Hanssen, B., & Moksnes, U. K. (2013). Self-transcendence, nurse-patient interaction and the outcome of multidimensional well-being in cognitively intact nursing home patients. *Scand J Caring Sci*, 27(4), 882-893. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: DOI: 10.1111/scs.12000.
- Hawes, C., & Phillips, C. D. (2007). Defining quality in assisted living: comparing apples, oranges, and broccoli. *Gerontologist*, 47(suppl 1), 40-50. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: https://doi.org/10.1093/geront/47.Supplement_1.40.
- IAPO (2007). International Alliance of Patients' Organizations. *What is patient-centered health care? a review of definitions and principles*. (2nd ed.). London, England: IAPO.
- Kajonius, P. J., & Kazemi, A. (2016). Structure and process quality as predictors of satisfaction with elderly care. *Health Soc Care Community*, 24(6), 699-707. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: DOI: 10.1111/hsc.12230.
- Lepore, M., Scales, K., Anderson, R. A., Porter, K., Thach, T., McConnell, E., et al. (2018). Person-directed care planning in nursing homes: a scoping review. *Int J Older People Nurs*, 13(4), e12212. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: DOI: 10.1111/opn.12212.
- Longtin, Y., Sax, H., Leape, L. L., Sheridan, S. E., Donaldson, L., & Pittet, D. (2010). Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clin Proc*, 85(1), 53-62. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: DOI: 10.4065/mcp.2009.0248.
- Mallers, M. H., Claver, M., & Lares, L. (2014). Perceived control in the lives of older adults: The influence of Langer and Rodin's work on gerontological theory, policy, and practice. *Gerontologist*, 54(1), 67-74. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: <https://doi.org/10.1093/geront/gnt051>.
- Müller, C. A., Fleischmann, N., Cavazzini, C., Heim, S., Seide, S., Geister, C., et al. (2018). Interprofessional collaboration in nursing homes (interprof): development and piloting of measures to improve interprofessional collaboration and communication: a qualitative multicenter study. *BMC Fam Pract*, 19(1), 14. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: DOI: 10.1186/s12875-017-0678-1.
- Nakrem, S., Vinsnes, A. G., Harkless, G. E., Paulsen, B., & Seim, A. (2009). Nursing sensitive quality indicators for nursing home care: international review of literature, policy and practice. *Int J Nurs Stud*, 46(6), 848-857. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2008.11.005.

- Nakrem, S., Vinsnes, A. G., Harkless, G. E., Paulsen, B., & Seim, A. (2012). Ambiguities: residents' experience of 'nursing home as my home'. *Int J Older People Nurs*, 8(3), 216-225. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2012.00320.x>.
- Rantz, M. J., Zwygart-Stauffacher, M., Popejoy, L., Grando, V. T., Mehr, D. R., Hicks, L. L., *et al.* (1999). Nursing Home Care Quality: a multidimensional theoretical model integrating the views of consumers and providers. *J Nurs Care Qual*, 14(1), 16-87. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: DOI: 10.1097/00001786-199910000-00004.
- Rantz, M. J., & Zwygart-Stauffacher, M. (2006). A new reliable tool for nurse administrators, nursing staff, regulators, consumers, and researchers for measuring quality of care in nursing homes. *NAQ*, 30(2), 178-181. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: https://journals.lww.com/naqjournal/Citation/2006/04000/A_New_Reliable_Tool_for_Nurse_Administrators,.17.aspx.
- Resnick, B., Quinn, C., & Baxter, S. (2004). Testing the feasibility of implementation of clinical practice guidelines in long-term care facilities. *J Am Med Dir Assoc*, 5(1), 1-8. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14706122/>.
- Rijnaard, M. D., van Hoof, J., Janssen, B. M., Verbeek, H., Pocornie, W., Eijkelenboom, A., *et al.* (2016). The factors influencing the sense of home in nursing homes a systematic review from the perspective of residents. *J Aging Res*, 2016/6143645. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: <https://doi.org/10.1155/2016/6143645>.
- Spector, A., Orrell, M., & Goyder, J. (2013). A systematic review of staff training interventions to reduce the behavioral and psychological symptoms of dementia. *Ageing Res Rev*, 12(1), 354-364. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: DOI: 10.1016/j.arr.2012.06.005.
- Spilsbury, K., Hewitt, C., Stirk, L., & Bowman, C. (2011). The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: a systematic review. *Int J Nurs Stud*, 48(6), 732-750. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2011.02.014.
- Sprangers, S., Dijkstra, K., & Romijn-Luijten, A. (2015). Communication skills training in a nursing home: effects of a brief intervention on residents and nursing aides. *Clin Interv Aging*, 10, 311-319. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: DOI: 10.2147/CIA.S73053.
- Testad, I., Ballard, C., Bronnick, K., & Aarsland, D. (2010). The effect of staff training on agitation and use of restraint in nursing home residents with dementia: a single-blind randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry*, 71(1), 80-86. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: DOI: 10.4088/JCP.09m05486oli.
- Testad, I., Mekki, T. E., Forland, O., Oye, C., Tveit, E. M., Jacobsen, F., *et al.* (2016). Modeling and evaluating evidence-based continuing education program in nursing home dementia care (MEDCED) - training of care home staff to reduce use of restraint in care home residents with dementia. A cluster randomized controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry*, 31(1), 24-32. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: DOI: 10.1002/gps.4285
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for Reporting Qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*, 19(6), 349-357. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.

Uchimura, K. Y., & Bosi, M. L. M. (2002). Quality and subjectivity in the evaluation of health services and programs. *Cad Saúde Pública*, 18(6), 1561-1569. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2002.v18n6/1561-1569>.

Van der Elst, E., Casterlé, B. D., & Gastmans, C. (2012). Elderly patients' and residents' perceptions of 'the good nurse': a literature review. *J Med Ethics*, 38(2), 93-97. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: DOI: 10.1136/medethics-2011-100046.

Recebido em 05/03/2020

Aceito em 30/06/2020

Aletea Ferreira Prado de Figueiredo - Mestre em Odontologia em Saúde Pública, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

E-mail: aleteaprado@hotmail.com

Antônio Paulo Gomes Chiari - Aluno do curso de Doutorado da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

E-mail: apgchiari@gmail.com

Maria Inês Barreiros Senna - Doutora em Educação. Professora-Associada da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

E-mail: mariainessenna@gmail.com

Isadora Lemos de Figueiredo - Aluna de graduação do curso de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

E-mail: isalemosf@hotmail.com

Andréa Maria Duarte Vargas - Doutora em Ciência Animal (Epidemiologia). Professora titular da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

E-mail: vargasnt@task.com.br

Raquel Conceição Ferreira - Doutora em Odontologia. Professora adjunta da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

E-mail: raquelconceicaoferreira@gmail.com